



La contribució infermera en l'acompliment dels objectius prioritzats en la contractació de serveis sanitaris a Catalunya

Carme Planas Campmany

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Doctorat en Ciències Infermeres
Escola d'Infermeria



**La contribució infermera en
l'acompliment dels objectius
prioritzats en la contractació de
serveis sanitaris a Catalunya**

Carme Planas Campmany

Director de la Tesi: Dra. M. Teresa Icart Isern

2013

*Dedicat a tots els infermers i infermeres que creuen en el potencial de la
infermeria per a contribuir en la transformació dels sistemes de salut*

Agraïments

Voldria donar les gràcies a la Dra. Maria Teresa Icart, directora de la present tesi, per la seva dedicació i acompanyament durant el desenvolupament d'aquest treball. Agrair-li haver compartit el seu coneixement i la seva experiència.

Voldria agrair molt especialment a la Sra. Elena Calvo Valencia, que m'ha acompanyat, com a cap del Gabinet Tècnic de la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, durant el període en el qual es va realitzar la part més difícil d'aquest treball. Per una banda, donar-li les gràcies per tot el que m'ha ensenyat i tot el coneixement que ha compartit de manera generosa. Aquesta tesi doctoral no hagués estat possible sense el seu suport, la seva col·laboració i els seus ànims inesgotables. També, donar les gràcies a les persones que, durant aquest procés d'aprenentatge primer a la Direcció General de Planificació i Avaluació (DGPA) i després a la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, m'han enriquit professional i personalment. De la mateixa manera, agrair a totes les persones que treballen a la Divisió d'Avaluació del CatSalut, als serveis matris i a les regions sanitàries. I també, voldria expressar tot el meu reconeixement al treball dels professionals del sistema sanitari que participen en el registre de les dades. Ells i elles fan possible l'avaluació de la part variable de la compra de serveis.

Voldria expressar la meva gratitud a la col·laboració inestimable del Professor Dr. Jaume Ordi, del Sr. Llorenç Quintó i de la Professora Montserrat Busquets, per la seva expertesa i recomanacions, així com pel temps personal dedicat. Gràcies per la vostra generositat. I fer una menció especial i donar les gràcies a la Professora Marga Peya i a la Professora Rosa Maria Blasco per haver cregut en mi, des de l'inici de tot plegat, quan tot just estudiava la diplomatura a la Universitat de Barcelona, gràcies sobretot per descobrir-me l'immens camp de la gestió.

I tot el meu reconeixement i agraïment a totes les persones que han patit directament la meva *petita* obsessió aquests darrers anys:

A la Íngrid Bullich, col·lega i amiga incondicional, companya de professió i d'inquietuds.

A l'Albert, moltes gràcies per la teva comprensió i per estar al meu costat i animar-me cada dia.

I a tota la meva família i amics, sobretot per la vostra paciència i suport incondicional.

Moltes gràcies a tots!

Resum

Títol. La contribució infermera en l'acompliment dels objectius comuns prioritzats en la contractació de serveis sanitaris.

Antecedents. En els darrers anys el Servei Català de la Salut (SCS), l'asseguradora pública catalana responsable de la compra dels serveis sanitaris de la xarxa d'utilització pública, ha realitzat una part del pagament en funció del grau d'assoliment d'una sèrie d'objectius prèviament establerts. Tot hi que hi ha consciència del paper clau dels professionals d'infermeria en les organitzacions sanitàries i que es té un coneixement acceptable de la contribució de les cures infermeres en l'àmbit assistencial, es desconeix en gran mesura l'impacte econòmic que l'activitat de la professió infermera suposa per als serveis sanitaris. De forma molt particular s'ignora si l'activitat infermera té un impacte sobre l'assoliment de d'aquests objectius prioritaris que determinen la part variable del pagament. Aquesta absència de coneixement és degut, en gran mesura, a la manca de tradició en la quantificació de l'activitat de la professió en termes econòmics. La demostració de que la infermera té un paper determinant en l'assoliment dels objectius de l' SCS posaria de manifest que l'activitat infermera té una traducció econòmica directa en el finançament que els proveïdors del Sistema reben de l' SCS.

Objectius. Analitzar la contribució infermera en l'acompliment dels objectius de la part variable dels contractes dels serveis sanitaris públics d'atenció primària de la salut. Avaluat la seva evolució temporal i territorial.

Àmbit de l'estudi. Els serveis sanitaris d'atenció primària de la xarxa pública de salut a Catalunya.

Metodologia. El disseny correspon a un estudi observacional transversal descriptiu amb mirada retrospectiva, on la perspectiva temporal arrenca l'any 2006 i acaba l'any 2009, i un estudi analític per a la comparació entre dos grups d'indicadors utilitzant un model de regressió lineal multinivell.

Fases. 1) Identificació dels indicadors sensibles a l'acció dels professionals d'infermeria d'acord amb l'evidència disponible a la literatura (els indicadors sensibles a la infermeria són mesures que reflecteixen l'estructura, els processos i els resultats associats a la infermeria i a les cures infermeres, concretament, identifiquen estructures i processos de cures infermeres, que a la vegada influencien els resultats de les cures infermeres. Són distintius i específics de la mateixa i han estat reconeguts com a indicadors de qualitat de cures

infermeres). 2) Anàlisi descriptiva dels resultats de les avaluacions anuals de la compra de serveis d'atenció primària. 3) Estudi analític de les diferències entre els resultats dels indicadors sensibles i els dels no sensibles a l'acció dels professionals d'infermeria mitjançant un model de regressió lineal. L'estudi s'ha realitzat a partir de les dades anuals declarades per proveïdors que corresponen a quatre anys independents d'avaluacions de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària.

Unitats d'anàlisi. Indicadors emprats per mesurar l'assoliment dels objectius comuns prioritzats del quadrienni 2006-2009.

Resultats. Dels 33 indicadors dels objectius comuns prioritzats dels serveis d'atenció primària, tretze (39,3%) són sensibles a la infermeria. L'anàlisi descriptiva es va basar en els 3.515 resultats d'assoliment corresponents a quatre anys i a trenta-set territoris, en el que es distribuïa tota Catalunya durant el període de l'estudi. Els resultats mostren una millora general al llarg del temps i coincideixen amb la tendència esperada, tot i que mostren variabilitat territorial important. L'anàlisi estadística ha permès creuar 3.010 resultats per a la comparació dels canvis temporals en l'acompliment dels objectius entre els resultats dels indicadors sensibles i els no sensibles a la infermeria. La millora dels resultats dels indicadors considerats sensibles a la infermeria és més gran quan es compara any a any, tot i que la diferència no arriba a ser estadísticament significativa ($p=0.0981$).

Conclusions. La infermeria contribueix de forma determinant en l'assoliment d'un nombre molt significatiu dels objectius de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària a Catalunya. Aquesta contribució és suficientment rellevant com per fer que els agents del sistema de salut i la població donin a la professió infermera el reconeixement i la visibilitat que li correspon.

Paraules clau: planificació sanitària, avaluació, serveis sanitaris, atenció primària, infermeria

Abstract

Title: The nursing contribution in the achievement of the common prioritized objectives in healthcare service contracts

Background: In recent years, the Catalan Health Service (SCS), the Catalan public insurer responsible for purchasing healthcare services of the public healthcare network, has reimbursed a part of the payment to health providers depending on the degree of achievement of a number of previously established objectives. Although there is a general awareness of the key role of nursing in health care organizations and there is an acceptable degree of knowledge of nursing contribution to healthcare provision, the economic impact of the nursing profession on healthcare services is largely unknown. Particularly, it is unknown whether nursing practice has an impact on the achievement of these prioritized objectives or not. This gap in knowledge is largely due to the scarce experience in using economic terms when quantifying nursing practice. The demonstration that nurses play a key role in achieving the objectives of the SCS would show that nursing practice has a direct economic impact on the payment that health providers receive from the SCS.

Objectives: To analyze the contribution of nursing in the achievement of the common prioritized objectives in public primary healthcare services and to evaluate the territorial and temporal evolution of this contribution.

Location: Primary healthcare services of the public healthcare network in Catalonia.

Methods: The design corresponds to a retrospective cross-sectional descriptive study from 2006 to 2009, and an analytical study to compare two sets of indicators using a multilevel linear regression model.

Phases: 1) Identification of nursing-sensitive indicators according to the evidence available in the literature (nursing-sensitive indicators are measures that reflect the structure, processes and outcomes associated with nursing and nursing care; specifically identifying structures and processes of nursing care, which in turn influence the outcomes of nursing care. They are distinctive and specific for nursing, and have been recognized as indicators of nursing care quality). 2) Descriptive analysis of the results of the annual evaluations of the achievement of the common prioritized objectives in primary healthcare services. 3) Analytical study of the differences between the results of nursing-sensitive and non-sensitive indicators using a linear regression model. The study was conducted using annual data

reported by providers that correspond to four independent evaluations of the variable part of payment of primary care services.

Measures: Indicators used to measure the achievement of the common prioritized objectives in healthcare services during the 2006–2009 quadrennium.

Results: Of the 33 indicators of the common prioritized objectives in primary healthcare services, thirteen (39.3%) are nursing-sensitive. The descriptive analysis was based on 3,515 results of achievement for four years and thirty-seven territories, in which Catalonia was divided during the period of the study. The results show a general improvement over time and coincide with the expected trend, but show significant territorial variability. The statistical analysis has allowed crossing 3,010 results for comparison of temporal changes in achieving the objectives of nursing-sensitive and non-sensitive indicators. The improvement in nursing-sensitive indicators' outcomes was larger when compared year to year, although the difference did not reach statistical significance ($p = 0.0981$).

Conclusions: Nursing has a relevant role in the achievement of a significant number of common prioritized objectives in primary healthcare services in Catalonia. This contribution is significant enough to make the healthcare system agents and the population give the nursing profession the recognition and visibility it deserves.

Keywords: Health care planning, evaluation/assessment, health services, primary healthcare, nursing

Índex

| | | |
|------|--|-----|
| I. | Justificació i rellevància del problema..... | 17 |
| II. | Introducció | 23 |
| | 1. Antecedents i estat actual del tema | 25 |
| | 1.1. El context actual i la rendició de comptes | 25 |
| | 1.2. El sistema de pagament de la sanitat pública catalana | 34 |
| | 1.3. La contribució infermera i la seva mesura..... | 41 |
| | 1.4. Les mètriques i mesures sensibles a la infermeria | 52 |
| | 2. El marc conceptual per a l'estudi de la contribució infermera a la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de cobertura pública a Catalunya..... | 68 |
| | 2.1. El context: dades clau de l'atenció primària de salut a Catalunya | 68 |
| | 2.2. Un marc conceptual de transparència i rendició de comptes per a les cures infermeres d'alt valor a l'atenció primària de salut..... | 69 |
| | 2.3. El procés de recerca per l'anàlisi de la contribució infermera en l'acompliment dels objectius prioritaris de la línia de serveis d'atenció primària de salut de Catalunya..... | 77 |
| III. | Objectius i hipòtesis | 79 |
| | 1. Objectiu general | 81 |
| | 1.1. Objectius específics | 81 |
| | 2. Hipòtesis | 82 |
| IV. | Metodologia | 83 |
| | 1. Bases metodològiques..... | 85 |
| | 1.1. Font de dades | 86 |
| | 1.2. Unitat d'anàlisi | 86 |
| | 1.3. Identificació de les unitats d'anàlisi de l'estudi | 87 |
| | 1.4. Selecció de les mesures sensibles a la infermeria i definició de la variable grau de participació infermera | 87 |
| | 2. Estudi descriptiu..... | 90 |
| | 2.1. Disseny de l'estudi | 90 |
| | 2.2. Definició de les variables..... | 90 |
| | 2.3. Models i mètodes d'anàlisi | 100 |
| | 2.4. Preparació i anàlisi de les dades..... | 100 |
| | 3. Estudi analític..... | 104 |
| | 3.1. Disseny de l'estudi | 104 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.2. | Definició de les variables..... | 104 |
| 3.3. | Models i mètodes d'anàlisi | 106 |
| 3.4. | Preparació i anàlisi de les dades..... | 106 |
| 4. | Consideracions ètiques..... | 108 |
| V. | Resultats | 109 |
| 1. | Objectius comuns prioritzats seleccionats per l'estudi de l'evolució temporal i la variabilitat territorial | 111 |
| 2. | Indicadors dels objectius seleccionats de la compra de serveis considerats mesures sensibles a la infermeria | 119 |
| 2.1. | Control òptim de la hipertensió arterial, càlcul del risc cardiovascular i control acceptable de la diabetis | 120 |
| 2.2. | Vacunes i hàbits i estils de vida | 121 |
| 2.3. | Valoració de la població major de 74 anys..... | 123 |
| 3. | Anàlisi temporal i territorial dels resultats declarats per les unitats proveïdores en l'avaluació de la part variable de la compra de serveis sanitaris d'atenció primària de salut de Catalunya en el quadrienni 2006-2009..... | 128 |
| 4. | Efecte de la contribució infermera en la millora dels resultats de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis | 173 |
| 4.1. | Descripció dels indicadors analitzats | 173 |
| 4.2. | Anàlisi comparativa en funció del grau de participació infermera en base a la sensibilitat de les mesures a la infermeria..... | 177 |
| VI. | Discussió..... | 181 |
| 1. | Limitacions | 200 |
| 2. | Recomanacions | 203 |
| VII. | Conclusions | 211 |
| VIII. | Bibliografia | 215 |
| IX. | Annexes | 216 |

Nota: En aquesta tesi de doctorat quan s'utilitza el terme infermera i/o llevadora, es refereix tant als infermers i infermeres com als llevadors i llevadores que exerceixen la professió en línia amb les institucions com el Consell Internacional d'Infermeria i l'Organització Mundial de la Salut. Cal destacar que a Catalunya més del 80% dels professionals d'aquest col·lectiu són dones.

Índex de taules

| | |
|---|-----|
| Taula 1: Distribució de la part variable de la compra de serveis segons els tipus d'objectius comuns o específics, durant el període 2006-2009 a Catalunya | 38 |
| Taula 2: Indicators sensibles a la infermeria de la <i>National Database of Nursing Quality Indicators</i> ® (NDNQI®) | 60 |
| Taula 3: Els <i>NQF-15</i> , primer conjunt d'indicators sensibles a la infermeria nacionals consensuats i aprovats pel <i>National Quality Forum</i> (àmbit d'hospitals d'aguts)* | 62 |
| Taula 4: Conjunt d'indicators aprovats pel <i>National Quality Forum</i> aplicables a l'àmbit centres de mitja i llarga estada dirigits per infermeres | 62 |
| Taula 5: Indicators sensibles a la infermeria identificats a partir del <i>Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care</i> sensibles a la infermeria de la NQF | 64 |
| Taula 6: Indicators sensibles a la infermeria de l'àmbit de l'atenció comunitària identificats per l' <i>American Nurses Association</i> | 65 |
| Taula 7: Indicators sensibles a la infermeria identificats a partir de les <i>CMS Physician Quality Reporting Initiative & CMS Ambulatory Care Measures: DOQ-IT</i> | 66 |
| Taula 8: Ítems sensibles a la infermeria identificats a partir del <i>Quality Outcomes Framework</i> | 67 |
| Taula 9: Principis del marc conceptual de transparència i rendició de comptes per a les cures infermeres d'alt valor de Kurtzman..... | 71 |
| Taula 10: Criteris d'inclusió i exclusió dels objectius i els seus indicadors associats a la investigació..... | 87 |
| Taula 11: Definició de mesura sensible i mesura no sensible a la infermeria..... | 88 |
| Taula 12: Mesura del rendiment en el marc conceptual per a la contribució infermera en l'atenció primària de salut a Catalunya | 89 |
| Taula 13: Dimensions dels indicadors de l'estudi descriptiu | 98 |
| Taula 14: Variables principals de l'estudi analític..... | 105 |
| Taula 15: Relació d'objectius de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària proposats, amb i sense vinculació econòmica, i els objectius inclosos a l'estudi del quadrienni 2006 – 2009..... | 111 |
| Taula 16: Perfil l'estudi descriptiu..... | 112 |
| Taula 17: Resultat del procés de selecció dels indicadors associats als objectius de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària de Catalunya, quadrienni 2006 – 2009 | 113 |
| Taula 18: Selecció d'objectius de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària 2006 – 2009 amb indicadors associats considerats sensibles a la infermeria per aquest estudi..... | 125 |
| Taula 19: Comparació dels resultats dels indicadors de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis sanitaris dels anys 2006, 2007, 2008 i 2009. Línia d'atenció primària, Catalunya | 129 |

| | |
|--|-----|
| Taula 20: Perfil de l'estudi i descriptiva dels valors estandarditzats..... | 173 |
| Taula 21: Indicadors inclosos en l'anàlisi en funció de la sensibilitat de la mesura a la infermeria | 174 |
| Taula 22: Indicadors inclosos en l'anàlisi que han permès el càlcul dels valors estandarditzats | 174 |
| Taula 23: Taula resum dels resultats de la regressió multinivell..... | 179 |

Índex de figures

| | |
|--|-----|
| Figura 1: El contracte entre el SCS i els proveïdors | 36 |
| Figura 2: Línies de contractació de servies l'any 2009 | 37 |
| Figura 3: Els cinc elements del marc conceptual de transparència i rendició de comptes per a les cures infermeres d'alt valor segons Kurtzman..... | 70 |
| Figura 4: Marc conceptual per a la mesura de la contribució infermera en la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària a Catalunya | 72 |
| Figura 5: Procés de recerca per l'anàlisi de la contribució infermera en l'acompliment dels objectius prioritaris de la línia de serveis d'atenció primària de salut de Catalunya | 77 |
| Figura 6: Mapa dels governs territorials de salut. Divisió territorial sanitària durant el període 2006-2009 a Catalunya | 85 |
| Figura 7: Control òptim de la hipertensió arterial i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009 | 133 |
| Figura 8: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Control òptim de la hipertensió arterial, Catalunya 2009 | 134 |
| Figura 9: Control acceptable de la diabetis i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009 | 135 |
| Figura 10: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Control acceptable de la diabetis, Catalunya 2009 | 136 |
| Figura 11: Cobertura del càlcul de risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200mg/dl i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009 | 137 |
| Figura 12: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura del càlcul de risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200mg/dl, Catalunya 2009 | 138 |
| Figura 13: Cribratge del consum d'alcohol en població adulta i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009 | 140 |
| Figura 14: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cribratge del consum d'alcohol en població adulta, Catalunya 2009..... | 141 |
| Figura 15: Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009..... | 142 |

| | |
|--|-----|
| Figura 16: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys, Catalunya 2009 | 143 |
| Figura 17: Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009..... | 145 |
| Figura 18: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa, Catalunya 2009 ... | 146 |
| Figura 19: Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2008..... | 159 |
| Figura 20: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa, Catalunya 2008.... | 160 |
| Figura 21: Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009..... | 161 |
| Figura 22: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada, Catalunya 2009 | 162 |
| Figura 23: Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2008 | 163 |
| Figura 24: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada, Catalunya 2008..... | 164 |
| Figura 25: Pacients exfumadors de l'any i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009 | 165 |
| Figura 26: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Pacients exfumadors de l'any, Catalunya 2009 | 166 |
| Figura 27: Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009..... | 167 |
| Figura 28: Població > de 74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009 | 168 |
| Figura 29: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Població > de 74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració, Catalunya 2009..... | 169 |
| Figura 30: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Població > de 74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtric, Catalunya 2008 | 171 |
| Figura 31: Histograma de residus dels valors estandarditzats observats (barres) i valors i distribucions ajustades (línies) dels Indicadors inclosos en l'anàlisi en funció de la sensibilitat de la mesura a la infermeria..... | 177 |
| Figura 32: Representació gràfica de les mitjanes i intervals de confiança al 95% dels valors estandarditzats dels Indicadors inclosos en l'anàlisi en funció de la sensibilitat de la mesura a la infermeria..... | 178 |

Abreviacions

- **ANA:** Associació d'Infermeres Americanes (*American Nurses Association*)
- **AP:** Atenció primària
- **APS:** Atenció primària de salut
- **AHRQ:** Agència de Qualitat i Recerca Sanitàries (*Agency for Healthcare Research and Quality*)
- **CMS:** *Centers for Medicare and Medicaid Services*
- **DPO:** Direcció per objectius
- **EAP:** Equip d'atenció primària
- **EUA:** Estats Units d'Amèrica
- **GTS:** Governos territorials de salut
- **ICN:** Consell Internacional d'Infermeria (*International Council of Nurses*)
- **ICNP®:** Classificació Internacional per a la Pràctica Infermera (*International Classification of Nursing Practice*)
- **IOM:** Institut de Medicina (*Institute Of Medicine*)
- **IQI₁:** Indicadors de Qualitat per als Pacients Hospitalitzats (*Inpatient Quality Indicators*)
- **IQI₂:** Indicadors per a la Millora de la Qualitat (*Indicators for Quality Improvement*)
- **MSIQ:** Mòduls de Seguiment d'Indicadors de Qualitat del CatSalut
- **NANDA:** l'Associació Nord-Americana de Diagnòstics d'Infermeria (*North American Nursing Diagnosis Association*)
- **NDNQI®:** Base de Dades Nacional d'Indicadors de Qualitat Infermers (*National Database of Nursing Quality Indicators®*)
- **NIC:** Classificació d'Intervencions Infermera (*Nursing Interventions Classification*)
- **NMDS:** Conjunts Mínims de Dades d'Infermeria (*Nursing Minimum Data Sets*)
- **NOC:** Classificació de Resultats d'Infermeria (*Nursing Outcomes Classification*)
- **NQF:** Forum de Qualitat Nacional (*National Quality Forum*)
- **NQSA:** Aliança Infermera per a la Qualitat i la Seguretat (*Nursing Quality and Safety Alliance*)
- **PIAPSC:** Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i la Salut Comunitària
- **PSI:** Indicadors de Seguretat de Pacients (*Patient Safety Indicators*)
- **P4P:** pagament per resultats (*pay-for-performance*)
- **QOF:** Marc per a la Qualitat i els Resultats (*Quality and Outcomes Framework*)
- **RWJF:** Fundació Robert Wood Johnson
- **RSB:** Regió Sanitària de Barcelona
- **SCS:** Servei Català de la Salut
- **SISCAT:** Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya
- **JCAHO:** Comissió Conjunta d'Accreditació de les Organitzacions Sanitàries (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*)
- **NICE:** Institut Nacional per a l'Excel·lència en Salut i en la Clínica (*National Institute for Health and Clinical Excellence*)

I. Justificació i rellevància del problema

La idea de la tesi comença l'any 2009, durant l'època que vaig treballar com a tècnic a la Direcció General de Planificació i Avaluació (DGPA) del Departament de Salut. Va ser llavors quan em van encarregar endreçar i seqüenciar dades que permetessin comparar diverses avaluacions anuals de la part variable de la compra de serveis del Servei Català de la Salut (SCS). L'objectiu era disposar d'un document que contingués els resultats de les avaluacions corresponents a un trienni. Aquell fet va resultar ser una oportunitat que em va permetre aprofundir en el maneig d'un instrument clau per a l'Administració pública: l'avaluació dels serveis sanitaris.

L'encàrrec, que va implicar mesos de feina intensa, va anar prenent forma amb la intenció final de disposar d'un instrument útil per a la presa de decisions sobre la planificació dels serveis sanitaris. La versió original, font d'inspiració per aquesta tesi doctoral, la vaig realitzar amb les dades de les línies de serveis (atenció especialitzada, atenció primària, atenció a la salut mental i atenció sociosanitària) de les avaluacions dels anys 2006, 2007 i 2008. El resultat va ser una base de dades i un recull de taules que permetien comparar els resultats dels indicadors de la compra de serveis de Catalunya.

Durant tot aquest procés, m'anava fent preguntes sobre com aprofitar més la informació disponible, especialment en el camp d'estudi de les ciències infermeres.

La professionalitat infermera implica l'ús del judici clínic en la prestació de cures infermeres per tal que les persones puguin millorar, mantenir o recuperar la salut, per fer front als problemes de salut, i aconseguir la millor qualitat de vida possible, independentment de la seva malaltia o incapacitat, i fins a la seva mort¹. D'aquí se'n desprèn el convenciment que la infermera és sempre una part fonamental en tots els equips de professionals dedicats a la millora de la salut de les persones.

Mentre feia aquestes reflexions, vaig començar a fer una cerca intensa de literatura relacionada amb la mesura i l'expressió de la contribució infermera en els resultats de salut de les persones. Poc a poc, em va anar seduïnt la idea de relacionar dues qüestions que en el nostre entorn han avançat en paral·lel: la part variable de la compra de serveis i el grau de participació o contribució infermera en l'assoliment dels objectius prioritzats en l'avaluació d'aquesta part variable.

D'una banda, per tal de prendre decisions relacionades amb la gestió dels recursos sanitaris i donar resposta a les necessitats de la població, es feia palès que és imprescindible analitzar en profunditat els resultats obtinguts mitjançant els instruments d'avaluació dels que disposa i utilitza l'Administració pública catalana. D'altra banda, vaig considerar cabdal posar èmfasi en la mesura i l'expressió de l'impacte de les cures

infermeres en aquests resultats, atès el seu paper clau en el funcionament de les organitzacions sanitàries. Per últim, l'èmfasi que en els darrers anys s'està donant a la capacitat de resolució de l'atenció primària i al canvi que s'ha produït en la gestió de les malalties cròniques, passant d'una atenció institucionalitzada a un model d'atenció de base comunitària, em va fer decidir centrar l'anàlisi en l'atenció primària de la salut.

Justificació i rellevància del problema

La sostenibilitat del sistema de salut depèn en gran mesura de l'optimització dels recursos sanitaris i socio-sanitaris i de la disposició d'informació adequada per la presa de decisions en la gestió i política sanitàries. A més, algunes de les qüestions essencials per a la sostenibilitat dels sistemes sanitaris es centren en el coneixement de les necessitats reals en matèria de salut, així com en les preguntes que cal que es facin els responsables de la salut de la població sobre la idoneïtat de les accions que es duen a terme per donar resposta a aquestes necessitats. També és essencial, tant per a les autoritats sanitàries i els gestors de la salut com pels professionals, disposar d'informació adient per la presa de decisions en matèria de salut.

És imprescindible analitzar en profunditat els resultats obtinguts mitjançant els instruments dels que disposa l'Administració pública catalana i identificar les necessitats dels usuaris dels serveis per poder prendre decisions relacionades amb la gestió dels recursos sanitaris. Un d'aquests instruments és la compra de serveis i l'avaluació dels seus resultats, que mesura l'assoliment d'una sèrie d'objectius prioritzats i que es calculen a partir de les dades declarades per les entitats proveïdores dels serveis sanitaris de provisió pública.

Les tendències sociodemogràfiques, actuals i futures, de la població i les problemàtiques emergents obliguen a posar especial atenció a les necessitats canviants de les persones. A més, cal preveure un augment en la complexitat dels casos i l'increment en el volum de la demanda. És per aquest motiu que l'orientació de l'anàlisi de l'activitat i de l'avaluació dels resultats dels serveis sanitaris precisa provar enfocaments dirigits a una perspectiva menys medicalitzada, fonamentada en la complexitat de l'atenció que requereixen els usuaris dels serveis. La infermeria, que disposa d'aquesta visió i manté el contacte més íntim i constant amb les persones ateses, es troba en una posició important per determinar el que la organització necessita per tal de satisfer les necessitats dels ciutadans. Per tant, la professió infermera té potencial per diferenciar un servei sanitari d'un altre.

Tot i la tendència creixent de l'activitat sanitària i les millores de resultats en salut dels darrers anys, emergeixen preguntes que es fonamenten en les diferències observades entre els territoris catalans. La resposta a una part del problema es pot resumir en fer un bon ús dels recursos, basat en una bona gestió, que alhora es fonamenti en les necessitats o en el grau de complexitat de cures de les persones. Tot i que es dóna per suposat que la gestió de recursos es fa des del coneixement de les necessitats de la població, generalment s'utilitzen classificacions diagnòstiques i variables, com el temps d'estada, com a base del finançament i la planificació de serveis, sigui quin sigui el tipus i l'objectiu del recurs. Cal prendre consciència de les diferències entre els serveis per tal de poder planificar en base als criteris més adients en cada àmbit.

Amb la implementació de models alternatius de prestació d'atenció sanitària, els responsables d'infermeria poden impactar directament sobre els consumidors així com en l'assoliment dels resultats, de l'eficiència i de l'accés necessaris pel sistema. L'enfocament dirigit a satisfer les necessitats creixents dels consumidors permet al proveïdor de serveis sanitaris (centres o professionals) diferenciar-se dels altres proveïdors i, per tant, pot permetre capturar beneficis econòmics en forma de major quota de mercat i/o d'augment de les primes d'ingressos pel subministrament de serveis centrats en la satisfacció d'aquestes necessitats.

La mesura i l'expressió de l'impacte de les cures infermeres és necessària atès el seu paper clau en el funcionament de les organitzacions sanitàries. A més, les tendències basades en l'evidència, en l'opinió pública i en els assumptes laborals recolzen que les infermeres s'han d'identificar com elements clau en la consecució dels objectius relacionats amb la seguretat del pacient i amb els resultats en salut, aspectes que han estat examinats pel públic general, pels compradors públics i privats i per les agències governamentals². La qualitat de les cures infermeres, però, sovint no rep l'atenció dels més alts nivells pel que fa als objectius de productivitat que són de la seva competència³.

En aquest context, quin és el paper de la infermeria i dels seus professionals? Quina contribució fa en l'acompliment dels objectius que formen part del contracte entre l'Administració sanitària i els proveïdors de serveis sanitaris?

En una realitat en la que les iniciatives del pagament per resultats o per acompliment, que estan canviant el camp de la qualitat, i en la que hi ha mancances en la relació entre els indicadors de qualitat i l'atenció proporcionada per les infermeres, és necessari identificar, estandarditzar i analitzar els indicadors de qualitat sensibles a la infermeria.

II. Introducció

1. Antecedents i estat actual del tema

1.1. El context actual i la rendició de comptes

La preocupació constant per la sostenibilitat del sistema sanitari públic, com a conseqüència de l'augment de la despesa sanitària i dels recursos limitats⁴, centra l'atenció en la millora de la gestió dels serveis sanitaris i en el finançament. En els darrers anys, la necessitat d'obtenir la màxima efectivitat i eficiència de les inversions en els recursos mitjançant la mesura de l'acompliment dels serveis sanitaris⁵ i la necessitat d'avaluar l'impacte de les reformes sanitàries aplicades, ha provocat el desenvolupament de diferents mètodes quantitius amb la finalitat d'aportar millores en la gestió i la política sanitària dels països⁶.

L'acompliment dels sistemes de salut varia àmpliament pel que fa a la capacitat d'assoliment dels principals objectius de salut, inclús entre països amb nivells similars d'ingressos i de despesa en educació i salut. L'acompliment depèn de la manera en que el sistema de salut organitza quatre elements clau: la normativa, el finançament, la prestació de serveis i la generació de recursos. Posant l'atenció en aquests quatre elements, i en la forma com es combinen, és possible no només entendre els determinants de l'acompliment del sistema de salut, sinó també plantejar canvis radicals en les polítiques sanitàries⁷.

L'impacte de les forces del canvi

L'entorn en el que es proporciona l'atenció sanitària ha canviat de manera considerable en les darreres dècades. Els desencadenants han estat varis factors que inclouen els avenços científics i tecnològics, els recursos limitats, els canvis demogràfics i les particularitats dels serveis sanitaris. Paral·lelament, s'ha desenvolupat la necessitat creixent de proporcionar una atenció cost-eficient i d'alta qualitat, fent que les organitzacions sanitàries i els seus gerents hagin anat incorporant un nombre d'iniciatives dissenyades amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció, com els programes de qualitat, que inclouen la gestió de la qualitat total i la millora contínua de la qualitat⁸.

Un dels fets més importants en els últims anys és el canvi produït en la gestió de les malalties cròniques, passant d'una atenció institucionalitzada a un model d'atenció de base comunitària, atès que la pràctica generalista es considera que ofereix una major flexibilitat, majors nivells d'eficiència i una atenció sanitària més centrada en la persona que la que és possible en l'àmbit de l'atenció aguda⁹.

Tot aquests canvis immersos en polítiques d'austeritat i de contenció de la despesa, semblen indicar que hi ha d'haver una tendència a la concentració de serveis sanitaris. Es preveuen i s'executen grans canvis, reestructuracions i reformes al sistema sanitari. A més, el rol dels consumidors també ha canviat, tant dels que compren els serveis com dels que reben l'atenció. En conseqüència, les organitzacions sanitàries han anat centrant les pràctiques formals de mesura dels resultats d'una manera més explícita per a donar resposta a les demandes creixents dels consumidors¹⁰.

Els sistemes de pagament, considerats instruments clau en el procés de transformació dels models sanitaris, els estan reconfigurant els compradors, les asseguradores i els governs, per tal de pagar per la gestió dels serveis que s'ofereixen a la població, la gestió de la cronicitat i la coordinació de l'assistència.

En aquesta línia, a Catalunya, el nou Pla de Salut 2011-2015¹¹ defineix nou línies d'actuació. Una primera línia i eix de transformació que es centra en els objectius i els programes de salut. Un segon eix format per tres línies que fan de pilars i, alhora, de motor de canvi del sistema de salut, que són la orientació a les persones amb malalties cròniques o amb risc de patir-les, la resolució des dels primers nivells d'atenció i la qualitat en l'alta especialització. També s'han definit cinc línies més, com a tercer eix de transformació per la modernització del model organitzatiu, que sostenen les altres i inclouen l'enfocament cap el pacient i les famílies, un nou model de contractació, la incorporació del coneixement professional, la millora del govern i la participació, i tot complementat amb la informació, la transparència i l'avaluació.

L'esforç a tot el món per la millora continua i sistemàtica de la qualitat dels sistemes sanitaris és una tasca complexa. A aquest fet se li suma la necessitat de basar les intervencions en l'evidència científica, que sovint es veu limitada per la literatura disponible principalment perquè el rigor metodològic s'aplica de forma desigual.

La literatura proposa marcs conceptuals com, per exemple, el descrit per Letherman i Sutherland¹², que es centren en la translació de l'evidència disponible cap a les decisions polítiques i les decisions en gestió per la millora de la qualitat.

L'evidència té un paper important a l'hora d'orientar les decisions dels polítics, dels líders clínics i dels gestors. Malgrat que l'aplicació de l'evidència en les decisions complexes sovint no és senzilla, la recompensa en la millora de la qualitat sí és considerable.

La reestructuració organitzativa i els canvis en la mesura de la informació

Els sistemes sanitaris, i els sistemes de salut en el seu conjunt, estan experimentant canvis profunds, a la vegada que intenten disminuir costos, maximitzar el nivell de qualitat i incrementar l'accés als serveis sanitaris.

Per una banda, la reinvençió del sistema de salut porta implícit el repte de redissenyar, regular, redimensionar i reestructurar la intervenció dels professionals de cadascuna de les disciplines cap a un sistema basat en la demanda. Per altra banda, el repte inclou la mesura dels èxits d'aquests sistemes de salut reestructurats i en evolució, en el seu esforç per esdevenir organitzats, eficients i centrats en resultats¹⁰.

L'èmfasi d'aquests sistemes es posa en la promoció del benestar, atès que es dissenya amb la intenció de mantenir al consumidor lluny dels serveis d'atenció a la malaltia i es centra en el manteniment i la promoció de la salut.

A mida que els paradigmes de la prestació de serveis sanitaris passen d'estar centrats en la malaltia a estar-ho en la salut o el benestar, de la lliure elecció a la gestió de la competència, i de l'acceptació passiva del risc a compartir el risc, això es va traduint en idees més innovadores i nous enfocaments en la prestació de l'atenció sanitària¹⁰. A la vegada, aquesta innovació en els sistemes de prestació d'atenció sanitària requereix la capacitat de mesurar la informació per demostrar l'evidència del valor o retorn d'aquests esforços. I, ahora, aquesta orientació també té l'objectiu d'aportar qualitat al procés d'atenció i facilitar l'assoliment de resultats òptims integrals de les persones, així com resultats del propi proveïdor de l'atenció com dels resultats del sistema, tenint en compte que una àrea de millora en el control de la despesa és la disminució o eliminació de la variabilitat existent en la provisió de cures al pacient¹³. El paper de l'evidència científica, i per tant de la informació, és clau en la disminució de la variabilitat.

La pràctica basada en l'evidència, l'acompliment i el *benchmarking*

La Pràctica Basada en l'Evidència (PBE) i la mesura dels resultats són cada vegada més rellevants en l'àmbit d'atenció a la salut. Després de qualsevol procés d'implementació

d'evidència en forma de recomanacions és procedeix a l'avaluació i el seguiment dels resultats, amb l'objectiu que aquestes s'acabin traduït en una millor qualitat de l'atenció o en un augment de l'eficiència i/o una reducció de costos¹⁴. La comparació d'aquests resultats de les mesures internes i externes es coneix com *benchmarking*.

El sistema de *benchmarking* fracassa quan les fases no es completen i quan els membres de l'equip no s'impliquen activament. Cal aclarir que els problemes no es resolen a curt termini amb la implementació del *benchmarking* i que es tracta d'un procés continu de millora que s'ha d'avaluar contínuament.

Tant les organitzacions d'infermeria com les sanitàries, s'estan acostant a definicions compartides dels resultats i la utilització d'indicadors nacionals de qualitat estandarditzats com a punt de referència. En compartir les estratègies i els resultats amb els seus col·legues, els clínics aprenen sobre noves estratègies i solucions innovadores per a problemes comuns. Aquest procés comparatiu condueix al desenvolupament i implementació de les noves millors pràctiques¹⁴.

El rendiment de comptes

L'avaluació de l'acompliment o *performance assessment* és un sistema d'avaluació coherent que avalua la totalitat del funcionament incloent els seus elements.

La transparència i el rendiment de comptes són termes que generalment fan referència a les actuacions dirigides a mesurar i responsabilitzar als proveïdors del seu rendiment, mitjançant mecanismes com la divulgació pública dels resultats comparables¹⁵. Avui, als Estats Units, les polítiques de transparència i el rendiment de comptes formen part d'estratègies àmpliament acceptades per tal de millorar la qualitat i estimular l'elecció del consumidor dels serveis sanitaris. Els programes de transparència, rendició de comptes i de pagament basat en els resultats tenen la intenció d'aconseguir un major valor, un enfocament que ha fet necessari disposar d'una infraestructura que suporti la mesura i informi dels resultats de rendiment i estableixi les bases per als programes de pagament basats en els resultats¹⁵. S'han fet inversions importants per a que els proveïdors rendeixin comptes en relació a la qualitat de l'atenció proporcionada.

Aquestes iniciatives, promogudes per compradors públics i privats, tenen com a objectiu estandarditzar mesures per avaluar el rendiment, per fer difusió de les dades, inspirar millores, ajudar en la selecció dels proveïdors i promoure l'atenció cost-eficient de qualitat elevada¹⁶. Un exemple d'aquests informes públics que contribueixen a la visió de la

transparència són els informes del *Institute Of Medicine* (IOM) nord-americà i el seu *Hospital Compare*¹⁷.

A Europa, concretament al Regne Unit^{8,18-19}, s'ha debatut molt sobre l'ús d'indicadors d'acompliment en sistemes de gestió de la garantia i del rendiment. Han determinat que els factors que ajuden a l'aplicació i l'ús de sistemes d'indicadors són el fet de disposar d'uns objectius clars, de la participació dels interessats en el seu desenvolupament i l'ús de dades suaus* per facilitar la interpretació¹⁸.

S'han identificat una sèrie de problemes relacionats amb el rendiment i la seva mesura malgrat que s'observa un major interès en l'avaluació de l'acompliment en l'àmbit de la salut com, per exemple, que es detecta una confusió i una considerable superposició entre l'acompliment o *performance* i les competències⁸.

D'una banda, Needleman afirmava que dissenyar mesures d'acompliment és ciència i art i requereix que el desenvolupador contempli el propòsit de la mesura, la dimensió de la qualitat que s'avalua, el públic objectiu i les consideracions operatives i metodològiques²⁰. El model de qualitat de Donabedian identifica tres dimensions al llarg de les quals es pot analitzar la qualitat: de l'estructura, el procés i el resultat i és el més utilitzat, però també s'han identificat altres models conceptuals a la literatura que són adaptacions d'aquest primer enfocament. D'altra banda, la competència o facultat de ser competent engloba les característiques i les qualitats individuals indicatives d'una execució efectiva. Aquests atributs inclouen els coneixements, les habilitats i les actituds que permeten al professional prendre les decisions més adequades en cada cas i actuar en conseqüència. El terme competència també significa àmbit de responsabilitat disciplinar o àrea professional en el que la llei confereix el dret a prendre decisions autònomes²¹.

A Catalunya la iniciativa recent de publicació dels resultats dels proveïdors públics de serveis hospitalaris del sistema sanitari català nominalitzats, va esdevenir una realitat el passat 13 de juliol de 2012, mitjançant la publicació del Quart informe de la Central de Resultats del Departament de Salut²². En aquest informe s'analitzen seixanta indicadors assistencials i de gestió de seixanta-tres centres hospitalaris de Catalunya. Per primera vegada, els resultats es presenten identificats i desglossats per cada centre hospitalari del sistema sanitari. Es tracta d'una iniciativa pionera a l'Estat espanyol en resposta a la demanda de transparència. Cal destacar que aquest informe inclou indicadors dels Mòduls de Seguiment d'Indicadors de Qualitat (MSIQ) del CatSalut, inspirat en el conjunt

* El terme dades suaus (*soft data*) fa referència a les dades anecdòtiques, generalment recopilades a partir de comunicacions informals, que manquen el rigor de les dades estadístiques. Les dades suaus o *soft data* ben presentades, en format de cites i anècdotes, aporten les "sensacions" particulars i el context que l'estadística no pot aportar.

d'indicadors de qualitat hospitalària de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) del govern dels Estats Units. L'objectiu bàsic dels indicadors del MSIQ és proporcionar informació sobre determinats aspectes de la qualitat i l'eficiència de l'activitat dels hospitals d'aguts del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT). Presenta la informació agrupada per centre i per territori a nivell de regió sanitària, i els centres hi tenen accés via internet.

Molt recentment, el 14 de desembre de 2012, es va publicar al web de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, de la Generalitat de Catalunya, un primer informe de la Central de Resultats centrat en l'àmbit de l'atenció primària²³. Aquest informe, en línia amb la publicació dels resultats dels proveïdors públics de serveis hospitalaris nominalitzats, és una iniciativa que intenta novament donar resposta a la creixent demanda de transparència i rendició de comptes. En l'informe, es posa a disposició dels ciutadans i de tots els agents del sistema de salut un conjunt d'informació sobre l'atenció primària de salut, corresponent a l'any 2011 i que inclou els 369 equips d'atenció primària de Catalunya. S'analitzen un conjunt d'indicadors que intenten donar una visió global de l'activitat de l'atenció primària i de la seva qualitat i eficiència.

Els consumidors cada vegada demanden atenció més segura, d'alta qualitat i adequada. Els reguladors continuen demandant a tots els seus proveïdors de serveis sanitaris que demostrin que proporcionen atenció més segura, d'alta qualitat i adequada. La tecnologia es continua explotant i fent-se més accessible a més persones i proveïdors, permetent que l'atenció es proporcioni en entorns mai abans imaginats²⁴. Exceptuant les experiències que es basen en el sistema de pagament capítatiu, sovint es paga als proveïdors per volum i tipus de servei.

En relació a l'estudi de l'acompliment dels sistemes sanitaris, en els darrers anys s'ha observat cert grau de transició de l'interès tradicionalment centrat en l'àmbit hospitalari cap a altres serveis^{18,24-25}. Concretament a l'atenció primària, es diu que la mesura de l'acompliment pot servir per dos motius principals: millorar la qualitat i promoure el rendiment de comptes¹⁸. En mesurar l'acompliment dels individus, de les pràctiques i fins i tot de territoris permet destacar les fortaleeses i debilitats en tots els nivells del sistema i guiar les iniciatives de reforma i ús dels recursos. Es pot utilitzar per proporcionar informes acumulatius o oferir retroalimentació formativa. Diferents objectius per a la mesura de l'acompliment en l'atenció primària són tractats amb diferents eines i enfocaments²⁵. L'objectiu fonamental de l'avaluació i el seu públic destinatari ajudaran a donar forma a l'enfocament de les mesures.

Existeix un ampli acord sobre el fet que una l'avaluació de l'acompliment de l'atenció primària, a banda de la mesura del component tècnic de l'atenció i del servei, també ha de tractar de comprendre les característiques estructurals del sistema d'atenció sanitària, el context de la pràctica, la població i l'organització de la pràctica, tots ells, factors que poden influir en l'acompliment²⁶.

La mesura de l'acompliment es descompon en elements discrets d'atenció primària vinculats a l'evidència. Naturalment, alguns aspectes de l'atenció primària són més fàcils i menys costosos de mesurar que d'altres. Per exemple, la mesura de la confiança, les taxes de abandonament de l'hàbit tabàquic, l'atenció centrada en el pacient i la sensibilitat cultural són molt difícils. De la mateixa manera, les mesures com ara el percentatge de pacients amb diabetis que han vist un oftalmòleg estan fàcilment disponibles a les bases de dades sanitàries, però diuen poc sobre el sistema d'atenció primària²⁵.

Cal tenir en compte, però, que un sistema de mesura dels resultats o de mesura de l'acompliment a gran escala és alhora costós i necessari.

Sistemes de pagament i el pagament per resultats

A causa dels creixents costos de l'atenció sanitària i els sistemes de reemborsament no alineats, els empresaris, els compradors i els responsables polítics han començat a dissenyar i implementar programes d'incentius, anomenats de manera comú com a pagament per resultats (P4P) i iniciatives de compra de serveis basada en la qualitat.

La recerca centrada en la qualitat de l'atenció sanitària genera gran quantitat d'evidència sobre recursos infrautilitzats, sobreutilitzats i mal utilitzats. El P4P²⁷⁻²⁸ i les seves variants, com per exemple la compra de serveis basada en la qualitat^{2,29}, es centra en la relació directa entre la retribució de l'atenció i l'obtenció de resultats d'estructura, de procés i/o de resultat. Fa el mateix que altres sistemes d'incentius econòmics aplicats a l'àmbit de l'atenció sanitària, com per exemple el salari, el pagament per servei o el pagament per càpita, amb l'objectiu de mantenir o millorar objectius de rendiment concrets³⁰ però, en aquest cas, el P4P es centra explícitament en la qualitat de l'atenció. El mètode es basa en relacionar el pagament a com els proveïdors compleixen amb els estàndards de la pràctica. L'impacte de les tecnologies de la informació sobre aquest sistema de pagament s'ha d'analitzar amb profunditat³¹.

El P4P es descriu com una forma d'incentiu que busca no només la quantitat sinó la qualitat dels serveis prestats, és a dir, ja no es contempla el pagament per acte, sinó per

acte realitzat d'acord amb certes normes preestablertes. És una evolució del pagament per serveis, i l'autèntic objectiu d'aquest tipus d'implementació és el de la qualitat assistencial³².

A l'actualitat, l'*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, creada l'any 1989 com l'*Agency for Health Care Policy*, és la principal agència federal encarregada de la millora de la qualitat, la seguretat, l'eficiència i l'efectivitat de l'atenció sanitària als EUA. Com a part de les seves funcions ha desenvolupat un sistema d'indicadors de qualitat. Algunes d'aquestes mesures formen part del Programa de Compra Basada en el Valor (*Hospital Value-Based Purchasing Program*)³³, i que va començar a partir del conjunt de mesures existent del *Hospital Inpatient Quality Reporting Program Medicare*, abans conegut com el *Reporting Hospital Quality Data for the Annual Payment Update Program*.

Malgrat que el conjunt d'indicadors de l'AHRQ inclou mesures de seguretat de pacients o *Patient Safety Indicators (PSI)* i mesures sensibles a la infermeria, la normativa exigeix que aquests se seleccionin pel programa de pagament només si abans han estat inclosos al web de l'*Hospital Compare Program*, com a mínim durant un any abans del període d'acompliment avaluat. Aquest és el motiu pel qual aquestes i altres mesures no s'han inclòs en el programa de compra basada en el valor de l'atenció hospitalària corresponent a l'any fiscal 2013. No obstant, abans de l'estiu de l'any 2012, des de l'AHRQ convidaven a fer comentaris sobre les mesures AHRQ de seguretat de pacients, les de Qualitat per als Pacients Hospitalitzats (IQI), i les mesures sensibles a la infermeria per tal de ser incloses a partir de l'any 2014.

El repte més important en la implementació d'un sistema P4P és consensuar els estàndards de qualitat en base a l'evidència. Aquests estàndards són mesures objectives en forma d'indicadors, utilitzats per determinar si els proveïdors de la salut ofereixen una atenció de qualitat alta. En un sistema P4P, els professionals que satisfessin els requeriments de qualitat es veurien recompensats adequadament². Ja sigui directa o indirectament, el realineament dels incentius pot beneficiar a totes les parts interessades. Els compradors de serveis, inclosos els empresaris i els plans de salut, poden beneficiar-se de la reducció dels costos directes a causa d'una millor atenció i resultats³¹.

Entre els aspectes a considerar i que podrien esdevenir limitacions dels programes de P4P, cal assenyalar que les característiques del sistema sanitari i les dels seus agents, el comprador o pagador, el proveïdor (individual o col·lectiu) i les persones que hi participen, poden influenciar en la definició i implementació d'aquests tipus de programes.

Pel que fa a l'atenció primària, els sistemes de P4P s'han desenvolupat en alguns països, malgrat varia el grau amb el que s'utilitzen els incentius econòmics per a la millora de la qualitat en aquest àmbit assistencial. Als EUA (33%), a Suècia (10%) i a Noruega (35%) els

metges de l'atenció primària reben menys incentius econòmics que a països com el Regne Unit (89%), Holanda (81%), Nova Zelanda (80%), Itàlia (70%) i Austràlia (65%)³⁴. El disseny dels esquemes de P4P és divers, però sovint tendeixen a basar-se en objectius d'activitat clínica.

Les iniciatives P4P estan canviant el camp de la qualitat, atès que molts indicadors de qualitat estan associats al pagament tant per l'atenció amb ingrés com sense ingrés²⁴. Els incentius econòmics es van començar a introduir a l'àmbit hospitalari, i en els darrers anys s'han anat difonent cap el camp extrahospitalari.

Al Regne Unit, on la variació en les normes de la pràctica s'han estat observant durant molts anys, l'any 2004 el Govern va renegociar el contracte dels metges generalistes o de capçalera i incorporà un element de P4P - el marc per a la qualitat i els resultats conegut com *Quality and Outcomes Framework* (QOF) - que va suposar prop del 20-30% dels ingressos de la pràctica. Cal destacar que una porció dels fons addicionals els metges de capçalera els utilitzen per a la contractació de personal centrat específicament en alguns dels objectius del QOF, com ara l'augment de l'ocupació de les infermeres per a la gestió de malalties cròniques o els gestors de dades per gestionar els processos de recollida de dades addicionals i professionals per portar a terme la promoció de la salut³⁴.

A més, el *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS) dels EUA ha desenvolupat un sistema de declaració voluntari en el que els metges informen de setze indicadors de qualitat relacionats amb les cures ambulatories o d'atenció primària, com el colesterol i el nivell d'hemoglobina glicosilada en persones diabètiques³¹.

A Catalunya, on els proveïdors d'atenció primària estan molt diversificats, l'autoritat sanitària trasllada els objectius de salut prioritaris als proveïdors mitjançant un sistema d'acompliment, que és manté de moment fins l'any 2013, de l'acompliment dels indicadors com a part variable de la compra de serveis sanitaris d'atenció primària en el contracte entre l'asseguradora pública i els proveïdors. Alhora, els proveïdors traslladen els objectius de salut prioritaris als professionals de l'equip d'atenció primària mitjançant diverses fórmules com ara la direcció per objectius (DPO), afegint un complement variable al salari dels professionals. Hi ha experiències en el territori català que utilitzen el *Quality and Outcomes Framework* (QOF) com a base per a la mesura del rendiment o resultats dels professionals, i que per les infermeres representa aproximadament un 8% del que guanyen. Cal destacar però, que aquest tipus d'incentius basats en un sistema de P4P a nivell de l'individu (els professionals de l'atenció primària) és un dels punts que sovint es pot veure afectat per la situació econòmica actual.

1.2. El sistema de pagament de la sanitat pública catalana

El model de pagament és fonamental per a la sostenibilitat de qualsevol sistema sanitari³⁵.

El model sanitari català i els sistema de pagament: antecedents i estat actual

El model sanitari català és sensiblement diferent als models sanitaris de la resta de l'Estat espanyol, fonamentalment perquè diferencia entre finançament de la compra de serveis sanitaris públics i la provisió dels mateixos. Aquest model d'atenció mixt, amb gran diversitat en la provisió de serveis, integra en una xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública.

La història prèvia de la pròpia assistència sanitària a Catalunya ja es diferencià clarament de la de la resta de l'Estat en el fet que a Catalunya es prestà assistència, bàsicament des d'una xarxa d'organismes i fundacions sense ànim de lucre, lligades sovint a ordres religioses i als municipis. Partint del moment en que es fan les transferències en matèria de salut, l'any 1981, amb un 30% de llits de la Seguretat Social i el 70% d'altres entitats, com a exemple il·lustratiu de la situació, trobem que s'inicia el desplegament del mapa sanitari, amb la voluntat d'aprofitar tots els recursos existents, i iniciant la primera ordre de concerts. D'ençà, el sistema de pagament de l'assistència sanitària pública a Catalunya ha anat evolucionat fins a l'actualitat.

Les transferències de l'Estat a Catalunya en matèria de salut van comportar l'establiment del pagament per pressupost, on els proveïdors rebien una quantitat pactada durant un període determinat, independent de l'activitat realitzada. A banda, de manera retrospectiva, els ajustos derivats de les despeses els assumia el finançador, és a dir, l'asseguradora pública.

Entre el 1983 i el 1989 s'estableixen les bases del model actual, i entre els anys 1989 i 1990 i amb l'inici d'una nova cultura organitzativa, també s'inicia la separació del finançament i la provisió. Paral·lelament, s'aprova la llei general de sanitat de l'any 1986³⁶ que fonamenta les bases del sistema nacional de salut per a tot el territori espanyol.

A finals dels anys 80 a Catalunya es va definir un nou sistema de pagament, prospectiu, basat en el pagament per acte, on el proveïdor era remunerat per cada acte. Aquest nou sistema de pagament va rebre el nom de model UBA (unitat bàsica assistencial). Es va

pactar la cartera de serveis entre els proveïdors i el finançador, on les activitats no incloses en la cartera no es remuneraven. Aquest model plantejava ineficiències derivades de la tendència a incrementar els actes facturables o les estades que s'anaven compensant mitjançant la regulació de màxims i mínims.

És amb la publicació de la Llei d'Ordenació Sanitària a Catalunya (LOSC)³⁷, l'any 1990, que a Catalunya que es configura l'actual model sanitari català, amb la separació de la funció de finançament i compra de serveis de la provisió dels mateixos. L'any 1991 es crea el Servei Català de la Salut (SCS), que com asseguradora pública garanteix una cobertura universal prestada amb criteris de qualitat, equitat i sostenibilitat. Paral·lelament, amb la creació del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària (CMBD-AH) s'anava aprofundint en el coneixement de l'activitat hospitalària, malgrat que les limitacions del sistema de pagament per acte no permetien traslladar la complexitat de l'atenció als paràmetres de contractació³⁵.

En aquest context, l'any 1997 es va afavorir el canvi de model de pagament per cas, tenint en compte la complexitat assistencial. Amb aquest sistema es paga als centres en funció del nombre de casos atesos i de la complexitat dels mateixos, utilitzant per exemple els Grups Relacionats pel Diagnòstic (GRD) que constitueixen un sistema de classificació de pacients que permet relacionar la tipologia de pacients, o casuística, amb el cost que representa la seva assistència. Amb aquest canvi es va iniciar també la incorporació dels objectius prioritaris del Pla de salut al procés de contractació³⁵.

Les limitacions del sistema de pagament, que s'ha emprat d'ençà fins a l'actualitat, van fer que el SCS plantegés una experiència pilot de compra de serveis en base poblacional a cinc territoris per tal de transformar el model en un que afavorís la coordinació i col·laboració entre els diferents proveïdors d'un territori. A partir d'aquest moment, l'any 2002, es va començar a parlar del pagament per capitació, on els proveïdors rebrien una quantitat pactada per cada persona assignada, aplicant diferents ponderacions en funció de la potencial consumició de recursos de la població de referència³⁵.

Entre els anys 2005 i 2006 es va dur a terme una avaluació de la prova pilot amb una part qualitativa i una part relacionada amb l'assoliment d'objectius predeterminats amb uns indicadors de salut associats i agrupats en les següents categories: accessibilitat, resolució, eficiència i de satisfacció. Es van seleccionar i definir un conjunt d'indicadors rellevants del procés assistencial propers a resultats finals de salut per tal de detectar més fàcilment diferències en la qualitat de l'atenció. Els principals indicadors segons el SCS inclosos per la prova pilot van ser d'accessibilitat, resolució i efectivitat, eficiència i satisfacció (*Annex 1. Els principals indicadors segons el SCS inclosos per la prova pilot del sistema capitiu*).

En el marc del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 (PS), la línia 6 es centra en el nou model de contractació de l'atenció sanitària, amb un enfocament més centrat en els resultats en salut i amb major integració entre els nivells assistencials. L'objectiu general és estructurar el sistema al voltant de les necessitats dels ciutadans, a través de la millora de l'eficiència dels centres, serveis i establiments sanitaris, promoure el treball en xarxa dels proveïdors, facilitar les sinergies i garantir la qualitat assistencial i la distribució equitativa dels recursos¹¹. En aquesta línia del PS s'identifica un primer projecte (6.1.) que té com a objectiu disposar d'un nou model d'assignació territorial per al pagament als proveïdors. L'inici de la implantació del model estava prevista per l'any 2013 amb la intenció d'arribar al 100% del territori català l'any 2015.

La contractació dels serveis sanitaris

Figura 1: El contracte entre el SCS i els proveïdors



Font: Departament de Salut. El sistema de salut i la xarxa sanitària pública de Catalunya. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya, 2010.

Com a garant del sistema, el SCS fixa les obligacions dels proveïdors a través de la compra de serveis formalitzada mitjançant un contracte (figura 1).

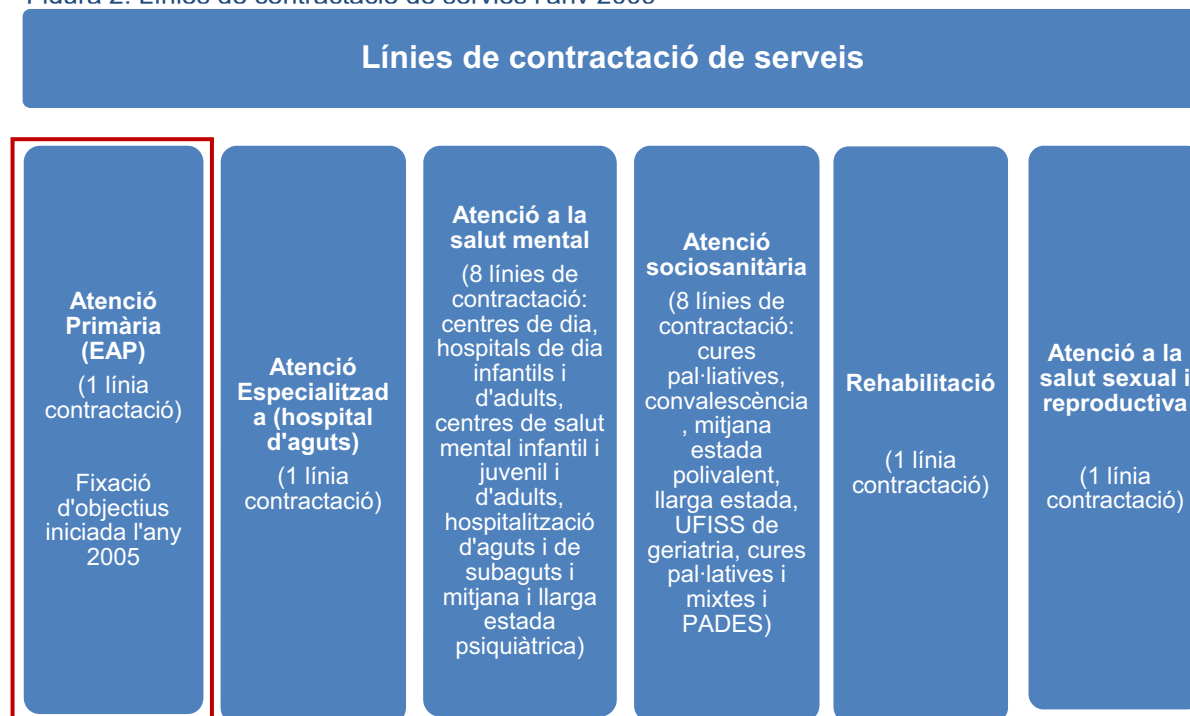
Aquest és l'element clau de relació entre l'autoritat en matèria de salut i els proveïdors de serveis sanitaris, on el Departament de Salut determina les polítiques sanitàries i el SCS, o CatSalut, en el seu paper d'asseguradora pública, compra els serveis als proveïdors³⁸.

Durant el quadrienni 2006-2009, en el que es basa el present estudi, i fins l'any 2012, tot i que es preveu que a partir de l'any 2013 s'iniciï el

procés d'implantació del sistema de pagament capitatiu a tot el territori català, el contracte de serveis sanitaris, és plurianual amb una revisió anual de les clàusules. Es divideix en una part fixa, a la que s'atorga un percentatge molt elevat del total del pagament als proveïdors, i en una part variable que depèn directament de l'acompliment dels objectius que es recullen al contracte i que es revisen i, si s'escau, es modifiquen cada any. En el passat, aquesta part

variable, de declaració obligatòria, va arribar a suposar com a màxim el 10% i com a mínim el 3% dels ingressos derivats del contracte dels proveïdors. Per l'any 2013 es preveu que sigui del 5% . Aquesta contractació es fa per línia de servei: atenció primària, atenció especialitzada, atenció a la salut mental, atenció sociosanitària, atenció rehabilitadora i atenció a la salut sexual i reproductiva. L'avaluació dels serveis també es va plantejar per a cada línia de servei de manera anual (figura 2).

Figura 2: Línies de contractació de serveis l'any 2009



EAP=equips d'atenció primària;UFISS= unitat funcional interdisciplinària sociosanitària;PADES=Programa d'Atenció Domiciliària - Equips de Suport.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Servei Català de la Salut. El Sistema d'atenció a la salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

En la part variable de la compra s'inclouen aquells elements que pel seu impacte en salut, el seu impacte econòmic o la seva rellevància estratègica, entre altres, són prioritzats des de les polítiques sanitàries del Departament de Salut i que, per tant, determinen l'execució de les mateixes per part de l'asseguradora pública. Aquest exercici forma part del rendiment de comptes dels proveïdors en forma de resultats i, per tant, es tradueix en un impacte econòmic.

La fixació d'objectius per l'avaluació de la compra de serveis es va iniciar amb la contractació de serveis d'atenció primària (figura 2) i es va ampliar a les altres línies assistencials a partir de l'any 2005. L'any 2009 ja incloïa 20 línies de contractació.

La part variable de la compra de serveis, que en termes generals ha anat disminuint progressivament en relació al percentatge total del pagament però està previst que augmenti fins el 5% aquest any 2013, es defineix amb la formulació d'objectius comuns per tot Catalunya i objectius específics que determina cada regió sanitària (RS). En el cas de les línies assistencials d'atenció primària i atenció especialitzada (que en aquest cas correspon a l'hospitalització d'aguts), també inclouen una categoria d'altres objectius comuns prioritzats, que no estan vinculats a la part variable del pagament, però tenen caràcter prioritari i s'avaluen per tal de valorar-ne l'acompliment. Com s'observa a la taula 1, en la distribució de la quantitat destinada a la part variable durant el període 2005-2009 es va anar augmentant el percentatge destinat als objectius específics que formulen les RS, disminuint progressivament el pes dels objectius comuns.

Taula 1: Distribució de la part variable de la compra de serveis segons els tipus d'objectius comuns o específics, durant el període 2006-2009 a Catalunya

| Any | % part variable objectius comuns (Catalunya) | % part variable objectius específics (RS) |
|------|--|---|
| 2005 | 80% | 20% |
| 2006 | 80% | 20% |
| 2007 | 80% | 20% |
| 2008 | 70% | 30% |
| 2009 | 60% | 40% |

Font: Elaboració pròpia. Les dades utilitzades per l'elaboració d'aquesta taula provenen dels documents de la compra de serveis dels contractes corresponents als anys 2006, 2007, 2008 i 2009, del Servei Català de la Salut.

L'avaluació de la part variable de la compra de serveis sanitaris d'utilització pública, tal com s'ha explicat anteriorment, es realitza de manera anual i en base a les dades declarades pels proveïdors. Les dades de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis, plantegen limitacions per sí mateixes que s'han de tenir en consideració. La disponibilitat de les dades depèn del grau de declaració i la informació que se'n deriva s'ha de complementar, contrastar i relativitzar durant el procés d'interpretació. Addicionalment, en tractar-se de dades declarades vinculades a una contraprestació econòmica, pot ser que la seva fiabilitat es vegi afectada. Malgrat les seves limitacions, es tracta d'una font d'informació important, amb una recollida sistematitzada de dades any a any a Catalunya.

La línia d'atenció primària de la salut

Els elements clau que han determinat l'evolució del model d'atenció primària a Catalunya en els darrers 30 anys són el procés de reforma de l'atenció primària de salut, que va assentar les bases de l'actual model integrat amb especial èmfasi en la prevenció i promoció de la salut, la diversificació de la provisió de serveis, i la introducció del contracte com a element de relació. També el Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i la Salut Comunitària (PIAPSC), aprovat pel Consell de Direcció del CatSalut al novembre de 2009 i que va iniciar la seva etapa operativa l'any 2010, va tenir un paper destacat. A l'actualitat, el model català de salut evoluciona en el marc del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015, en les estratègies del mateix del qual s'han integrat les línies de treball i operativització del PIAPSC.

La figura del contracte de serveis d'atenció primària donava resposta a la necessitat de disposar d'un instrument que articulés la relació entre el CatSalut com a comprador dels serveis sanitaris i les entitats proveïdores d'aquests serveis³⁵, que es va iniciar l'any 1992.

El sistema de pagament de l'atenció primària es determina en funció de la població assignada a cada equip d'atenció primària, ponderada per: variables demogràfiques, de dispersió i d'atenció continuada, del producte intermedi, de les tires reactives i dels serveis, dispositius i programes específics de necessitats i/o activitats que calgui implementar³⁵.

En el marc del Pla de Salut, tal com s'ha comentat, la línia 6 que es centra en el nou model de contractació de l'atenció sanitària amb un enfocament més centrat en els resultats en salut i amb major integració entre els nivells assistencials. Dins d'aquesta línia s'ha definit un projecte (6.2) que té l'objectiu d'implantar un nou model de contractació i incentius lligats a resultats. Aquest projecte inclou un subprojecte centrat en potenciar la capacitat de compra de l'atenció primària, atès que una de les línies prioritàries de transformació del model assistencial és l'increment de la capacitat resolutiva de l'atenció primària¹¹. L'increment de la capacitat resolutiva de l'atenció primària s'ha considerat una de les línies prioritàries de transformació del model assistencial.

L'experiència de *benchmarking* en la línia de serveis d'atenció primària a la Regió Sanitària de Barcelona

A Catalunya, la línia d'atenció primària a la regió sanitària de Barcelona té ja una tradició reconeguda de *benchmarking*. L'any 2003, des de la Regió Sanitària de Barcelona (RSB) del Servei Català de la Salut, ja es proposaven eixos estratègics per a orientar l'avaluació dels

serveis de l'atenció primària de salut, en els que inclouen la identificació dels equips d'atenció primària (EAP) amb millors resultats o *benchmarks* com a referents externs de la qualitat de l'atenció primària a la RSB. D'ençà, un dels objectius de la RSB és impulsar la millora de la qualitat de la prestació dels serveis com també promoure la transparència dels resultats del serveis sanitaris públics. La RSB promou la publicació dels resultats de l'avaluació com una part substancial de les dinàmiques de gestió de la qualitat i impulsa el projecte de *benchmarking* en l'atenció primària de salut³⁹.

1.3. La contribució infermera i la seva mesura

Les infermeres es troben en una posició única per contribuir en un enfocament basat en el cicle de vida, intervenint en tots els contextos i en tots els nivells del sistema de salut⁴⁰. Per exemple, en l'àmbit de la salut pública, les infermeres interactuen amb les persones i les empoderen per tal d'assolir fites, i ho fan principalment mitjançant intervencions de prevenció primària, de prevenció secundària, de l'ensenyament d'hàbits saludables i de la promoció de l'autocura⁴¹.

La preocupació pel valor i la contribució de les infermeres s'ha fet palesa arreu del món des de fa dècades⁴². A l'actualitat s'estan fent esforços intensos per garantir que la contribució actual i futura de la infermeria prengui part en la transformació dels sistemes de salut⁴³. Els objectius a assolir i, sobretot, a mantenir són que les cures infermeres es personalitzin d'acord a les necessitats i valors de les persones, que el coneixement clínic i professional es comparteixi i flueixi lliurement, que la presa de decisions es basi en l'evidència científica, i que hi hagi un alt grau de cooperació entre els professionals de la salut⁴⁴.

L'estudi de la contribució infermera en els resultats de les persones receptores de l'atenció, s'ha vist marcat per la manca de consens en la definició del rol infermer i en els instruments dispars utilitzats en els estudis⁴².

Needleman i cols.²⁰ van identificar una sèrie d'esforços dedicats a la mesura de la contribució infermera en la provisió de cures segures, beneficioses, centrades en el pacient, oportunes, eficients i equitatives. Però també van observar buits de coneixement. Defensaven que mesurar i informar sobre la qualitat de les cures infermeres era necessari per:

- Quantificar la influència de les infermeres en la seguretat del pacient i en els resultats en salut amb un enfocament especial en la promoció dels nivells més alts de qualitat en els hospitals d'aguts.
- Permetre el *benchmark* i compartir les millors pràctiques en infermeria.
- Millorar la pràctica clínica del personal d'infermeria i els projectes de millora de la qualitat relacionats amb la d'infermeria.
- Promoure l'acompliment dels proveïdors que inclogui, però no es limiti a, la publicació d'informes i al pagament d'incentius econòmics.
- Identificar i implementar els nivells de dotació adequat de personal infermer i els enfocaments per a l'organització d'infermeria en els hospitals.

- Identificar els buits en la qualitat que contribuïran a la investigació, la formació i la capacitat necessàries per la mesura de les intervencions sensibles a la infermeria.

Hi ha treballs, com els realitzats entre els líders de la infermeria nordamericana i la *National Priorities Partnership* (NPP)[†] als Estats Units, que han posat de manifest les moltes contribucions que les infermeres estan fent actualment per a l'assoliment dels objectius que plantegen les organitzacions més influents del sistema sanitari. En aquests treballs s'han identificat un ampli ventall d'oportunitats per la comunitat infermera i s'ha observat que es requereix un esforç conjunt de la infermeria per capitalitzar aquestes oportunitats i que, alhora, han de rebre el suport dels agents implicats dels àmbits públic i privat⁴³.

La contribució de la infermeria a les organitzacions sanitàries i a la gestió

En els darrers temps s'han desenvolupat diverses estratègies organitzatives en resposta als canvis en els sistemes de salut. Es busca la manera d'aplicar processos uniformes que permetin assolir l'eficiència mitjançant la reducció de la utilització innecessària dels serveis sanitaris, la reducció de la despesa i la promoció de comportaments saludables. En aquest context, les infermeres es troben en una posició important per poder determinar les necessitats de la organització necessita, atès el seu paper cabdal en tota la prestació de serveis de salut i en la identificació de les necessitats dels clients. Per tant, el repte per les infermeres en el procés de reestructuració del sistema d'atenció a la salut és mantenir un nivell de qualitat suficient que sigui acceptable pel consumidor mentre que, al mateix temps, controla la despesa¹⁰.

En el marc de la teoria de contingències, aplicada a les organitzacions, les mesures útils del impacte econòmic de les cures infermeres ho són en funció de les circumstàncies de l'entorn, les organitzatives i les tecnològiques, que componen el context en el qual es realitzen les cures infermeres i que proporcionen una oportunitat per la mesura de la contribució de les cures infermeres en el "benestar" econòmic de les organitzacions sanitàries¹⁰.

[†] El *National Priorities Partnership* (NPP) és un esforç col·laboratiu de les cinquanta-dos majors organitzacions que col·lectivament influencien cada part del sistema sanitari. Els socis, convocats pel *National Quality Forum* (NQF) per fer front als reptes del sistema sanitari nord-americà, representen a múltiples parts interessades procedents dels sectors públic i privat. Aquestes organitzacions creuen que es requereix el treball de molts per assolir un canvi transformacional que és necessari als Estats Units per a que disposi d'un sistema sanitari d'elevat acompliment i gran valor.

D'aquí se'n desprèn que les infermeres han d'estar ben informades sobre qüestions econòmiques i polítiques que impulsen les decisions relacionades amb la seva pràctica. A mida que les organitzacions de salut continuen adaptant-se als canvis en el sistema de salut, incloent el finançament dels seus serveis, les infermeres han de posseir els coneixements necessaris per tal d'entendre aquests canvis, respondre i advocar en nom dels pacients i d'elles mateixes²⁹.

En aquest sentit, cal destacar que les principals preocupacions de les organitzacions sanitàries a Catalunya i arreu⁴⁵, des de fa anys, són el creixement de la població amb malalties cròniques i l'envelliment, les deficiències en la qualitat de l'atenció sanitària i l'increment de la despesa, fets que intensifiquen la demanda de serveis d'alta qualitat en l'atenció primària⁴⁶. S'estima que es podrien evitar al voltant del 80% de les malalties cròniques, es reconeix a tot el món que les infermeres estan ben situades per a contribuir de manera important a la prevenció d'aquestes malalties⁴⁷. Per exemple, Bodenheimer, un dels metges que va participar en el desenvolupament del model d'atenció a les persones amb problemes crònics o amb risc de partir-los, ja afirmava que: *“Les publicacions sobre atenció de salut i l'experiència de nombroses iniciatives per millorar les cures cròniques indiquen que les infermeres, i no els metges, són la clau per aplicar el model de les cures cròniques en un equip d'atenció centrat en el pacient”*⁴⁷⁻⁴⁸.

La qualitat i la infermeria

La definició de qualitat en l'atenció sanitària s'ha ampliat més enllà de l'efectivitat clínica, durant la darrera dècada, per incloure també la seguretat del pacient, l'accés als serveis, l'equitat i l'adequació, la continuïtat, la coordinació, l'atenció centrada en el pacient i l'eficiència⁴⁹. La majoria de models que avaluen la qualitat de l'atenció sanitària inclouen components d'estructura, de procés i de resultat, basats en el treball clàssic de Donabedian publicat l'any 1966⁵⁰.

La mesura de l'impacte de l'atenció d'infermeria d'alta qualitat s'ha convertit en un element clau impulsat per diverses qüestions durant els últims anys. Els reptes actuals al voltant de la manca d'infermeres i de la disminució de les plantilles d'infermeres projectada per als propers anys, plantegen dubtes seriosos sobre l'efecte que la reducció d'infermeres titulades tindrà en la qualitat de l'atenció de la salut.

Els estudis que han anat tractant de mesurar i analitzar l'associació entre les cures infermeres i la qualitat de l'atenció amb els resultats han estat plens de dificultats per relacionar les infermeres amb els pacients⁵¹. Per exemple, dos estudis clàssics sobre les

càrregues de treball dels professionals d'infermeria i els ratis infermera-pacient, i sobre els esdeveniments adversos en els hospitals⁵²⁻⁵³, només van ser capaços de mesurar el personal d'infermeria a nivell agregat, és a dir, emprant dades agregades procedents de fonts administratives dels hospitals. Tot i així, els dos estudis han tingut una gran influència en la política nacional de salut i s'han convertit en la base de la defensa de l'estat i la legislació nacional als Estats Units a favor dels ratis obligatoris de personal d'infermeria.

En els darrers anys, l'evidència ha documentat la influència de la infermeria en la seguretat del pacient i els resultats en salut, i s'han publicat diversos estudis que descriuen els vincles entre la infermeria i la qualitat^{20,29,52-59} així com posicionaments que els defensen⁶⁰.

El cos d'evidència, que està creixent, associa la mida i la composició de la plantilla d'infermeria amb la seguretat del pacient i la qualitat dels resultats en salut²⁹. Revisions bibliogràfiques recents que exploren la relació entre els recursos humans i els resultats en general, aportant associacions positives i significatives entre els recursos humans i la mort després de complicacions serioses tractables, les caigudes de pacients i el temps d'estada^{20,57}.

S'ha defensat que si les infermeres utilitzen de forma habitual, en la pràctica diària, la millor evidència disponible, hi haurà potencial per la millora de la qualitat de l'atenció sanitària, i si els responsables de les polítiques i les organitzacions sanitàries tenen el desig de promoure amb èxit la infermeria basada en l'evidència, hauran de garantir el finançament i la realització d'estudis ben dissenyats per generar evidència que pugui guiar les polítiques sanitàries⁶¹.

La pràctica clínica basada en l'evidència generada a partir d'estàndards propis, de l'estudi de la pràctica i de la passió per a la infermeria permetrà empoderar la pràctica infermera. A partir d'aquest coneixement les infermeres seran capaces d'articular com i per què la seva pràctica impacta en els resultats en salut de les persones⁴⁴. La professió haurà d'anar més enllà de la dependència dels models professionals clínics per fer-se un lloc seu com a socis igualitaris en la cura de la salut⁶².

L'actual orientació de les polítiques nacionals, que acceleren la mesura de l'acompliment, la informació pública i la compra de serveis basada en la qualitat, afecten directament a les infermeres. Les tendències de l'evidència recolzen que les infermeres han de ser vistes com a elements clau en la consecució dels objectius relacionats amb la seguretat del pacient i els resultats en salut, que han estat examinats pel públic, pels compradors públics i privats i per les agències governamentals².

La necessitat de comprendre millor la influència de la infermera en els resultats de les persones és vital per al desenvolupament de la confiança en les mesures destinades a aquest fi²⁰. Els indicadors de qualitat d'infermeria poden ser de gran valor en la realització d'informes de salut basats en l'evidència i es poden utilitzar per dirigir el canvi, per tant, s'ha de defensar la utilització d'indicadors de qualitat sensibles a la infermeria⁶³. A més, per un gran nombre d'indicadors, existeix una oportunitat important per la millora que només es pot assolir amb el compromís dels professionals d'infermeria. Alguns d'aquests indicadors són les taxes de caigudes, la incidència i prevalença d'úlceres per pressió en pacients hospitalitzats, la mort després de complicacions serioses tractables, i les infeccions nosocomials².

La transparència, la mesura de l'acompliment i la publicació d'informació infermera

Avui, les polítiques de transparència i el rendiment de comptes formen part d'estratègies àmpliament acceptades, i tenen l'objectiu de millorar la qualitat i estimular l'elecció del consumidor dels serveis sanitaris. No obstant això, la infermeria, la professió més nombrosa dedicada a la cura de la salut⁶⁴, encara no se l'ha implicada suficientment en aquestes orientacions polítiques ni es pren en consideració en el seu disseny o implementació¹⁵.

L'avaluació de l'acompliment planteja diversos reptes per als professionals d'infermeria que s'associen amb la selecció i implementació d'una estratègia d'avaluació eficaç. L'objectiu principal de l'avaluació de l'acompliment infermer és proporcionar una mesura equivalent a la seva contribució a l'equip de salut, per promoure un alt nivell de qualitat en l'atenció i per optimitzar les vies del seu desenvolupament com a infermera⁸.

Needleman i cols.²⁰ van proposar quatre categories per agrupar l'ampli rang d'elements clau que influencien l'acompliment infermer: (1) les competències i la formació, (2) la infraestructura i l'estructura física, (3) l'organització infermera, i (4) l'entorn i la cultura de treball.

Malgrat la inversió feta en els darrers anys per tal que els proveïdors rendissin comptes en relació a la qualitat de l'atenció proporcionada, la manera en que les mesures de rendiment sensibles a la infermeria s'han adoptat i presentat públicament ha estat relativament modesta¹⁵⁻¹⁶. Com a pas cap a l'assoliment d'una major transparència, Kurtzman i cols.¹⁶ van publicar un treball en el que descriuen breument l'estat de les mesures d'acompliment sensibles a la infermeria amb l'objectiu que, amb aquesta informació, els líders d'infermeria poguessin ajudar a accelerar l'adopció de mesures de la qualitat sensibles a aquesta professió.

En els EUA es troben en continu canvi pel que fa a les pràctiques de reemborsament dels centres proveïdors dels serveis inclosos en els programes de cobertura pública pels grups de població especialment vulnerables: els *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS). Des d'allà es marquen les tendències en polítiques de pagament. Durant els darrers quinze anys s'ha fet una important inversió per a responsabilitzar als proveïdors dels serveis sanitaris de la qualitat de l'atenció prestada. Aquesta inversió s'ha realitzat mitjançant la proliferació de polítiques nacionals centrades en la mesura del rendiment, de la presentació d'informes públics i de la compra de serveis basada en la qualitat.

L'any 2009, en un altre article, Kurtzman afirmava, des del punt de vista de la reavaluació de l'acompliment i la renovació del compromís per millorar la qualitat i la seguretat al sistema sanitari dels EUA, i fent referència als informes de l'*Institute Of Medicine* (IOM), que l'acompliment fins a la data havia estat subòptim i que els resultats apuntaven cap a un acompliment mediocre que mostrava variabilitat, desigualtats i ineficiències¹⁵⁻⁵⁷.

És un fet molt destacable que les polítiques del CMS ja no paguin pels costos addicionals d'atenció relacionats amb les condicions adquirides a l'hospital, com ara les úlceres per pressió i les infeccions. S'ha reconegut que gran part de les condicions adquirides en hospitals estan directament relacionades amb les cures infermeres, per tant, els hospitals reben menys pagament i menys ingressos per cures pobres⁵¹. En alguns casos, això pot requerir que els hospitals ofereixin professionals d'infermeria amb més experiència i capacitat per a cert tipus de pacients amb major risc d'esdeveniments adversos. Les noves idees i la legislació emergent sobre l'acompliment de les infermeres en l'àmbit hospitalari posen més èmfasi en els costos directes d'infermeria i en la intensitat de l'atenció alineada amb el sistema de pagament basat en el diagnòstic als hospitals. Això requereix un canvi en les pràctiques de facturació i pagament que, finalment, conduirà a establir el valor econòmic de l'atenció hospitalària d'infermeria i proporcionarà informació als responsables polítics sobre la manera d'optimitzar al màxim les cures en els hospitals a tot el país.

Pel que fa als sistemes de retribució infermera, la manera com es determina i es fa el pagament a les infermeres pot ser un factor de satisfacció important i un incentiu, si el procés està ben dirigit, i pot ser un factor que recolzi la pràctica clínica, el rendiment i la innovació⁶⁵.

En aquest context, han augmentat els documents que evidencien la influència que exerceix la infermeria en la seguretat del pacient, en els resultats sobre la seva salut i en l'entorn de treball. En certa mesura, l'augment de l'evidència que vincula les variables d'infermeria amb els resultats dels pacients i l'aprovació del conjunt d'estàndards del

National Quality Forum (NQF)[‡] van portar i van accelerar l'expansió de la mesura de l'acompliment d'infermeria i les activitats relacionades amb la publicació d'informació¹⁶. Dissenyar sistemes d'acompliment i transparència fa que es pugui fer difusió dels informes d'acompliment en l'atenció sanitària, que alhora pretén garantir una atenció de millor qualitat.

Les infermeres han iniciat i contribuït amb les intervencions que augmenten l'evidència que descriu la relació entre la infermeria i la qualitat, i desenvolupant mesures del rendiment i intervencions de *benchmarking*. Aquesta inversió fa que l'absència d'informació pública disponible relativa a la contribució infermera a la qualitat sigui particularment difícil. Tot i que s'han fet esforços continus per desenvolupar i aprovar mesures estandarditzades de rendiment, el repte està en l'adopció de les mesures per part de les professionals que treballen als centres hospitalaris. La implementació de forma generalitzada no és probable que s'assoleixi sense avenços polítics, formatius, d'investigació i tecnològics importants. Els gestors d'infermeria tenen un paper essencial en l'assoliment d'aquests avanços¹⁶.

Kurtzman⁵⁷, l'any 2009, feia una crida per a donar força a la "veu política" de la infermeria. Amb el suport de la *Robert Wood Johnson Foundation* (RWJF) i amb la col·laboració dels líders d'organitzacions infermeres seleccionades, es va endegar un nou projecte del *Department of Nursing Education* de la *George Washington University* per explorar aquestes qüestions. En els mesos següents a l'anunci, els líders nacionals es reunien a Washington per analitzar les noves orientacions en política sanitària centrades en la qualitat de l'atenció i la seguretat del pacient. El treball es va centrar en determinar les oportunitats de la infermeria per influir en el debat de les polítiques públiques, identificar maneres d'enfortir la influència del lideratge infermer en els programes de transparència i de rendició de comptes emergents, i explorar l'interès i la viabilitat d'establir una veu política unificadora de la infermeria en aquests temes. Aquesta veu política es va anomenar *Nursing Quality and Safety Alliance* (NQSA)^{§66}. La NQSA preveia inspirar confiança continuada del públic cap a la infermeria i les polítiques sanitàries nacionals que sustenten la qualitat, aprofitar la força professional més nombrosa per una atenció de qualitat, i motivar polítiques que acceleressin les millores en qualitat i seguretat dirigides per infermeres.

Pel que fa a Catalunya, emmarcats en un model de sistema nacional de salut, però amb la particularitat de disposar de múltiples proveïdors d'atenció sanitària pública, el sistema de pagament als professionals d'infermeria es pacta en les unitats de negociació, cadascuna

[‡] El *National Quality Forum* (NQF) és una organització d'associació públic-privada fundada en resposta a les recomanacions de la Comissió Assessora del President Clinton als EUA, que va aprovar un conjunt d'estàndards consensuats voluntaris nacionals per a l'atenció sensible a la infermeria.

[§] La *Nursing Quality and Safety Alliance* (NQSA) o aliança infermera per a la qualitat i la seguretat és una associació capdavantera entre les organitzacions nacionals líders d'infermeria que condueixen a avançar cap a la més alta qualitat, la seguretat i el valor de l'atenció a la salut centrada en el consumidor per a tots els individus - els pacients, les seves famílies i les seves comunitats.

involucrant múltiples associacions de personal i sindicats que cobreixen als diferents grups de personal en el cas de la major part de professionals d'infermeria. Addicionalment, hi ha experiències d'incentius basats en la consecució d'objectius a les quals s'assigna una quantitat variable del sou.

La mesura i expressió de la contribució infermera

Les infermeres han estat sempre en l'avantguarda de la pràctica pel que fa a facilitar informació, impartir formació i establir relacions amb les persones receptores de l'atenció, amb els cuidadors i amb les comunitats, a donar continuïtat a les cures, utilitzant la tecnologia per fer avançar en la prestació de les cures, a afavorir el manteniment de les teràpies de llarga durada i a promoure la pràctica en col·laboració⁴⁷ amb altres professionals. Malgrat que les infermeres són el grup més nombrós de professionals de la salut², sovint s'infravalora l'atenció que presten a les persones⁶⁷.

S'ha observat que hi ha demanda de mesures mitjançant les quals els professionals d'infermeria puguin demostrar i assumir la responsabilitat per la seva contribució, des del punt d'atenció i fins allà on es prenen les decisions. Aquestes mesures també s'han considerat útils per a tots els sectors de la societat que es beneficien de la política sanitària, que van des del públic general fins els polítics³.

La important decisió de com mesurar aquests resultats es suma a la dificultat que implica identificar quines intervencions produeixen els resultats més òptims en la població, en un context de recursos limitats i de variabilitat en la pràctica.

Pel que fa a les fonts de les quals s'obtenen les dades, cal tenir en compte que les dades obtingudes de les fonts administratives (informes d'alta, etc), tenen com a objectiu principal la facturació per sobre de la qualitat, Així, malgrat són més fàcils d'obtenir, limiten la disponibilitat d'elements o dades necessàries per la mesura de la qualitat. Les dades obtingudes de les històries clíniques dels pacients o recollides amb l'objectiu exclusiu de mesurar l'acompliment, aquestes requereixen una abstracció i recollida de dades addicionals amb la consegüent necessitat de la destinació de recursos²⁰.

El plantejament de en quines mesures i en quins resultats s'ha de centrar la contribució infermera, s'ha fonamentat en el desenvolupament de taxonomies i classificacions pròpies de la infermeria, com per exemple els treballs de Johnson i cols., la classificació de resultats d'infermeria, més coneguda com la NOC (*Nursing Outcomes Classification*)⁶⁸. Per exemple, els estudis de Head i cols.⁶⁹⁻⁷⁰, que tenien per objectiu avaluar la validesa i sensibilitat a la

infermeria de sis resultats rellevants de l'àmbit de l'atenció comunitària de la NOC, i els seus indicadors de resultats associats. Però, des de fa uns anys, es defensa un plantejament que va uns passos més enllà, implicant una visió més global, més àmplia i en clau de sistema, que es podria considerar molt oportuna en un context de transparència i rendició de comptes. La determinació clara del valor de la contribució infermera, passa per concretar un valor que existeix com a part d'un tot, no com a element aïllat⁵⁹.

Aquest nou plantejament es dirigeix cap a la identificació de mesures sensibles a la infermeria a partir dels conjunts d'indicadors que s'empren per la mesura del rendiment de les organitzacions sanitàries. Igualment, aquestes mesures precisen d'evidència basada en l'associació entre els processos i les mesures infermeres i els resultats en les persones receptores de l'atenció.

En relació al nou enfocament per a la mesura de la contribució infermera, malgrat els canvis en la població han fet que l'atenció no aguda sigui l'àmbit amb el creixement més ràpid en els darrers anys, és el menys estudiat pel que fa a la mesura del seu acompliment⁵⁹. Concretament en l'atenció sense internament, que inclou sobretot l'atenció primària, la comunitària i l'ambulatoria, es compta amb menys iniciatives destinades a aquest fi, però les preocupacions en aquest sentit han estat constants en els darrers anys^{46,59,71-72}. No obstant, no es preveu en un futur pròxim un canvi ràpid i espectacular en la mesura del seu acompliment⁷¹.

L'any 2006 es va publicar un article basat en l'evidència que va proporcionar una visió general del paper de la infermera a l'atenció ambulatoria, basant-se en la definició de dels estàndards de la pràctica i l'administració de les cures infermeres ambulatories (*Ambulatory Care Nursing Administration and Practice Standards*) de l' *American Academy of Ambulatory Care Nursing* (AAACN) que determina que la pràctica infermera ambulatoria inclou les cures directes a les persones, la pràctica de la telemedicina, la promoció i el manteniment de la salut, la prevenció i la gestió de malalties, l'educació i provisió de recomanacions, la defensa de la persona, la gestió del cas i la coordinació de les cures per tot el sistema sanitari. En aquest treball es descriu el valor econòmic de les infermeres basat en els resultats de les cures proporcionades⁵⁹, és a dir, les mesures de qualitat estandarditzades nacionals pel rendiment que s'utilitzen es centren majoritàriament a nivell de la pràctica i no en l'individu que les proveeix.

S'han identificat mesures de qualitat estandarditzades nacionals emprades per avaluar el rendiment dels professionals d'infermeria tant a l'atenció aguda com a la no aguda i en l'àmbit comunitari. A l'atenció aguda, mitjançant la *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI®), la infermeria ha pogut identificar, mesurar i fer *benchmarking* amb els

resultats de les persones receptores de les cures. A l'atenció no aguda, aquestes mesures del rendiment no estan suficientment desenvolupades i estandarditzades. S'ha proposat que les infermeres d'aquest àmbit d'atenció s'organitzin i col·laborin amb iniciatives com la NDNQI® per tal que les mesures puguin formar part d'aquestes bases de dades, amb el convenciment que això proporcionaria un vehicle per recollir informació uniforme estandarditzada, identificable i mesurable⁵⁹.

Posteriorment, el mes de març de 2010, en va celebrar una conferència sobre l'estat de l'evidència de la infermeria de l'atenció ambulatoria, concretament sobre la mesura de l'acompliment de la qualitat de la infermeria de l'atenció ambulatoria a nivell de proveïdors dels EUA⁷¹. Les recomanacions reflectien cinc àrees fonamentals pel desenvolupament estratègic:

1. La contribució de les infermeres a la qualitat de l'atenció en el context de les polítiques nacionals.
2. Els aspectes metodològics i tècnics del desenvolupament i proves de les mesures.
3. Avançar cap a un programa de recerca.
4. El desenvolupament de les tecnologies de la informació en salut.
5. Les col·laboracions estratègiques.

Per què estudiar la contribució infermera en l'atenció primària?

La situació actual que intensifica la demanda de serveis d'alta qualitat en l'atenció primària i obliga a reformular els serveis sanitaris i socials, insta a tots els agents del sistema sanitari a centrar la mirada en l'atenció no aguda i sense internament, posant especial èmfasi en l'atenció primària, la comunitària i l'ambulatoria. Avui, s'assumeix que, d'ara endavant, els canvis demogràfics i socials seran constants i s'hauran de trobar solucions factibles, tant per millorar la qualitat assistencial com el cost-efectivitat del sistema de salut, amb una visió global i transversal que millori la continuïtat de l'atenció a les persones⁷³.

D'ençà de l'any 1978, quan a Alma Ata (Kazakhstan), es varen reunir per primera vegada els representants de gairebé tots els països del món per acordar una política sanitària, la Declaració d'Alma-Ata de 1978, va sorgir com una fita important del segle XX en el camp de la salut pública, i va identificar l'atenció primària de salut (APS) com la clau per assolir la meta de *Salut per a Tothom*⁷⁴. L'any 2008, l'OMS va reafirmar els principis d'Alma Ata destacant la necessitat de posar en primer lloc a les persones, la necessitat d'avançar i mantenir una cobertura universal i amb la idea de que les polítiques públiques sanitàries s'han d'adreçar a la salut pública mitjançant el lideratge d'un govern efectiu, que alhora es

van confirmar a la 62a Assemblea Mundial de la Salut de l'any 2009 celebrada a Ginebra. Sempre es van fer referències específiques a la infermeria reconeixent als seus professionals com a essencials en la provisió d'una bona atenció sanitària.

El Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i la Salut Comunitària (PIAPSC) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, presentat per primera vegada l'any 2007 i creat per Decret l'any 2010 (GOV/236/2010, de 23 de novembre, pel qual s'aprova el Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària), ja destacava entre els reptes principals que havia d'afrontar l'atenció primària a Catalunya: dotar els centres de major autonomia, millorar el continu assistencial, incrementar la capacitat resolutiva, potenciar el lideratge i les competències de les infermeres, ampliar el perfil competencial del personal de medicina de família i millorar la coordinació amb l'àmbit de salut pública. Situava a la infermera, junt amb els metges i metgesses de família i pediatres, entre els professionals de referència per a la ciutadania, destacant la importància de promoure el desplegament de totes les competències dels professionals i especialment de les infermeres⁷⁵. El PIAPSC fa referència especial a la professió infermera, en relació a que: *“Cal potenciar els camps que la capaciten per valorar i definir la situació de salut, i planificar i prescriure en totes les situacions que afecten el manteniment de la salut, les condicions de vida i la resolució de problemes de salut. També cal desenvolupar, més intensament que fins ara, el paper dels professionals farmacèutics comunitaris com a agents de salut de primer accés”*.

Avui, cal preguntar-se, tal com es va preguntar Kendall, de quina evidència es disposa en relació a com estan contribuint les infermeres de l'APS en el desenvolupament d'intervencions efectives que milloren els resultats en salut?⁷⁶

La infermeria exercida en el nivell de l'atenció primària de la salut tal com la coneixem en el context català, s'enfronta a reptes creixents, que inclouen la millora de l'eficiència mitjançant la optimització dels recursos humans i materials, d'una manera cost-efectiva, proporcionant cures d'alta qualitat a pacients cada vegada més complexos i una població amb més condicions cròniques⁷⁷. A més, cada vegada s'està estenent més la provisió de cures utilitzant una varietat de mètodes d'alta tecnologia i entorns virtuals com a complementaris a l'atenció presencial tradicional²⁴.

1.4. Les mètriques i mesures sensibles a la infermeria

La necessitat d'informació estandarditzada de resultats en salut per a l'avaluació dels serveis de salut és imprescindible. És necessari establir estàndards a partir dels valors i de l'evidència de la investigació infermera, de les necessitats de les persones i de les directrius polítiques.

L'origen de la monitorització de resultats i de l'acompliment i, per tant, dels esforços per identificar la contribució de la infermeria en l'atenció d'alta qualitat, es remunta a mitjans del segle XIX amb treballs de Florence Nightingale⁷⁸⁻⁸⁰. No obstant, la recollida sistemàtica de dades per avaluar els resultats no va es iniciar fins a finals dels anys setanta, coincidint amb la preocupació sobre la qualitat. Aquest fet va provocar la generació dels conjunts mínims bàsics de dades sanitàries⁸¹. Però aquests conjunts mínims bàsics de dades no incloïen informació sobre les intervencions infermeres proporcionades als pacients.

Els sistemes de classificació i els llenguatges estandarditzats d'infermeria van contribuir en el desenvolupament dels Conjunts Mínims de Dades d'Infermeria (*Nursing Minimum Data Sets*, NMDS). Les terminologies estandarditzades infermeres possibilitaven que els elements es poguessin organitzar en un NMDS, de manera sistemàtica, i creuar-los amb altres terminologies clíniques i infermeres.

A mida que evolucionaven les tecnologies i la informatització, es van anar desenvolupant una varietat de sistemes de classificació, incloent l'Associació Nord-americana de Diagnòstics d'Infermeria (*North American Nursing Diagnosis Association*, NANDA), la Classificació d'Intervencions Infermeres (*Nursing Interventions Classification*, NIC) i la NOC.

Més endavant, amb el suport del Consell Internacional d'Infermeria (*International Council of Nurses*, ICN), es va desenvolupar la Classificació Internacional per a la Pràctica Infermera (*International Classification of Nursing Practice*, ICNP®) com un sistema de classificació general. Aquest sistema unificat de llenguatge infermer permetia el creuament de dades, possibilitant la comparació i utilització més àmplia de les mateixes, mentre les organitzacions continuaven utilitzant el seu sistema de classificació d'infermeria preferit sense interrupció.

Davant de l'evolució del llenguatge i els sistemes de classificació infermera, aflorava una preocupació: el cost d'utilitzar conjunts de dades administraves o altres conjunts de dades customitzades.

S'observà que la informació relativa al rol infermer i als seus informes no es trobava generalment disponible a través dels conjunts de dades administratives. A més, malgrat la insistència d'alguns experts per a la seva inclusió en els sistemes d'informació sanitaris⁶⁹⁻⁷⁰,

els sistemes de dades per al diagnòstic, la intervenció i els resultats d'infermeria que les infermeres han desenvolupat, no han estat àmpliament integrats en els sistemes d'informació i registres electrònics i, tampoc, les normes establertes per l'entrada i emmagatzematge de les seves dades²⁰.

Paral·lelament, la cerca de la qualitat i la rendibilitat de l'atenció junt amb la creixent sofisticació dels sistemes de salut, posen un major èmfasi en l'evidència i els resultats. Aquests elements, juntament amb la preocupació creixent pels canvis en el conjunt de capacitats o nivells d'habilitats, han portat als professionals d'infermeria a centrar-se en la identificació de mesures o indicadors sensibles a les cures d'infermeria⁸².

Els indicadors sensibles a la infermeria reflecteixen l'estructura, els processos i els resultats en les persones associats a les cures infermeres. Concretament, l'ús d'indicadors de resultats sensibles a la infermeria ajuda a centrar l'atenció en la seguretat i la qualitat de l'atenció al pacient i en la mesura dels resultats de l'atenció. És important que les infermeres i els serveis sanitaris registrin les dades per tal de monitoritzar el cost actual i la qualitat de l'atenció a les persones. L'ús d'aquests indicadors és cabdal per demostrar que les infermeres marquen una diferència crítica i cost-efectiva en la provisió d'una atenció segura i d'alta qualitat al pacient⁸².

El problema principal d'aquest enfocament és que es precisa una massa important d'organitzacions participants per tal d'incloure resultats sensibles a la infermeria en els informes i les publicacions nacionals. A més, hi ha evidència que indica que la recollida, la informació i el *benchmarking* de dades sensibles a la infermeria constitueixen una contribució poderosa a la qualitat de l'atenció, que forma part de les preocupacions centrals dels sistemes sanitaris actuals⁸¹.

Com mesurar la contribució infermera a partir d'indicadors de qualitat sensibles a la infermeria?

Els indicadors sensibles a la infermeria són elements claus perquè permeten reflectir l'estructura, els processos i els resultats associats a les cures infermeres. Els indicadors es consideren sensibles a la pràctica infermera sempre i quan s'hagin pogut associar a resultats atribuïbles a la pràctica infermera, en base a evidència contrastada, tot i que no siguin exclusius del treball de les infermeres¹⁵.

Els Resultats Sensibles a la Pràctica Infermera (RSPI) són aspectes de l'experiència, del comportament o de l'estat de salut de la persona receptora de l'atenció, que es veuen

influenciats per variacions en la quantitat i en la qualitat³ de les cures infermeres. Aquests es defineixen de diverses maneres; sovint fan referència a resultats d'intervencions específiques dels professionals d'infermeria i, de vegades, emfatitzen les característiques (estructurals) del sistema, com per exemple el funcionament de l'equip, el nivell de dotació de personal i el conjunt de capacitats o nivells d'habilitats com a determinants importants dels resultats.

A partir dels RSPI es pot identificar una àmplia gamma d'indicadors potencials per a la mesura de la qualitat de les cures infermeres. Per tant, aquests indicadors poden derivar de la relació establerta entre els resultats atribuïbles a la infermeria i les intervencions pròpies infermeres, així com també es poden associar a característiques de la pròpia estructura infermera (ràtio d'infermeres, sistema d'organització de cures, etc). Per exemple, l'aplicació de la valoració del risc nutricional, que s'identifica com una intervenció infermera que porta a millors resultats atribuïbles a les cures infermeres, es pot considerar un indicador de qualitat sensible definit com: millora de la nutrició³. Aquestes mesures úniques capten el treball i les contribucions infermeres¹⁵.

A més, hi ha autors^{3,16,20,81} que han realitzat treballs en els que han identificat un ampli ventall de potencials indicadors o mesures** sensibles a la infermeria a partir de conjunts d'indicadors existents, que s'empren per a la mesura de la qualitat i de l'acompliment de diferents organitzacions sanitàries.

Un indicador és considerat un bon indicador quan aquest es pot mesurar amb les dades disponibles a un cost raonable, la codificació i la recodificació són consistents i completes, i les mesures són vàlides. A més, perquè l'indicador es pugui usar per representar la qualitat infermera ha de disposar d'evidència de la sensibilitat a la infermeria, s'han de reconèixer la importància del fenomen, la contribució infermera (dins i fora de la professió) i la responsabilitat dels professionals d'infermeria en termes d'autoritat legítima, auto-percepció i àmbit de la pràctica³.

Per tant, per a ser considerats com a sensibles a la infermeria tots els indicadors s'han de basar en investigació empírica, tant si s'opta desenvolupar nous indicadors propis de la infermeria si es decideix identificar potencials indicadors sensibles a la infermeria a partir de conjunts de mesures existents i sistematitzats. La diferència, però, és que les mesures que ja existeixen i que s'obtenen de manera sistemàtica ofereixen una oportunitat important a la professió infermera.

** Tots els indicadors són mesures, però no totes les mesures són indicadors.

Iniciatives internacionals per informar de l'acompliment infermer i identificació de les mesures sensibles a la infermeria

Un sistema completament funcional pel seguiment de l'acompliment de les mesures sensibles a la infermeria requereix:

- El desenvolupament d'indicadors que abastin tots els àmbits de la infermeria i tots els aspectes de la qualitat assistencial que s'han de controlar per tal d'obtenir una atenció segura, beneficiosa, eficient, centrada en el pacient, adequada i equitativa⁴⁶, i que abordin les qüestions tècniques necessàries per analitzar de forma eficaç l'impacte de la infermeria, com per exemple aplicant ajustos, estandarditzacions i altres variacions.
- El desenvolupament de sistemes de dades que proporcionin la informació necessària per implementar el model de seguiment i la millora sistemàtica del conjunt de normes de manera que reflecteixin la ciència i l'evidència empírica més actual.
- Fer entendre a tots els agents del sistema de salut, que inclouen els consumidors, els compradors i els proveïdors entre altres, que la mesura i presentació d'informes sobre estàndards sensibles a la infermeria marca una diferència en les cures i en la qualitat de l'atenció²⁰.

Cadascuna d'aquestes actuacions requereix un treball important de desenvolupament i manteniment d'una infraestructura que doni suport als esforços dirigits a la mesura de l'acompliment.

En termes generals, pel que fa a les iniciatives internacionals per informar de l'acompliment infermer i la identificació de les mesures sensibles, s'identifica un primer grup d'iniciatives als Estats Units que s'estenen cap el Canadà i, més endavant, cap a Europa, amb un major desenvolupament de les mesures en l'àmbit hospitalari que en l'àmbit extrahospitalari.

Needleman i cols.²⁰, l'any 2007, en una revisió d'iniciatives per mesurar l'acompliment de l'atenció infermera, van identificar els següents treballs:

- El repositori de dades *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI®) de la *American Nurses Association* (ANA) *Nursing Safety and Quality Initiative*, la *California Nursing Outcomes Coalition* (CalNOC) estretament relacionat a la NDNQI®, i l'*American Nurses Credentialing Center* (ANCC) associat al programa d'hospitals magnètics.

Entre els instruments per mesurar l'experiència del pacient amb l'atenció rebuda destacaven:

- El *Patient Satisfaction Instrument* de l'ANA, el *Picker Institute Patient Satisfaction Survey*, aplicable a la infermeria malgrat no estar estrictament dirigit a ella, i el *Hospital Consumer Assessment of Health Plans Survey (HCAHPS®)*, que va ser aprovat pel *National Quality Forum (NQF)* l'any 2005 com a estàndard nacional consensuat voluntari. També van destacar el treball de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Joint Commission)*.

A més, van identificar un nombre d'hospitals, sistemes hospitalaris i plans de salut que havien iniciat experiències per mesurar l'acompliment infermer com:

- El *Kaiser Permanente Inpatient Nursing Quality Indicator Project (INQIP)*, amb més de setanta indicadors sobre cures infermeres a pacients ingressats que s'analitzen a nivell d'unitat, d'hospital i de regions. L'experiència de la *Veterans Health Administration (VHA)* del *Department of Veterans Affairs*, anomenada *Veterans Affairs Nurse Outcomes Database (VANOD)*, i la del *Department of Defense*, anomenada *Military Nursing Outcomes Database (MilNOD)*, que són bases de dades que s'han modelat a partir del *NDNQI®* i del *CaINOC*. L'objectiu d'aquestes bases de dades és el *banchmarking* i la comparació local, regional i nacional de resultats de qualitat del pacient.

I, finalment, un dels conjunts de mesures que gaudeixen d'una àmplia acceptació com a reflectores de la qualitat de l'atenció infermera i que es coneix com:

- El *NQF-endorsed national voluntary consensus standards for nursing-sensitive care*.

Més endavant, en un estudi europeu realitzat al Regne Unit i publicat l'any 2008, Griffiths i cols.³ es centraven en les fonts que identificaven indicadors sensibles a la infermeria a partir de conjunts d'indicadors existents, com la revisió realitzada per Doran⁸³ l'any 2003 i altres revisions sistemàtiques, que associaven una sèrie d'indicadors predefinits a l'entorn de treball, a la dotació de personal i els resultats sensibles a la infermeria⁸⁴⁻⁸⁷. Van identificar iniciatives com:

- El sistema de classificació general de l'*International Classification of Nursing (ICN)* conegut com l'*International Classification of Nursing Practice (ICNP®)*, el *NQF-endorsed national voluntary consensus standards for nursing-sensitive care*, el conjunt d'indicadors de l'*Association of United Kingdom University Hospitals (AUKUH) Nurse-sensitive Indicators* del Regne Unit, l'*Essence of Care* (un sistema

de comparació i *benchmark*), i els indicadors de l' *Outcome and Assessment Information Set (OASIS)*, entre altres.

Algunes d'aquestes experiències definien clarament les seves variables mentre altres ho feien en termes molt generals, com en el cas de la ICNP® que indicava només una sèrie d'àmbits molt amplis.

El mateix any, Kurtzman i cols.¹⁶ van publicar un article en el que feien referència a un nombre de bases de dades emprades per fer *benchmarking* que permetien als hospitals dels EUA comparar el rendiment infermer a nivell nacional, basant-se en més de dotze mesures de qualitat. Totes les iniciatives a les quals feien referència corresponien a l'àmbit hospitalari i eren:

- La *National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®)* de l'ANA i la *Veteran's Administration Nursing Outcomes Database (VANOD)*, anomenades anteriorment, que proporcionen oportunitats importants de *benchmarking* i promouen la de millora de qualitat en els més de 1.200 hospitals implicats en aquests projectes col·lectius.

I experiències estatals com:

- La realitzada a Califòrnia (*CalNOC*) i a Massachusetts (*Patients First*).

Més recentment a Canadà, Doran, Mildon i Clarke⁸¹ van publicar una síntesi d'iniciatives internacionals per a informar de l'acompliment infermer. Entre els treballs identificats van destacar:

- El *Health Outcomes for Better Information and Care (HOBIC)* i el c-HOBIC, ambdues experiències canadenques.
- La NDNQI® dels EUA.
- La CalNOC utilitzada als EUA, a Europa i a Austràlia.
- La MilNOD dels hospitals militars dels EUA.
- El VANOD dels proveïdors del *Veterans Affairs* dels EUA.
- El *Belgium Nursing Minimum Data Set (B-NMDS)* de l'àmbit hospitalari a Bèlgica.
- El sistema emprat pel NHS del Regne Unit.

Pel que fa a l'àmbit extrahospitalari, Swan²⁴ va publicar l'any 2008 un article en el que va identificar i descriure quatre iniciatives nacionals dels EUA, que tenien per objectiu clarificar i posteriorment desenvolupar indicadors de qualitat infermers que ajudessin a determinar la contribució infermera en l'atenció del pacient en aquest àmbit assistencial. Les iniciatives eren:

- La *Non-Acute Community-Based Quality Indicators* de l'*American Nurses Association*.
- El *National Quality Forum's Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care*,
- La *Centers for Medicare and Medicaid Services Physician Quality Reporting Initiative*,
- La *Centers for Medicare and Medicaid Services Ambulatory care Measures: DOQ-IT Initiative*.

No obstant, va concloure que fora de l'àmbit hospitalari els indicadors de qualitat sensibles a la infermeria estaven poc desenvolupats i mínimament estandarditzats.

Cal destacar que en aquestes revisions d'iniciatives internacionals per a informar de l'acompliment infermer i identificar mesures sensibles a la infermeria no es van considerar sistemes de classificació de resultats com la NOC. Argumentaven que aquests sistemes tendien a proporcionar una taxonomia exhaustiva per registrar resultats d'intervencions específiques enlloc de servir com a indicadors generals de qualitat³. La majoria de conjunts d'indicadors es van seleccionar en base al seu fort potencial per donar una elevada cobertura als indicadors sensibles a la infermeria i la major part de fonts identificades eren específiques de l'atenció hospitalària general aguda, tot i que es defensava que qualsevol dels indicadors es podria aplicar a tots els àmbits de l'atenció adaptant-los³.

L' American Nurses Association Nursing Safety and Quality Initiative (NSQI) i la National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®)

L' *American Nurses Association* (ANA) va iniciar l'any 1994 la *Nursing Safety and Quality Initiative*. Aquesta iniciativa implicava el desenvolupament d'indicadors de qualitat hospitalaris, la recollida de dades a sis estats (Califòrnia, Texas, Arizona, Virginia, Dakota del Nord i Minnesota) i l'emmagatzematge de les mateixes en un repositori per a futurs anàlisis. La base de dades resultant, establerta l'any 1998 per l'ANA⁸⁰⁻⁸¹, es coneix com la *National Database of Nursing Quality Indicators®* (NDNQI®)^{15-16,63,88}, i es va desenvolupar en el *Midwest Research Institute and University of Kansas School of Nursing*.

La NDNQI® és una de les primeres bases de dades d'indicadors i resultats d'infermeria i la primera iniciativa nacional als EUA. Aquesta, es compon d'un conjunt d'indicadors sensibles a la infermeria dels àmbits d'atenció d'aguts, pediàtrica, de llarga durada i psiquiàtrica³. És una base de dades propietat de l' ANA que recull i avalua dades sensibles a la infermeria específiques a nivell de les unitats hospitalàries als Estats Units.

En els darrers 3 a 5 anys, la NDNQI® ha presentat definicions d'indicadors de qualitat sensibles a la infermeria al *National Quality Forum* (NQF) com a resposta a la crida per al desenvolupament de mesures que va fer aquesta organització. Varis dels indicadors proposats per la NDNQI® han estat aprovats mitjançant el procés de consens del NQF. A més, l'ANA ha col·laborat amb la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) en el desenvolupament de les especificacions de les mesures infermeres del NQF, mitjançant una beca que van rebre de la *Fundació Robert Wood Johnson* (RWJF).

A l'actualitat, més de 1.500 organitzacions participen en el programa d'infermeria nacional i voluntari de mesures de qualitat de la NDNQI®. A més, el fet de participar en el desenvolupament de la NDNQI® porta implícit l'acompliment dels criteris del *Magnet Recognition Program*²⁰, motiu pel qual el 20% dels membres hi participen. El restant 80% hi participen voluntàriament per informar dels esforços realitzats per tal d'avaluar i millorar la qualitat de les cures i dels resultats d'infermeria⁸⁰⁻⁸¹.

El compromís en el desenvolupament d'indicadors és que tots els indicadors de la NDNQI® s'han de basar en investigació empírica, per tant, qualsevol iniciativa comença per una revisió exhaustiva de la literatura. Després, un panell d'infermeres expertes revisa els indicadors identificats amb fonament empíric. Aquest grup de professionals experts determina la validesa dels indicadors per a la pràctica infermera. La NDNQI® treballa la llista d'indicadors sensibles a la infermeria identificats i validats conjuntament amb els hospitals participants per determinar quina és la càrrega de treball implicada en la recollida de les dades pel càlcul dels indicadors. Amb les mesures, que es consideren sensibles a la infermeria, clínicament rellevants i no representen una càrrega desmesurada pels serveis participants, es realitza un pilot en un nombre determinat serveis que vulguin participar. Aquells indicadors que es considera que proporcionen un major valor, en relació a l'esforç a fer, s'afegeixen al menú d'indicadors sensibles a la infermeria del NDNQI®.

El procés per al desenvolupament d'un indicador inclou els següents passos:

- Validar de la literatura revisada, a càrrec d'experts, per determinar quins indicadors demostren ser sensibles a la infermeria i si es disposa d'estudis de fiabilitat.
- Contrastar la informació amb experts per tal d'identificar els problemes potencials de les mesures i la possibilitat d'aportar informació addicional, que pugui reforçar els informes o les anàlisis realitzades en els centres participants.
- Desenvolupar un pla per a la recopilació de dades i la realització d'informes.

- Sol·licitar una valoració als centres participants sobre la viabilitat del pla de recollida de dades proposat i la utilitat dels indicadors.
- Dur a terme estudis pilot amb hospitals voluntaris per posar a prova la recollida de les dades i la complementació de formularis.
- Revisar el pla de recopilació de dades i publicació d'informes.
- Desenvolupar un sistema de recollida de dades via web, que inclogui les seccions de la base de dades administrativa, pantalles d'entrada de dades i un tutorial.
- Informar de la disponibilitat de cada nou indicador als hospitals participants, de manera que el personal pugui utilitzar el tutorial, començar la recollida i l'enviament de les dades.
- Realitzar anàlisi de dades i elaborar informes trimestrals.

Les mesures aprovades o en fase d'aprovació es poden consultar gratuïtament en el seu web⁸⁹ i es mostren a la taula 2.

Taula 2: Indicadors sensibles a la infermeria de la *National Database of Nursing Quality Indicators®* (NDNQI®)

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • *Hores d'infermeria per pacient i dia <ul style="list-style-type: none"> ○ Inclou: infermera registrada, infermera llicenciada/vocacional (<i>Licensed Practical/Vocational Nurses, LPN/LVN</i>) i d'auxiliar d'infermeria (Unlicensed Assistive, UAP) • Abandó (per desgast) professional d'infermeria • *Infeccions nosocomials (infecció del tracte urinari associada a catèter, *infecció associada a un catèter venós central, *Pneumònia associada al respirador) • *Caigudes de pacients • *Caigudes de pacients amb lesió <ul style="list-style-type: none"> ○ Severitat de la lesió | <ul style="list-style-type: none"> • Úlceres per pressió <ul style="list-style-type: none"> ○ Adquirides a la comunitat, a l'hospital, a la unitat • Cicle d'avaluació, intervenció i reavaluació pediàtrica • Infiltració intravenosa perifèrica pediàtrica • Assalt Psiquiàtric físic / sexual • Formació i certificació de les RN • Enquesta a les RN <ul style="list-style-type: none"> ○ Escales de satisfacció amb el treball ○ *Escala per la mesura de l'Entorn de la Pràctica (PES) • *Contencions • *Mix professional |
| <p>Dades addicionals per la comparació dels indicadors:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Població de pacients – Adults o Pediàtrics. • Categoria de l'hospital, per exemple, universitari, no universitari, etc. • Tipus d'unitat (Cures intensives, medicina, cirurgia, medicina I cirurgia, rehabilitació, psiquiatria, etc). • Nombre de llits amb personal assignat per l'hospital | |

*Mesures que formen part del conjunt de mesures sensibles a la infermeria aprovades pel *National Quality Forum* (NQF).

Font: *American Nurses Association. Nursing-sensitive indicators*. [En línia]. Washington DS;2012. [Darrer accés: 13 de febrer de 2013]. Disponible a:

http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1.

Els informes trimestrals proporcionen dades de rendiment per unitat i una comparativa nacional. Els beneficis de participar en el NDNQI® són molts, i els hospitals afirmen que els informes els ajuden en l'esforç que fan per a la millora de la qualitat, en la retenció i reclutament de professionals, en el reclutament de pacients, en la investigació, la formació, la gestió dels serveis d'infermeria i per satisfer els requisits d'informació de les agències reguladores, com també pel reconeixement d'Hospital Magnètic (*Magnet Recognition Program*).

El *National Quality Forum* i les mesures sensibles a la infermeria

Els resultats de diversos estudis finançats per la *Fundació Robert Wood Johnson* (RWJF) van posar en relleu la necessitat d'identificar mesures o indicadors de la qualitat sensibles a la infermeria. L'any 2004 el *National Quality Forum* (NQF) va aprovar 15 mesures estàndards, consensuades, voluntàries i nacionals sensibles a la infermeria que van rebre el nom de les NQF-15^{3,15-16,20,67} després d'un procés molt rigorós de consens en el que van participar més de cent organitzacions.

L'aprovació d'aquest conjunt de mesures sensibles a la infermeria que tenien caràcter nacional, voluntari, estandarditzat i consensuat va fer que, per primera vegada, es definissin un conjunt de mesures d'acompliment que descrivien el treball infermer en els serveis d'atenció d'aguts²⁰. Des de la seva aprovació, aquestes normes de consens han fonamentat la base sobre la qual s'ha desenvolupat la recerca, la millora de la qualitat i la configuració de les directrius per quantificar la contribució infermera a la seguretat del pacient, als resultats en salut i a l'entorn de treball professional⁹⁰.

A l'actualitat, les mesures aprovades o en fase d'aprovació es poden consultar gratuïtament en el seu web⁹¹. Les mesures sensibles a la infermeria compten amb una sèrie de 15 indicadors consensuats aprovats en l'àmbit d'hospitals d'aguts (taula 3) i 21 indicadors aprovats aplicables a l'àmbit de les *nursing homes* o centres de mitja i llarga estada dirigits per infermeres (taula 4).

Taula 3: Els NQF-15, primer conjunt d'indicadors sensibles a la infermeria nacionals consensuats i aprovats pel *National Quality Forum* (àmbit d'hospitals d'aguts)*

| | |
|-----|--|
| 1. | Mort de pacients de cirurgia ingressats amb complicacions serioses tractables |
| 2. | Prevalença d'úlceres per pressió |
| 3. | Prevalença de caigudes |
| 4. | Caigudes amb lesions |
| 5. | Prevalença de contencions (mecàniques) |
| 6. | Infeccions del tracte urinari associades a catèter vesical en pacients ingressats a les unitats de cures intensives |
| 7. | Infeccions associades a un catèter venós central en pacients ingressats a les unitats de cures intensives i a unitats amb pacients amb risc elevat |
| 8. | Pneumònia associada al respirador en pacients ingressats a les unitats de cures intensives i a unitats amb pacients amb risc elevat |
| 9. | Consell per deixar de fumar a pacients amb diagnòstic d'infart agut de miocardi |
| 10. | Consell per deixar de fumar a pacients amb diagnòstic d'insuficiència cardíaca |
| 11. | Consell per deixar de fumar a pacients amb diagnòstic de pneumònia |
| 12. | Conjunt de capacitats o nivells d'habilitats [del personal d'infermeria] |
| 13. | Hores d'infermeria per pacient i dia |
| 14. | Escala de valoració de l'entorn de la pràctica – índex del treball infermer |
| 15. | Abandonament voluntari del lloc de treball |

Font: *National Quality Forum. Nursing-Sensitive Care: Initial Measures*. [En línia]. Washington, DC; 2012. [Darrer accés: 14 de febrer de 2012]. Disponible a: http://www.qualityforum.org/Project_Details.aspx?id=1139.

Taula 4: Conjunt d'indicadors aprovats pel *National Quality Forum* aplicables a l'àmbit centres de mitja i llarga estada dirigits per infermeres

| | |
|-----|---|
| 1. | Fisioteràpia o rehabilitació infermera per a pacients en llarga estada amb problemes nous d'equilibri |
| 2. | Percentatge de residents amb una o més caigudes amb resultat de lesions majors (llarga estada) |
| 3. | Percentatge de residents amb pauta d'analgèsics a l'ingrés que presenta una disminució de la intensitat o freqüència del dolor (mitja estada) |
| 4. | Percentatge de residents que verbalitzen que tenen dolor de moderat a sever (mitja estada) |
| 5. | Percentatge de residents que verbalitzen que tenen dolor de moderat a sever (llarga estada) |
| 6. | Percentatge de residents amb úlceres per pressió adquirides o amb empitjorament de les que ja presentaven (mitja estada) |
| 7. | Percentatge de residents amb alt risc d'úlceres per pressió (llarga estada) |
| 8. | Percentatge de residents avaluats i correctament vacunats de la vacuna antigripal (mitja estada) |
| 9. | Percentatge de residents avaluats i correctament vacunats de la vacuna antigripal (llarga estada) |
| 10. | Percentatge de residents avaluats i correctament vacunats de la vacuna antipneumocòcica (mitja estada) |
| 11. | Percentatge de residents avaluats i correctament vacunats de la vacuna antipneumocòcica (llarga estada) |
| 12. | Percentatge de residents amb infecció del tracte urinari (llarga estada) |
| 13. | Percentatge de residents amb risc baix d'incontinència que adquireixen incontinència urinària o fecal (llarga estada) |
| 14. | Percentatge de residents que són portadors o han estat portadors d'una sonda vesical (llarga durada) |
| 15. | Percentatge de residents amb contenció física (llarga durada) |
| 16. | Percentatge de residents en els que ha augmentat la necessitat d'ajuda per a les activitats de la vida diària (llarga durada) |
| 17. | Percentatge de residents amb pèrdua de pes excessiva (llarga durada) |
| 18. | Percentatge de residents que presenten símptomes de depressió (llarga durada) |
| 19. | Avaluació dels consumidors del sistema i dels proveïdors de serveis sanitaris (CAHPS®) a l'alta |
| 20. | Avaluació dels consumidors del sistema i dels proveïdors de serveis sanitaris (CAHPS®) durant la llarga estada |
| 21. | Avaluació dels consumidors del sistema i dels proveïdors de serveis sanitaris (CAHPS®) per a familiars |

Font: *National Quality Forum*. [En línia]. Washington, DC; 2012. [Darrer accés: 13 de febrer de 2012]. Disponible a: http://www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Releases/2011/NQF_Endorses_21_Measures_for_Nursing_Homes.aspx.

Segons un informe de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO)⁹², pel que fa a l'àmbit d'hospitals d'aguts, l'any 2009 es varen revisar 11 de les 15 mesures inicials. Aquesta revisió va fer que el comitè de la NQF aprovés l'avaluació continuada d'un total de 8 mesures (prevalença d'úlceres per pressió, prevalença de caigudes, caigudes amb lesions, prevalença de contencions (mecàniques), conjunt de capacitats o nivells d'habilitats [del personal d'infermeria], hores d'infermeria per pacient i dia, escala de valoració de l'entorn de la pràctica – índex del treball infermer i abandonament voluntari del lloc de treball). La mort de pacients quirúrgics ingressats amb complicacions serioses tractables ja havia estat aprovada per a la seva l'avaluació continuada l'any 2008 i les restants, estan pendents de revisions posteriors (no s'ha trobat cap informació a febrer de 2013). Pel que fa al consell per deixar de fumar a persones amb diagnòstic d'infart agut de miocardi, d'insuficiència cardíaca i de pneumònia, aquests tres indicadors es van retirar després de la revisió de l'any 2009. Un dels motius principals per la retirada d'aquests tres indicadors no va ser altre que el resultat d'una investigació⁶⁷, becada per la Fundació *Robert Wood Johnson* (RWJF), realitzada amb grups focals de pacients que havien estat hospitalitzats. Els pacients participants creien que les infermeres tenien coses més importants que fer amb el seu temps en lloc d'aplicar el consell per deixar de fumar, atès que fumar era responsabilitat de cada persona.

Iniciatives i treballs de mesures sensibles a la infermeria de l'àmbit de l'atenció primària, comunitària i ambulatoria

A. *Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care* del NQF(2008)

La iniciativa *Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care* del NQF es va dissenyar amb l'objectiu de produir un conjunt de mesures centrades en el rendiment dels metges de l'atenció ambulatoria als efectes d'informació pública i rendició de comptes. Es van anar establint àrees prioritàries i, posteriorment, es va determinar un conjunt de mesures d'atenció ambulatoria centrades en els metges que s'ha anat desenvolupant en els darrers anys.

L'any 2008, Swan²⁴ va estudiar aquestes mesures segons les recomanacions de l'ANA identificant un conjunt d'indicadors sensibles a la infermeria (taula 5).

Taula 5: Indicadors sensibles a la infermeria identificats a partir del *Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care* sensibles a la infermeria de la NQF

1. ARI-1: Valoració de l'asma
2. BC-10: Valoració funcional i del dolor en l'osteoartritis
3. HDCAD-11: Valoració dels símptomes i l'activitat
4. HDHF-23: Control del pes
5. DHHF-24: Valoració dels símptomes clínics i de la sobrecàrrega de líquids
6. HTN-29: Pla de cures
7. PIS-35: Discussió sobre la incontinència urinària i el seu tractament
8. Coordinació de les cures
9. Avaluació de l'experiència del pacient
10. PIS-36: Vacuna de la grip (persones de 65 o més anys d'edat)
11. PIS-37: Vacunació antigripal (població general)
12. PIS-38: Vacunació antipneumocòcica
13. PIS-39: Vacunació infantil
14. PIS-40: Cribratge del càncer de mama
15. PIS-41: Cribratge del càncer colorectal
16. PIS-42: Cribratge del càncer de cèrvix
17. HD-21: Cessament de l'hàbit tabàquic i intervenció per deixar de fumar
18. PIS-33: Tabaquisme i abandó del tabaquisme
19. PIS-34: Consells per deixar de fumar, discussió sobre estratègies per deixar de fumar
20. HTN-30: Control de la hipertensió arterial
21. BC-10: Avaluació funcional i del dolor per osteoartritis
22. HDCAD-11: Avaluació dels símptomes i de l'activitat
23. HDHF-25: Avaluació del nivell d'activitat
24. BH-6: Contactes per a la gestió de la medicació

Fonts: (1) Swan BA. Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care. *Nursing Economic*, 2008 May-Jun;26(3):195-201, 205. (2) National Quality Forum. *National Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care-Measuring Healthcare Disparities*. Washington DC; 2006. [Darrer accés: 14 de febrer de 2012]. Disponible a: http://www.qualityforum.org/Publications/2006/05/National_Voluntary_Consensus_Standards_for_Ambulatory_Care_An_Initial_Physician-Focused_Performance_Measure_Set.aspx.

B. *Non-Acute Community-Based Quality Indicators. American Nurses Association*

Entre els anys 1997 i 1999, el Congrés per a la Pràctica de l' ANA va convocar un comitè consultiu per identificar els indicadors sensibles a l'impacte de la pràctica infermera basada en l'atenció comunitària⁹³. Els serveis comunitaris no aguts analitzats per la configuració d'aquest panell van ser les cures de llarga durada, l'atenció domiciliària, la salut escolar i l'atenció ambulatoria.

El marc de l'organització es basa en els conceptes o categories d'atenció següents: la utilització dels serveis, la satisfacció del pacient, la reducció del risc, l'augment dels factors de protecció, el nivell de funcionament, el funcionament psicosocial, els canvis en la severitat dels símptomes i la força de l'aliança terapèutica²⁴.

Van recomanar deu indicadors de qualitat d'atenció comunitària sensibles a la infermeria que inclouen mesures d'estructura, de procés i de resultats i s'anomenen *Non-Acute Community-Based Quality Indicators* de l'ANA (taula 6).

Taula 6: Indicadors sensibles a la infermeria de l'àmbit de l'atenció comunitària identificats per l'*American Nurses Association*

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Maneig del dolor (severitat del símptoma) 2. Consistència de la comunicació (fortalesa de l'aliança terapèutica) 3. Combinació de competències i perfils professionals (utilització de serveis) 4. Satisfacció del client 5. Prevenció del consum de tabac (reducció del risc) 6. Prevenció cardiovascular (reducció del risc) 7. Activitat del cuidador (factors protectors) 8. Identificació del cuidador d'atenció primària (factors protectors) 9. Activitats de la vida diària / Activitats instrumentals de la vida diària (nivell de funcional) 10. Interacció psicosocial (nivell de funcional) |
|---|

Font: Swan BA. *Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care*. *Nursing Economic\$*, 2008 May-Jun; 26 (3):195-201, 205.

C. *CMS Physician Quality Reporting Initiative i CMS Ambulatory Care Measures: DOQ-IT Initiative*

La *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Physician Quality Reporting Initiative* i la *CMS Ambulatory Care Measures: DOQ-IT Initiative* són dues iniciatives del sistema d'informació per la qualitat del CMS. Es centren en la prevenció i la gestió de malalties cròniques de manera ambulatoria i en la implementació dels registres electrònics de salut per a les pràctiques ambulatories dels metges.

L'any 2008, Swan²⁴ va estudiar aquestes mesures segons les recomanacions de l'ANA identificant un conjunt d'indicadors sensibles a la infermeria (taula 7).

Taula 7: Indicadors sensibles a la infermeria identificats a partir de les CMS Physician Quality Reporting Initiative & CMS Ambulatory Care Measures: DOQ-IT

| |
|--|
| <p>CMS Physician Quality Reporting Initiative*</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 46: Persones amb conciliació de la medicació 2. 50: Pla de cures per a la incontinència urinària de les dones de 65 o més anys d'edat 3. 106: Pacients amb depressió major que compleixen els criteris DSM IV 4. 107: Pacients amb depressió major amb valoració del risc de suïcidi 5. 109: Pacients amb diagnòstic d'osteoartritis i amb valoració funcional i del dolor 6. 110: Vacunació antigripal en persones de 50 o més anys d'edat 7. 111: Vacunació antipneumocòcica 8. 112: Cribratge per mamografia 9. 113: Cribratge del càncer colorectal 10. 114: Valoració del consum de tabac 11. 115: Consell a fumadors per deixar de fumar 12. 117: Examen d'ull dilatat en persones amb diagnòstic de diabetis |
| <p>CMS Ambulatory Care Measures: DOQ-IT**</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HF-3: Mesura del pes en persones amb diagnòstic d'insuficiència cardíaca 2. HF-4: Cribratge de la pressió arterial en persones amb diagnòstic d'insuficiència cardíaca 1. HF-5: Educació a persones amb diagnòstic d'insuficiència cardíaca 2. DM-1: Prova d'hemoglobina glicosilada realitzada en persones amb diagnòstic de diabetis 3. DM-2: Persones amb diagnòstic de diabetis amb diabetis mal controlada 4. DM-3: Bon maneig de la pressió arterial en persones amb diagnòstic de diabetis 5. DM-7: Examen ocular en persones amb diagnòstic de diabetis 6. DM-8: Examen dels peus en persones amb diagnòstic de diabetis 7. HTN-1: Cribratge de la pressió arterial en persones amb diagnòstic d'hipertensió arterial 8. HTN-2: Bon maneig de la pressió arterial en persones amb diagnòstic d'hipertensió arterial 9. HTN-3: Pla de cures realitzat per a persones hipertenses 10. PC-1: Presa de la pressió arterial (població general) 11. PC-2: Cribratge de la depressió anual realitzat 12. PC-3: Persones en seguiment amb cribratge de depressió amb resultat positiu 13. PC-4: No interrupció de la medicació antidepressiva com a mínim durant 16 setmanes després de la remissió dels símptomes 14. PC-5: Cribratge del càncer de mama en dones de 50 a 69 anys 15. PC-6: Cribratge del càncer colorectal 16. PC-7: Vacunació antigripal en persones de 50 o més anys d'edat 17. PC-8 : Vacunació antipneumocòcica en persones de 65 o més anys d'edat alguna vegada a la seva vida 18. PC-9: Nivells de colesterol LDL mesurat com a mínim una vegada 19. PC10: Nivells de colesterol LDL < 130 mg/DL 20. PC-11: Consum de tabac (persones a les quals s'ha preguntat com a mínim una vegada en un període de 2 anys) 21. PC-12: Cessament de l'hàbit tabàquic en persones fumadores |

Font: Swan BA. *Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care*. Nursing Economic\$, 2008 May-Jun; 26 (3):195-201, 205.

*Agency for Healthcare Research and Quality. *National Quality Measures Clearinghouse*. U.S. Department of Health & Human Services (HHS) Measure Inventory. [Darrer accés: 14 de febrer de 2012]. Disponible a: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/hhs-measure-inventory/browse.aspx>.

**Qualynet. *Ambulatory Care Measures. Ambulatory Care Measures Definitions*. [Darrer accés: 14 de febrer de 2012]. Disponible a: <http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?cid=1143577171055&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier2&c=Page>

D. Ítems d'infermeria del *Quality Outcomes Framework* (QOF)

El *Quality and Outcomes Framework* (QOF), és un programa d'incentius de declaració voluntària del Regne Unit que premia les pràctiques que assoleixen els estàndards fixats pel *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)⁹⁴. Aquest inclou indicadors de qualitat de la practica generalista i ítems específics relacionats amb la infermeria d'atenció primària³ (taula 8).

Taula 8: ítems sensibles a la infermeria identificats a partir del *Quality Outcomes Framework*

| |
|---|
| <p>Seguretat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Errors d'administració de la medicació 2. Equip i fàrmacs d'emergència <p>Prevenció</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Consell sobre tabaquisme 4. Avaluació del risc / altres intervencions de promoció de la salut 5. Cobertura vacunal <p>Professionals</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Entorn de treball / qualitat percebuda 7. Percepció de la mida adequat de la plantilla 8. Avaluació del treball 9. Pla de formació personal 10. Registre de la capacitació i actualització [de coneixements] <p>Experiència</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Habilitat per comunicar-se amb altres infermers i infermeres |
|---|

Font: Griffiths, P. Jones, S. Maben, J. Murrells, T. *State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal*. National Nursing Research Unit. [En línia]. London: King's College London;2008. [Darrer accés: 14 febrer de 2012]. Disponible a: <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nuru/publications/Reports/Metricsfinalreport.pdf>.

2. El marc conceptual per a l'estudi de la contribució infermera a la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de cobertura pública a Catalunya

La contribució infermera i la seva mesura s'ha de plantejar com un component integral de la mesura més àmplia del rendiment, de la publicació d'informes i de la compra basada en la qualitat².

Kurtzman, l'any 2010, proposava un marc conceptual que proporciona tant el context com els components d'un sistema que, d'aplicar-se, mesuraria, informaria i recompensaria les contribucions amb valor elevat de les infermeres de l'àmbit hospitalari¹⁵. En el present estudi s'adapta aquest marc conceptual a l'àmbit de l'atenció primària atès que s'ha considerat que és viable per a la seva aplicació, de manera transversal, a tots els àmbits de l'atenció sanitària. També, en línia amb la iniciativa d'Indicadors per a la Millora de la Qualitat (*Indicators for Quality Improvement, IQI₂*)⁹⁵ del Regne Unit, es defensa un enfocament infermer transversal al marge del tipus de servei o centre en el que es proporcioni l'atenció. Per tant, els indicadors que s'han suggerit al llarg de la literatura, la majoria centrats en l'àmbit hospitalari, com per exemple el consell en l'hàbit tabàquic, s'han pogut considerar igualment indicadors sensibles a la infermeria en estudis centrats en l'atenció primària i comunitària.

2.1. El context: dades clau de l'atenció primària de salut a Catalunya

Els catalans busquen, en els proveïdors d'atenció primària (AP) de salut, la solució a moltes de les necessitats relacionades amb la seva salut. Com ja s'ha comentat anteriorment, els elements clau que han determinat l'evolució del model d' AP a Catalunya en els darrers 30 anys són: el procés de reforma de l'atenció primària de salut la diversificació de la provisió de serveis, la introducció del contracte com a element de relació i el PIAPSC; les línies de treball i d'operativització del qual, s'han integrat en les estratègies del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015.

En xifres, els resultats dels indicadors analitzats en el Tercer informe de la Central de Resultats del Departament de salut⁹⁶, mostren que l'esperança de vida és alta, i segueix

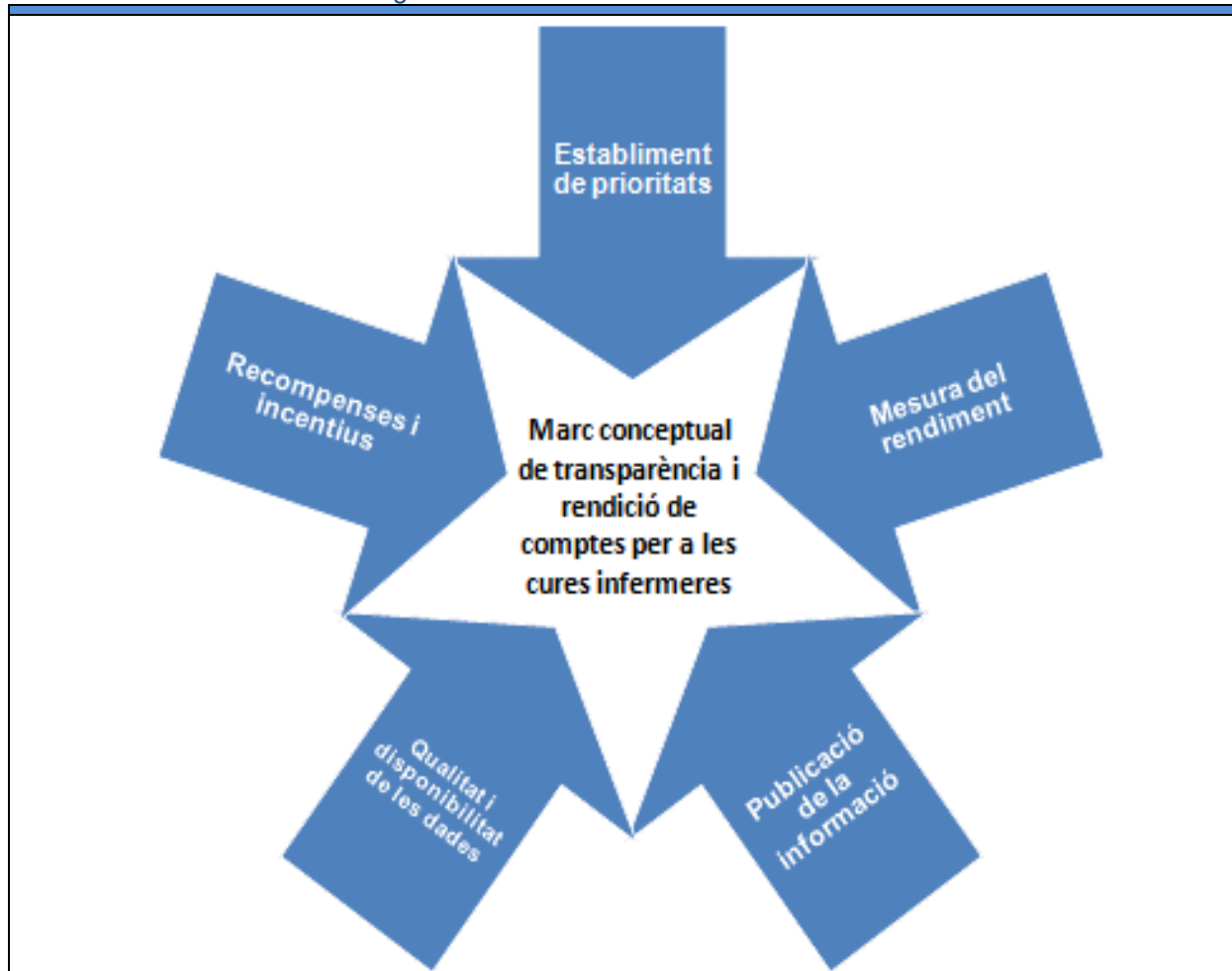
augmentant, amb 81,9 anys l'any 2009, la mortalitat segueix disminuint, i el 79,3% de la població fa una valoració positiva de la seva salut. A més, sabem que l'any 2010 hi havia 367 equips d'atenció primària (EAP) dels quals 285 (77,7%) eren gestionats per un proveïdor i 70 per altres entitats proveïdores de serveis de salut. A Catalunya, el 97,9% de la població està assignada a un EAP, i la majoria està assignada a l'equip corresponent a la seva àrea bàsica de salut (ABS) de residència mentre que al 8,4% se li va assignar un altre a petició pròpia. Els EAP comptaven amb 7,9 metges i 6,9 infermeres per 10.000 habitants i el 78,8% de la població havia estat atesa a l'atenció primària.

Les dades mostren que en els darrers anys el percentatge de població atesa a l'AP ha anat augmentant de forma progressiva, amb petites variacions anuals entre 2 i 3 punts entre 2004 i 2009 (de 72,7% l'any 2004 al 73,4% el 2009), i amb 6,5 visites per habitant.

2.2. Un marc conceptual de transparència i rendició de comptes per a les cures infermeres d'alt valor a l'atenció primària de salut

El marc conceptual de transparència i rendició de comptes per a les cures infermeres d'alt valor està organitzat en cinc elements principals que reflecteixen les funcions de la qualitat¹⁵. Aquestes són (1) l'establiment de prioritats, (2) la mesura del rendiment, (3) la publicació de la informació, (4) la qualitat i disponibilitat de les dades, i (5) les recompenses i els incentius (figura 3).

Figura 3: Els cinc elements del marc conceptual de transparència i rendició de comptes per a les cures infermeres d'alt valor segons Kurtzman



Font: Adaptat de Kurtzman ET. A transparency and accountability framework for high-value inpatient nursing care. Nurs Econ. 2010 Sep-Oct;28(5):295-306.

Kurtzman tradueix els principis que guien aquest marc conceptual (taula 9) en recomanacions per a cadascun d'aquests cinc elements.

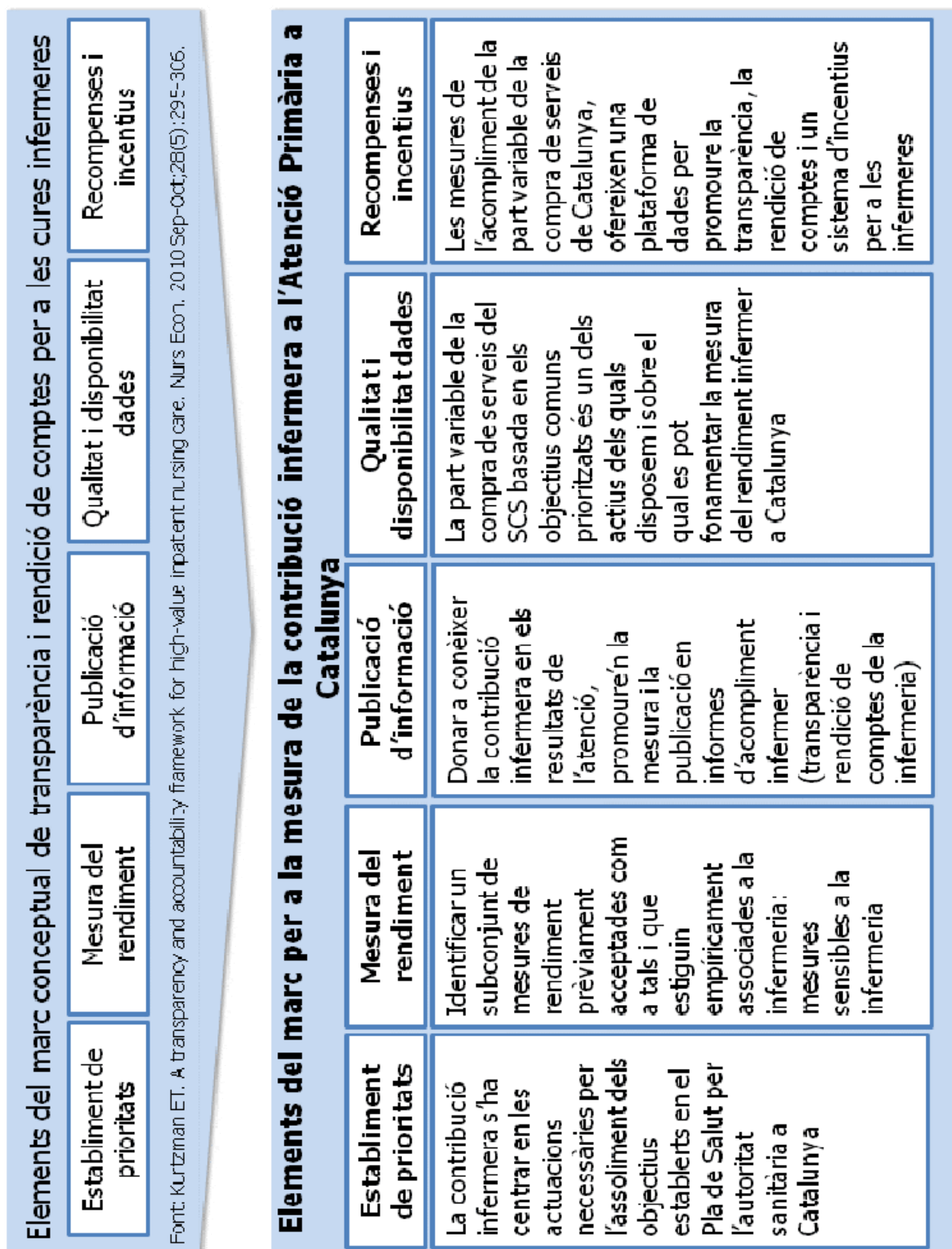
Taula 9: Principis del marc conceptual de transparència i rendició de comptes per a les cures infermeres d'alt valor de Kurtzman

- Mida, proximitat i base empírica justifiquen l'efecte dels professionals d'infermeria en la qualitat de l'atenció.
- Tots els professionals de la salut han de retre comptes i rebre incentius per l'atenció d'alt valor.
- Les millores en l'atenció, incloses les impulsades pe les infermeres, han d'estar alineades amb les prioritats que determina l'autoritat sanitària
- El progrés en l'assoliment ha de ser mesurat i presentat en informes públics.
- Basar la transparència i l'acompliment de les cures infermeres en mesures empíricament associades a les cures infermeres
- La inversió en el compromís de la qualitat hauria d'abastir, sense requerir cap inversió addicional, la mesura i informació sobre la contribució de la infermeria d'alt valor.
- El disseny i la implementació de qualsevol marc conceptual de transparència i rendició de comptes ha d'estar en sincronia i l'alineació amb les polítiques sanitàries actuals, la qualitat i les innovacions.
- Les recompenses, els incentius i els programes de pagament basats en els resultats o en l'acompliment han de ser dissenyats per estimular el valor més elevat.
- Els equips d'atenció sanitària i els seus membres han de ser recompensats i incentivats econòmicament per les seves contribucions de valor més elevat.

Font: Adaptat de Kurtzman ET. *A transparency and accountability framework for high-value inpatient nursing care*. Nurs Econ. 2010 Sep-Oct;28(5):295-306.

A continuació es presenten les recomanacions per a cadascun dels cinc elements del marc conceptual que proporcionen un full de ruta per les infermeres, les organitzacions, els desenvolupadors de mesures del sistema sanitari, els proveïdors d'informació i tecnologia, els compradors públics i privats, i els que fan les polítiques. Aquestes recomanacions emmarquen la present investigació, centrada en la contribució infermera en la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària a Catalunya (figura 4). Si realment s'implementessin, s'aprofitaria el poder de les infermeres en l'assoliment de major valor en la cura de la salut.

Figura 4: Marc conceptual per a la mesura de la contribució infermera en la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària a Catalunya



Font: Adaptat de Kurtzman ET. A transparency and accountability framework for high-value inpatient nursing care. Nurs Econ. 2010 Sep-Oct;28(5):295-306.

a. La identificació de les prioritats

La identificació de les prioritats és fonamental per a la millora efectiva de la qualitat⁹⁷. Aquestes són el punt de referència sobre el qual s'han de concentrar els esforços i els recursos per tal d'assolir els objectius que es considerin prioritaris. La infermeria, la seva contribució a la salut, ha d'estar alineada amb les prioritats sanitàries.

A Catalunya, l'establiment de prioritats del sistema sanitari parteix de l'anàlisi de les necessitats dels ciutadans que es realitza, per llei, de forma sistemàtica. Tant la Llei General de Sanitat³⁶ com la Llei a la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya³⁷ preveuen que les actuacions sanitàries públiques es basin en el Pla de Salut. Per tant, la contribució infermera s'ha de centrar en les actuacions necessàries per l'assoliment dels objectius establerts per l'autoritat sanitària a Catalunya.

b. La mesura del rendiment

S'han fet inversions enormes per al desenvolupament de mesures de rendiment adequades per les iniciatives de transparència i el rendiment de comptes. Aquestes mesures requereixen temps i expertesa tècnica específica per a la seva definició.

L'avaluació del rendiment infermer es centra en la mesura de l'acompliment que quantifica la contribució de les cures infermeres d'alt valor. Kurtzman identifica dos enfocaments fonamentals per al disseny d'un sistema de mesura de l'acompliment que representi el valor de les cures infermeres.

En primer lloc, es poden dissenyar mesures úniques que captin exclusivament el treball i les contribucions de les infermeres. Aquest enfocament aïlla les contribucions de les infermeres i defineix mesures que són menys incloents i generalitzables, és a dir, aquelles en les que els professionals d'infermeria són els únics responsables (per exemple la valoració i registre d'infermeria o la satisfacció dels professionals d'infermeria).

En segon lloc, es poden adoptar mesures de resultats en salut, processos i variables estructurals associades que continguin elements que reflecteixin la contribució infermera tot i que no siguin exclusives del treball de les infermeres.

Aquest segon enfocament implica identificar un subconjunt de mesures de rendiment prèviament acceptades com a tals i que estiguin associades a la infermeria. Alguns exemples són els resultats de mesures com la durada de l'estada o la prevalença de les úlceres per pressió. Els que han desenvolupat mesures infermeres han aplicat aquest segon

enfocament amb l'objectiu de dissenyar conjunts de mesures empíricament associades a la infermeria i que, alhora, reflecteixin l'acompliment de l'atenció. Aquestes es coneixen com a mesures sensibles a la infermeria.

En aquest sentit, una de les experiències amb major acceptació és la que es basa en els treballs del *National Quality Forum* (NQF), una organització públic-privada, fundada com a resposta a les recomanacions de la Comissió Assessora del President dels EUA, que l'any 2004 va aprovar un primer conjunt d'estàndards nacionals consensuats i voluntaris per a l'atenció sensible a la infermeria. Aquest conjunt d'estàndards proporcionen un fonament natural sobre el qual basar aquest marc conceptual de transparència i rendiment de comptes en l'àmbit hospitalari. No obstant, tot i que les mesures aprovades pel NQF han gaudit d'una acceptació àmplia com a reflectores de la qualitat de l'atenció infermera, les associacions no són causals i les mesures no distingeixen entre l'atenció proporcionada per les infermeres i la dels altres professionals de la salut.

Kurtzman considera que les mesures més treballades i que garanteixen estar basades en l'evidència són les mesures NQF. Addicionalment, s'han identificat mesures que, malgrat no formen part de les aprovades per la NQF, compten amb un ampli consens sobre la contribució infermera³ i, per tant, hi ha un marge considerable per als professionals d'infermeria per desenvolupar estratègies i actuar en conseqüència i de forma autònoma per resoldre aquests problemes, malgrat l'evidència en la que s'ha de basar l'acció no està del tot clara. El NQF aplica quatre criteris per avaluar una mesura per a la seva aprovació⁹⁸.

- Ha de ser prou important com per ser mesurat i informat per tal de mantenir l'enfocament sobre les àrees prioritàries. L'evidència demostra que pot tenir un impacte positiu en la qualitat de l'atenció sanitària.
- Ha de ser científicament acceptable, de manera que quan s'implementi produeixi resultats sobre la qualitat de l'atenció que siguin consistents (fiables) i creïbles (vàlids).
- Ha de ser usables i pertinent per garantir que els usuaris potencials (consumidors, compradors, proveïdors i dissenyadors de polítiques) puguin entendre els resultats de la mesura i sigui probable que els trobin d'utilitat per millorar la qualitat i la presa de decisions.
- S'ha de poder recopilar les dades i que estiguin disponibles fàcilment per la seva mesura i recuperació sense càrregues afegides.

Com a part d'un equip multidisciplinari d'atenció primària de la salut, les infermeres estan principalment centrades en el maneig efectiu de les intervencions de promoció de la salut i prevenció de la malaltia així com en el seguiment de persones amb patologies cròniques,

entre altres. S'ha de reconèixer que una part important de l'atenció depèn de l'equip interprofessional d'atenció primària que influeix de manera significativa els resultats en salut i que la infermera és un d'aquests professionals⁷¹. Amb el suport de l'evidència es podrà demostrar la influència de les infermeres en els programes de compra de serveis.

c. La publicació de la informació

La publicació de la informació i la l'elaboració d'informes d'acompliment haurien de reflectir la contribució de les cures infermeres d'alt valor¹⁵.

En aquest sentit, es proposa començar per donar a conèixer la contribució infermera en els resultats de l'atenció. Per fer-ho, es considera necessari identificar les mesures sensibles a la infermeria entre els conjunts d'indicadors de rendiment o compliment existents, com per exemple els que s'inclouen a les avaluacions anuals de la part variable de la compra de serveis sanitaris d'utilització pública a Catalunya. Cal destacar que la línia amb més experiència és la de l'atenció primària, iniciada l'any 2005.

Per tal de promoure'n la mesura i després la seva publicació en informes d'acompliment infermer, en primer lloc cal donar a conèixer aquest enfocament a la comunitat infermera, als professionals de la salut, a les associacions científiques, als proveïdors dels serveis sanitaris i al govern, entre altres.

d. La qualitat i la disponibilitat de les dades

Les dades han d'estar accessibles i ser fiables, així com estar integrades en els sistemes d'informació per tal de fer possible el seu càlcul i retorn, i per així poder avaluar l'acompliment de la contribució de les cures infermeres d'alt valor¹⁵.

Els sistemes d'informació i la implementació de les mesures de rendiment depenen directament de disponibilitat de les dades. S'ha establir un ampli debat sobre la validesa i la fiabilitat de les mesures i la viabilitat de la recollida d'aquestes dades per la formulació de les mesures d'acompliment⁹⁹. Les dades administratives es poden obtenir fàcilment i són relativament menys difícils de recollir, però les dades que s'obtenen dels gràfics i d'altres fonts són més fiables i vàlides per l'anàlisi dels resultats en les persones ateses. Malgrat que moltes de les mesures que s'utilitzen a l'actualitat s'han desenvolupat per a altres finalitats diferents a la mesura del rendiment i la incentivació econòmica¹⁵, és necessari avaluar la qualitat tenint en compte la informació disponible.

S'ha de construir sobre els actius actuals que donen suport a la mesura del rendiment, a la informació pública i als sistemes de pagament basats en els resultats, i buscar oportunitats per a unir-se amb altres organitzacions professionals⁷¹. Tal com s'ha comentat, es proposa començar per la identificació de les mesures sensibles a la infermeria entre els conjunts d'indicadors de rendiment o acompliment existents en el context català. La part variable de la compra de serveis del SCS, basada en els objectius comuns prioritzats, és un dels actius dels quals disposem i sobre el qual es pot fonamentar la mesura del rendiment infermer a Catalunya.

Les infermeres catalanes haurien de conèixer les mesures sensibles a la infermeria i promoure, recolzar i treballar conjuntament amb l'autoritat sanitària, amb els proveïdors i amb la comunitat científica per l'avenç en els sistemes d'informació informatitzats. Aquests sistemes han de permetre:

- Construir mesures d'acompliment sensibles a la infermeria.
- Disposar de bases de dades flexibles per a la inclusió de nous elements
- Incloure un llenguatge codificat, estandarditzat i associat a les històries clíniques que permeti la recollida automàtica de les dades
- Emprar un llenguatge infermer estandarditzat transversal per a tots els àmbits de l'atenció integrat a les plataformes electròniques.

La infermeria ha d'aportar el seu coneixement per tal de desenvolupar una infraestructura, una solució intermèdia, que contingui les dades que facin possible l'ús de les mesures sensibles a la infermeria.

e. Les recompenses i els incentius

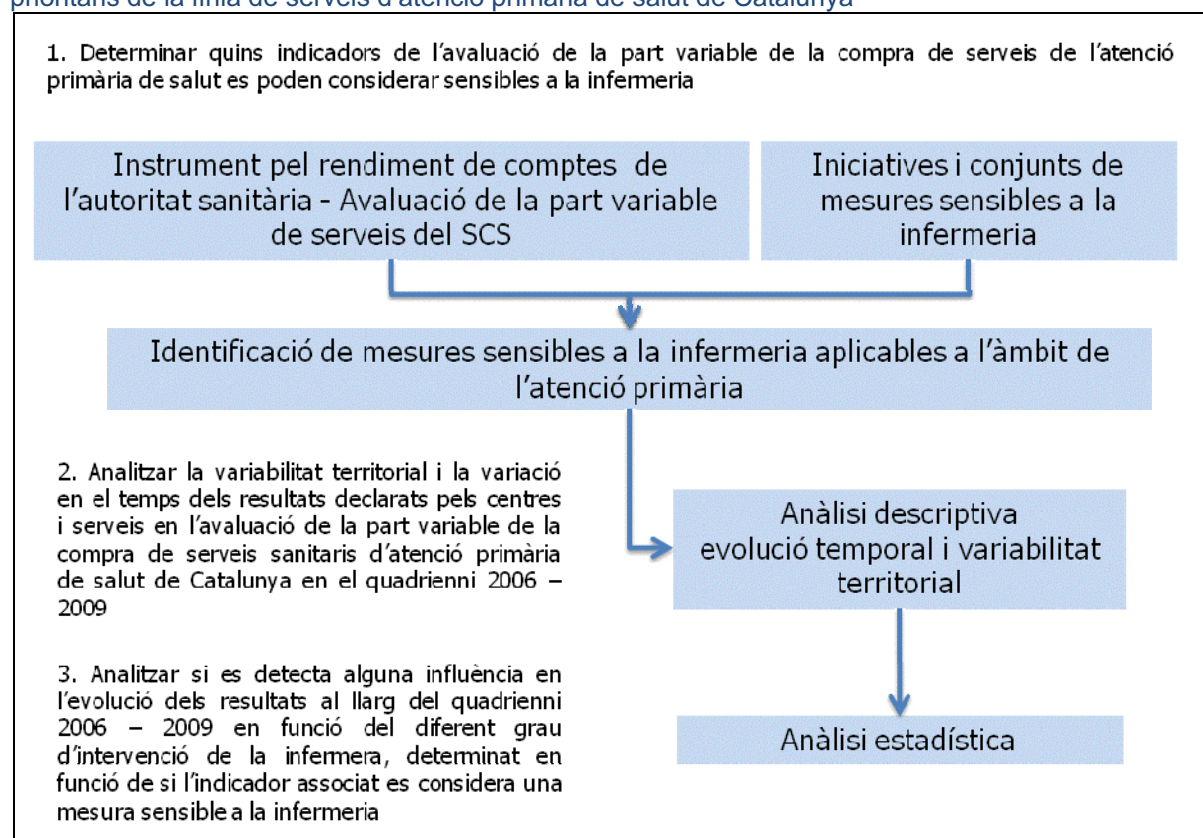
Les recompenses i els incentius han de reconèixer la contribució de les cures infermeres d'alt valor¹⁵. La compra basada en la qualitat o en el valor inclou programes de pagament per la informació proporcionada que recompensen als proveïdors en funció del seu rendiment. Tot i que aquests programes tenen cert grau d'acceptació, encara no s'ha assolit la seva traducció per a que reflecteixin les aportacions de tots els professionals de la salut, incloent a les infermeres.

Les mesures de l'acompliment incloses a la part variable de la compra de serveis, utilitzades de manera transversal a tota Catalunya, ofereixen una plataforma de dades en la que es podrien centrar els esforços per promoure la transparència, la rendició de comptes i un sistema d'incentius per a les infermeres.

2.3.El procés de recerca per l'anàlisi de la contribució infermera en l'acompliment dels objectius prioritaris de la línia de serveis d'atenció primària de salut de Catalunya

El procés de recerca per a la mesura la contribució infermera s'inscriu en un marc de transparència i rendiment de comptes per les cures infermeres. La investigació es centrarà en els indicadors d'acompliment de la part variable de la compra de serveis de l'atenció primària, utilitzades de manera transversal a tota Catalunya, i en la identificació de les mesures sensibles a la infermeria en el conjunt d'indicadors d'acompliment existents (figura 5).

Figura 5: Procés de recerca per l'anàlisi de la contribució infermera en l'acompliment dels objectius prioritaris de la línia de serveis d'atenció primària de salut de Catalunya



Font: Elaboració pròpia.

III. Objectius i hipòtesis

1. Objectiu general

Analitzar la contribució infermera en l'acompliment dels objectius de la part variable dels contractes dels serveis sanitaris públics d'atenció primària de la salut de Catalunya en el quadrienni 2006-2009.

1.1. Objectius específics

1. Identificar els indicadors de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis de l'atenció primària de salut que es poden considerar sensibles a la infermeria, en base a l'evidència científica generada per les iniciatives internacionals de mesura de l'acompliment infermer i de les mesures sensibles a la infermeria, per tal de determinar el grau de participació dels professionals d'infermeria en la consecució dels objectius de compra dels contractes dels serveis sanitaris públics d'APS.
2. Comparar els resultats declarats pels proveïdors de serveis sanitaris en l'avaluació de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de salut.
3. Analitzar la variabilitat territorial i la variació en el temps dels resultats declarats pels proveïdors de serveis en l'avaluació de la part variable de la compra de serveis sanitaris d'atenció primària de salut de Catalunya.
4. Analitzar l'impacte de la contribució infermera en l'assoliment dels objectius de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de salut de Catalunya, en termes de millora dels resultats de les mesures considerades sensibles a la infermeria.
5. Analitzar el grup de resultats considerats sensibles a la infermeria i els considerats no sensibles a la infermeria en l'assoliment dels objectius de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de salut de Catalunya.
6. Comparar el grup de resultats considerats sensibles a la infermeria amb el grup de resultats considerats no sensibles a la infermeria en l'assoliment dels objectius de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de salut de Catalunya, en termes de diferència en la millora dels resultats.

2. Hipòtesis

Les infermeres tenen un paper clau en el funcionament de les organitzacions sanitàries. Tot i que els sistemes sanitaris i els seus gestors, com també la població, són conscients, en termes generals, de l'aportació infermera al procés assistencial, la tendència habitual ha estat considerar els processos en la seva globalitat sense tenir en compte la especificitat de les aportacions de les diferents professions sanitàries.

En els darrers anys, diverses institucions i investigadors han establert una sèrie de criteris que faciliten la mesura de la contribució infermera en els diferents processos assistencials; no obstant això, aquests criteris no s'han aplicat a l'avaluació dels serveis sanitaris a Catalunya. Com a conseqüència, no es dóna rellevància al paper dels professionals d'infermeria en la obtenció dels recursos econòmics provinents del pagament dels serveis per part del SCS.

De fer-se evident la rellevància de l'aportació infermera en l'assoliment dels objectius que determinen aquest finançament variable, es podria donar visibilitat i reconeixement a la professió infermera i, en últim terme, ajustar l'assignació econòmica corresponent als seus serveis.

D'acord amb aquestes consideracions s'han plantejat les següents hipòtesis:

1. Els professionals d'infermeria contribueixen de forma determinant en l'assoliment d'alguns objectius de compra dels contractes dels serveis sanitaris públics i, per tant, una part de la retribució variable depèn de la infermeria.
2. La professionalitat de les infermeres determina una millora continuada en l'evolució dels resultats dels objectius de la compra de serveis sanitaris.

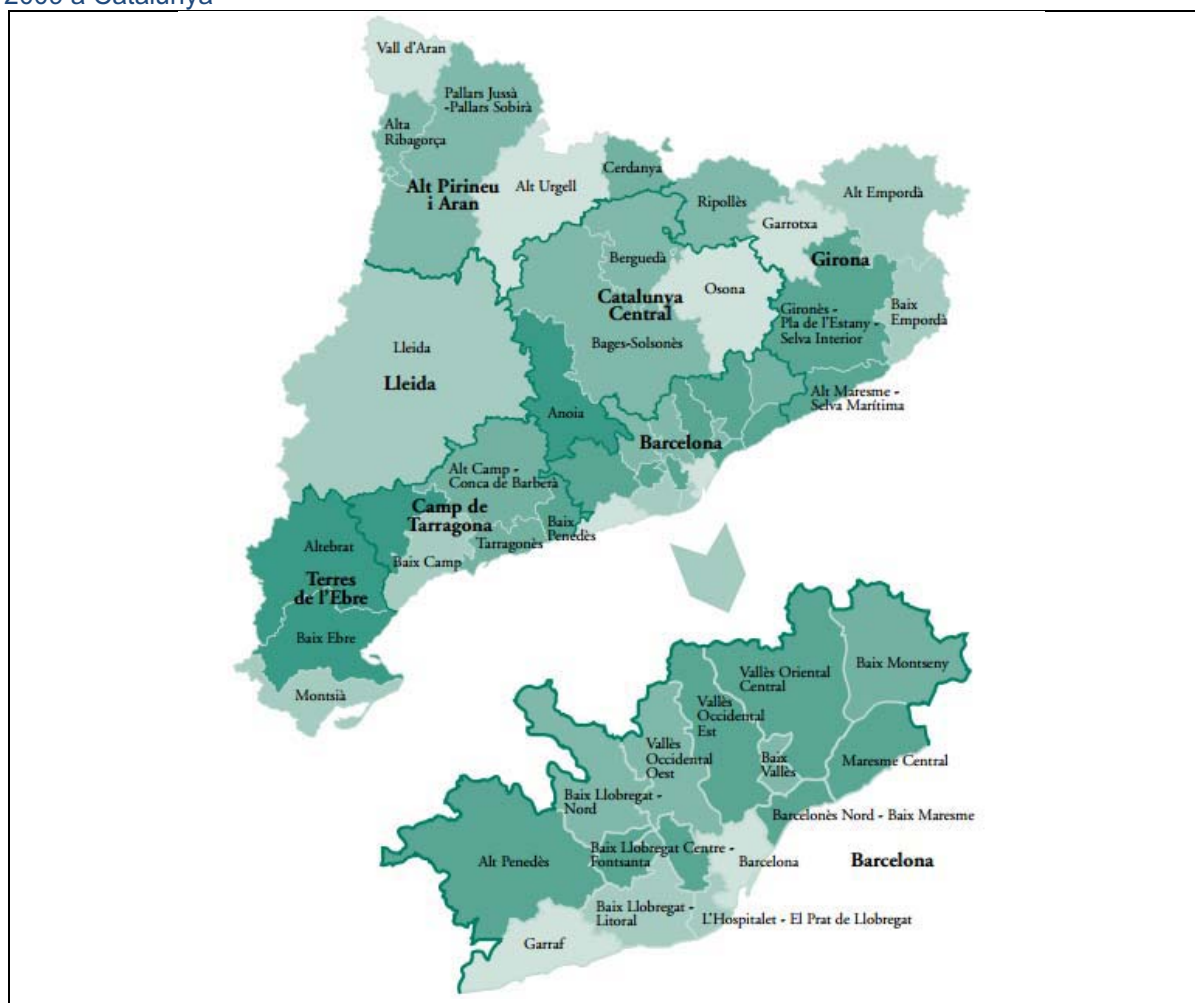
IV. Metodologia

1. Bases metodològiques

La present investigació, que té per objectiu l'anàlisi de la contribució infermera en l'acompliment dels objectius de la part variable dels contractes dels serveis sanitaris públics d'atenció primària de la salut a Catalunya, s'ha realitzat mitjançant un estudi observacional transversal descriptiu, amb mirada retrospectiva on la perspectiva temporal arrenca l'any 2006 fins l'any 2009, i posteriorment s'ha realitzat un estudi analític.

En primer lloc, s'han identificat les mesures considerades sensibles a la infermeria en base al coneixement derivat de l'evidència disponible sobre iniciatives i conjunts de mesures similars. Paral·lelament, per tal d'estudiar l'evolució en el temps i la variabilitat territorial dels resultats corresponents al període 2006 – 2009, s'ha realitzat una anàlisi descriptiva dels resultats de l'avaluació de la compra de serveis de l'atenció primària de Catalunya.

Figura 6: Mapa dels governs territorials de salut. Divisió territorial sanitària durant el període 2006-2009 a Catalunya



Font: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

En segon lloc, s'ha realitzat un estudi analític, utilitzant un model de regressió lineal, amb l'objectiu de determinar les diferències en els resultats sensibles i no sensibles a la infermeria dels anys 2006, 2007, 2008 i 2009 i dels 37 governs territorials de salut (GTS)¹⁰⁰ en els quals es basava la divisió territorial sanitària durant el període estudiat (figura 6).

1.1. Font de dades

L'estudi s'ha realitzat a partir de les dades anuals declarades per proveïdors que corresponen a quatre anys independents d'avaluacions de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària. Aquestes dades han estat facilitades pel Servei Català de la Salut (SCS) a la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut.

Els objectius de la part variable de la compra de serveis reflecteixen algunes de les línies estratègiques de les polítiques sanitàries més rellevants a Catalunya. La prioritització dels objectius de salut la realitza el Departament de Salut en col·laboració amb el SCS, i amb la participació dels agents del sistema de salut, que es formalitzen i es descriuen en el Pla de Salut de Catalunya, i que serveixen de guia per a l'establiment de les prioritats de la compra de serveis sanitaris i socio-sanitaris.

Des de l'any 2005, la Divisió d' Avaluació de Serveis del SCS avalua els serveis sanitaris en base a uns objectius prioritzats, anual i conjuntament, per tots els organismes que representen a l'autoritat sanitària, i que es lliuren als proveïdors que tenen contracte amb el SCS. Aquests objectius, comuns per a tota Catalunya, es lliuren preferentment a finals d'any juntament amb els objectius específics que es plantegen des de cada regió sanitària, per tal de realitzar l'avaluació de l'any següent. Els resultats es recullen un cop passat el període a avaluar, que sempre és d'un any. Aquesta avaluació genera cada any gran quantitat d'informació quantitativa de gran rellevància en gran part inexplorada.

1.2. Unitat d'anàlisi

Les unitats d'estudi són indicadors de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de Catalunya obtinguts a partir de les avaluacions anuals de la compra de l'any 2006 al 2009.

1.3. Identificació de les unitats d'anàlisi de l'estudi

Per la present investigació, els indicadors i els seus resultats es van seleccionar en funció del compliment dels criteris d'inclusió i exclusió dels objectius als quals pertanyen (taula 10).

Taula 10: Criteris d'inclusió i exclusió dels objectius i els seus indicadors associats a la investigació

Criteris d'inclusió:

- Objectius i indicadors associats inclosos a les avaluacions de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària inclosos a les avaluacions dels anys 2006, 2007, 2008 o 2009 i:
 - amb possibilitat de càlcul de l'evolució temporal (es disposa d'un mínim de dos resultats anuals amb el mateix criteri pel càlcul de l'indicador),
- i/o*
- amb possibilitat de càlcul de la variabilitat territorial 2009, o en el seu defecte del 2008, fins a nivell de Govern Territorial de Salut.

Criteris d'exclusió:

- Aquells objectius que durant el període 2006 – 2009 han passat d'una línia de serveis a una altra.
- Aquells objectius que per manca de declaració dels proveïdors no van fer possible el seu càlcul i, per tant, no es van obtenir resultats vàlids.

Font: Elaboració pròpia.

1.4. Selecció de les mesures sensibles a la infermeria i definició de la variable grau de participació infermera

La determinació del grau de participació infermera en els objectius i indicadors seleccionats per l'estudi de la contribució infermera, és una variable que té dos possibles categories (taula 11).

Taula 11: Definició de mesura sensible i mesura no sensible a la infermeria

La sensibilitat a la infermeria es defineix com el grau amb el que un resultat o una mesura està subjecte a la influència de la intervenció infermera en relació a les intervencions d'altres professionals de la salut⁷⁰. Seguint aquesta definició, es poden classificar en dos categories:

Mesura sensible a la infermeria

- Les mesures sensibles a la infermeria poden ser d'estructura, de procés o de resultat. Aquestes es veuen afectades o influenciades pels processos infermers i les realitzen els professionals d'infermeria, però les infermeres poden no ser exclusivament responsables. Les mesures han de ser quantificables i veure's influenciades pels professionals d'infermeria, però la relació no ha de ser necessàriament causa¹⁰¹.
- Els indicadors sensibles a la infermeria identifiquen estructures i processos de cures infermeres, els quals a la vegada influencien els resultats de les cures infermeres; són distintius i específics de la mateixa, per tant, difereixen dels indicadors mèdics de qualitat⁸⁰; i són reconeguts com a indicadors de qualitat de cures infermeres. A més, els indicadors de resultat infermers són aquells resultats que es considera que han rebut una major influència de les cures infermeres⁸⁰.

- **Indicadors d'estructura**

Les mesures relacionades amb el perfil dels professionals i les plantilles, com per exemple el nivell de satisfacció i el conjunt de capacitats o nivells d'habilitats de les infermeres, es poden emprar com a indicadors d'estructura sensibles a la infermeria. Això és així atès que es coneixen i s'han suggerit associacions entre aquestes mesures i alguns resultats de salut en les persones³.

- **Indicadors de procés**

Els indicadors de procés sensibles a la infermeria són els components de les cures infermeres com ara la valoració, l'avaluació i les pròpies intervencions.

- **Indicadors de resultat**

Els indicadors de resultat sensibles a la infermeria s'han descrit com aquells que són rellevants, que abasten el domini i la pràctica infermera i dels quals es disposa d'evidència científica que associa les aportacions i intervencions infermeres als resultats en les persones⁸³.

La diferència entre els indicadors de procés i els de resultat és que aquests últims són aquells que milloren si es proporcionen cures infermeres de millor qualitat o amb major freqüència⁸¹.

Mesura no sensible a la infermeria

- Tota mesura, amb o sense implicació infermera, que no compleix estrictament el concepte de mesura sensible a la infermeria.

Font: Elaboració pròpia.

La selecció de les mesures sensibles a la infermeria per aquesta investigació s'ha realitzat adaptant el marc conceptual de Kurtzman a l'àmbit de l'atenció primària que suggereix que s'apliquin els estàndards de les mesures sensibles a la infermeria del *National Quality Forum* (NQF). A més, s'ha aplicat el coneixement basat en el treball de Swan²⁴ sobre les mesures sensibles a la infermeria en l'atenció primària, comunitària i ambulatoria en els que, a banda de les mesures NQF, també va identificar conjunts de mesures sensibles a la infermeria en el *Community-Based Quality Indicators de la American Nurses Association* i els *Physician Quality Reporting Initiative* i *Physician Quality Reporting* ambdós del *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS), i en el treball de Griffiths³, que inclou el *Quality Outcomes Framework* (QOF) del *Department of Health* del NHS, per tal de complementar els treballs de Kurtzman per la mesura de la contribució infermera a l'atenció primària de salut de Catalunya (taula 12).

Taula 12: Mesura del rendiment en el marc conceptual per a la contribució infermera en l'atenció primària de salut a Catalunya

Fins a disposar dels recursos necessaris per a la recerca en l'àmbit de la mesura del rendiment de la contribució infermera en l'atenció primària, es proposa:

1. Adaptar el marc conceptual de Kurtzman a l'àmbit de l'atenció primària, aplicant els estàndards NQF sensibles a la infermeria.
2. Adoptar les mesures sensibles a la infermeria en l'atenció primària i comunitària proposades per Swan (*NQF's Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care, Community-Based Quality Indicators de la American Nurses Association* i indicadors seleccionats del *CMS Physician Quality Reporting Initiative* i del *CMS Physician Quality Reporting*).
3. Aplicar les recomanacions de Griffiths, que inclouen el *Quality Outcomes Framework* (QOF) del *Department of Health* del NHS, per tal de complementar la mesura de la contribució infermera a l'atenció primària de salut de Catalunya.

Font: Elaboració pròpia.

2. Estudi descriptiu

2.1. Disseny de l'estudi

L'estudi és observacional transversal descriptiu, amb mirada retrospectiva on la perspectiva temporal arrenca l'any 2006 fins l'any 2009.

2.2. Definició de les variables

1. Grau de participació infermera

- Definició: grau amb el que un indicador de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de Catalunya corresponents al període 2006 – 2009 està subjecte a la influència de la intervenció infermera en relació a les intervencions d'altres professionals de la salut.
- És una variable qualitativa amb dos possibles respostes: Mesura sensible a la infermeria / Mesura no sensible a la infermeria.
 - i. Mesura sensible a la infermeria: indicador d'estructura, de procés o de resultat que es veu influenciat pels processos infermers, és a dir, que són distintius i específics dels professionals d'infermeria i han estat reconeguts com a indicadors de qualitat de cures infermeres.
 - ii. Mesura no sensible a la infermeria: indicador d'estructura, de procés o de resultat, amb o sense implicació infermera, que no compleix estrictament el concepte de mesura sensible a la infermeria o no ha estat reconegut com a sensible a la infermeria.

L'estudi es centra en la descripció de les unitats d'estudi, que són els indicadors de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de Catalunya corresponents al període corresponents al període 2006 – 2009.

Els resultats dels indicadors s'han obtingut i calculat a partir de les dades anuals declarades per proveïdors d'atenció primària, que es recullen un cop passat el període a avaluar que és sempre d'un any, que corresponen a quatre anys independents d'avaluacions. Aquestes dades i les fitxes dels indicadors les va facilitar el Servei Català de la Salut (SCS) a la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut.

Amb les dades disponibles es creà una base de dades d'elaboració pròpia amb els resultats per any i per territori, que ha fet possible el càlcul de l'evolució temporal i la variabilitat territorial dels resultats dels indicadors objectes d'aquesta investigació.

1. Control òptim de la hipertensió arterial

- Definició: percentatge de persones hipertenses de 15 o més anys d'edat amb resultats de pressió arterial inferior a 140 mm Hg i pressió arterial diastòlica inferior a 90 mm Hg.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

2. Control acceptable de la diabetis

- Definició: percentatge de persones diabètiques de 15 o més anys d'edat amb resultats d'hemoglobina glicosilada (HbA1c) inferior a 8%.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

3. Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl

- Definició: percentatge de persones de 35 a 74 anys d'edat amb xifres de colesterolèmia total superiors a 200 mg/dl a les quals s'ha realitzat la valoració del risc cardiovascular.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

4. Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat

- Definició: percentatge de persones diagnosticades de cardiopatia isquèmica de 15 o més anys d'edat en què està adequadament indicat i prescrit un tractament antiagregant.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

5. Cribratge del consum d'alcohol en població adulta

- Definició: percentatge de persones de 15 o més anys d'edat a les que s'ha aplicat i registrat el cribratge del consum d'alcohol.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

6. Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys

- Definició: percentatge de persones de 6 a 14 anys amb l'avaluació del sobrepès (Índex de Massa Corporal (IMC) igual a superior al percentil 85 en nenes o al percentil 80 en nens) i l'obesitat (IMC igual a superior al percentil 97) realitzada i registrada d'acord amb els criteris de periodicitat establerts pel Programa de seguiment del nen sa.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

7. Aplicació de fluor tòpic en la població de 7 anys amb risc alt de càries

- Definició: percentatge de persones de 7 anys d'edat que ha estat diagnosticada d'alt risc de càries (segons el criteris de l'Organització Mundial de la Salut o el criteri del professional d'atenció primària) i sotmesa a l'aplicació de fluor tòpic.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

8. Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa

- Definició: percentatge de persones de 0 a 14 anys d'edat correctament vacunada d'acord amb el calendari vigent de vacunacions sistemàtiques vigent.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

9. Implantació del protocol PREALT (Atenció Especialitzada i Sociosanitària)

- Definició: percentatge d'equips d'atenció primària (EAP) que han implantat el protocol de l'alta hospitalària (PREALT) de manera consensuada amb els serveis d'atenció especialitzada i d'atenció sociosanitària d'internament de referència.
- Unitat de mesura: percentatge d'equips d'atenció primària.

10. Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció sociosanitària d'internament amb un contacte amb l'EAP <48h

- Definició: percentatge de persones assignades a l'EAP donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada, d'atenció sociosanitària d'internament i d'atenció a la salut mental d'internament (incloent-hi els hospitals de dia) que han tingut un contacte amb l'EAP en un termini de temps inferior a les 48 hores després de l'alta.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

11. Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques

- Definició: percentatge d'envasos d'especialitats farmacèutiques genèriques que s'han prescrit.
- Unitat de mesura: percentatge d'envasos.

12. Utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit

- Definició: percentatge d'envasos d'especialitats farmacèutiques prescrits de nous medicaments amb valor afegit limitat, és a dir, d'especialitats comercialitzades en els darrers 5 anys que el CatSalut estableix que tenen valor afegit limitat.
- Unitat de mesura: percentatge d'envasos.

13. Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) d'inhibidors de la bomba de protons (IBP)

- Definició: relació entre l'import del preu de venda al públic de les prescripcions dels medicaments del grup d' IBP i el nombre de DDD prescrites dels medicaments del mateix grup.
- Unitat de mesura: mitjana d'euros.

14. Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) d'estatines

- Definició: relació entre l'import del preu de venda al públic de les prescripcions dels medicaments del grup de les estatines i el nombre de DDD prescrites dels medicaments del mateix grup.
- Unitat de mesura: mitjana d'euros.

15. Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) d'inhibidors de l'enzim convertidor d'angiotensina (IECA) i antagonistes dels receptors d'angiotensina II (ARAI)

- Definició: relació entre l'import del preu de venda al públic de les prescripcions dels medicaments del grup d'IECA i ARAII i el nombre de DDD prescrites dels medicaments del mateix grup.
- Unitat de mesura: mitjana d'euros.

16. Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) d'antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) i antidepressius de nova generació

- Definició: relació entre l'import del preu de venda al públic de les prescripcions dels medicaments del grup d'ISRS i antidepressius de nova generació i el nombre de DDD prescrites dels medicaments del mateix grup.
- Unitat de mesura: mitjana d'euros.

17. Cost mitjà per dosi diària (DDD) definida de bifosfonats

- Definició: relació entre l'import del preu de venda al públic de les prescripcions dels medicaments del grup de bifosfonats i el nombre de DDD prescrites dels medicaments del mateix grup.
- Unitat de mesura: mitjana d'euros.

18. Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora

- Definició: realització de com a mínim una de les actuacions de millora proposades per l'autoritat sanitària i presentació dels seus resultats a la direcció del centre.
- Unitat de mesura: sí/no.

19. Implantació d'actuacions de millora sobre l'adequació de la informació

- Definició: realització de l'avaluació de les actuacions de millora en relació amb la informació i la comunicació implantades l'any anterior a l'avaluació.
- Unitat de mesura: percentatge d'equips d'atenció primària.

20. Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades

- Definició: realització de com a mínim una de les actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades, és a dir, qualsevol activitat desenvolupada en la qual s'hagi assignat a la persona, seguint el circuit correcte, un dia i una hora específics per a la seva realització.
- Unitat de mesura: percentatge d'equips d'atenció primària.

21. Subministrament de dades al CatSalut

- Definició: percentatge de dades vàlides subministrades pel proveïdor acordades en el contracte de compra de serveis.
- Unitat de mesura: percentatge de dades.

22. Procés de transmissió de dades al CatSalut completat a la data establerta

- Definició: percentatge d'equips d'atenció primària que completen la transmissió de dades, acordades en el contracte de compra de serveis, abans del dia 1 de març de l'any posterior a l'any avaluat.
- Unitat de mesura: percentatge d'equips d'atenció primària.

23. Participació en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i de bufeta urinària

- Definició: Haver participat en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i bufeta urinària per a la població atesa i assignada amb sospita diagnòstica de càncer.
- Unitat de mesura: sí/no.

24. Taxa d'hospitalitzacions evitables per Problemes de Salut Sensibles a l'Atenció Ambulatòria (ACSC)

- Definició: percentatge d'altres d'hospitalitzacions motivades per problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatòria de la població assignada a l'equip d'atenció primària.
- Unitat de mesura: percentatge d'altres.

25. Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa

- Definició: percentatge de persones de 15 o més anys d'edat correctament vacunada contra el tètanus.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

26. Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada

- Definició: percentatge de persones de 60 o més anys d'edat correctament vacunada contra la grip.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

27. Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada

- Definició: percentatge de persones de 60 o més anys d'edat correctament vacunada contra la pneumònia pneumocòccica.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

28. Pacients exfumadors de l'any

- Definició: percentatge de població de 15 o més anys d'edat fumadora que ha adquirit la condició d'exfumadora (haver estat un any sense fumar) al llarg de l'any avaluat.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

29. Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos

- Definició: percentatge de població atesa i assignada que als 3 mesos és alimentada exclusivament amb alletament matern.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

30. Població >74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració

- Definició: percentatge de persones de 75 o més anys d'edat inclosa en el programa d'atenció primària a la qual s'ha realitzat una valoració integral bàsica i/o una valoració geriàtrica durant el període avaluat.
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

31. Població >74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics

- Definició: percentatge de persones de 75 o més anys d'edat a la qual s'ha realitzat una valoració dels riscos geriàtrics durant el període avaluat
- Unitat de mesura: percentatge de persones.

32. Cost d'absorbents en la població amb incontinència urinària

- Definició: relació entre l'import del preu de venda al públic dels absorbents per a incontinència urinària (AUI) i el nombre de persones que consumeixen AUI segons les prescripcions efectuades pel l'equip d'atenció primària.
- Unitat de mesura: mitjana d'euros.

33. Programació de visites a través d'internet

- Definició: percentatge d'equips d'atenció primària amb existència d'oferta de programació de visites a través d'internet.
- Unitat de mesura: percentatge d'equips d'atenció primària.

Dimensions dels Indicadors de la part variable de la compra de serveis de l'atenció primària 2006-2009

Els resultats d'un mateix indicador poden presentar valors pel global de Catalunya, per regions sanitàries (RS) i per governs territorials de salut (GTS) i per varis anys (2006, 2007, 2008 i 2009). A més, per l'estudi de l'evolució temporal i de la variabilitat territorial dels resultats dels indicadors de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de la salut, pel quadrienni 2006 – 2009, es va considerar el càlcul de la variació temporal i la seva tendència i de la variabilitat territorial en base als resultats per GTS (taula 13) per a cadascun dels 33 indicadors.

Taula 13: Dimensions dels indicadors de l'estudi descriptiu

| Variables | Descripció |
|-----------|---|
| Any | Identifica l'any al que correspon el resultat de l'indicador. Les possibilitats inclouen els anys 2006, 2007, 2008 i 2009. |
| Territori | <p>Identifica el territori al que correspon el resultat de l'indicador en funció de la divisió territorial sanitària vigent durant el període estudiat. Les possibilitats inclouen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catalunya. La mitjana global del territori català. • Les regions sanitàries (RS) . La mitjana global de cadascuna de les RS en les que es dividia el territori català. Les possibilitats inclouen la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran, la Regió Sanitària Barcelona, la Regió Sanitària Catalunya Central, la Regió Sanitària Camp de Tarragona, la Regió Sanitària Girona, la Regió Sanitària Lleida i la Regió Sanitària Terres de l'Ebre. • Els governs territorials de salut (GTS). La mitjana global de cadascun dels GTS en les que es dividia el territori català. Les possibilitats inclouen Alt Urgell, Alta Ribagorça, La Cerdanya, Pallars Jussà - Pallars Sobirà, Val d'Aran, Alt Penedès, Baix Llobregat Centre – Font Santa, Baix Llobregat Litoral, Baix Llobregat Nord, Baix Montseny, Baix Vallès, Barcelona Ciutat, Barcelonès Nord - Baix Maresme, Garraf, L'Hospitalet i el Prat de Llobregat, Maresme Central, Vallès Occidental Est, Vallès Occidental Oest, Vallès Oriental Sector Central, Anoia, Bages-Solsonès, Berguedà, Osona, Alt Camp i Conca de Barberà, Baix Camp, Baix Penedès, Tarragonès, Alt Empordà , Alt Maresme i Selva Marítima, Baix Empordà, La Garrotxa, Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior, Ripollès, Lleida, Altesbrat, Baix Ebre i Montsià. |

(Continua Taula 13: Dimensions dels indicadors de l'estudi descriptiu)

| Variables | Descripció |
|----------------------------------|---|
| Variació temporal | La variació temporal mostra la variació del resultat de la mitjana global de Catalunya d'un l'indicador, calculada a partir de les dades disponibles corresponents al període 2006 – 2009. La variació, doncs, pot referir-se als períodes 2006 – 2009, 2007 – 2009, 2008 – 2009, 2006 – 2007, 2006 – 2008 o 2006 – 2007. |
| Tendència de l'evolució temporal | La tendència de l'evolució temporal dels resultats dels indicadors il·lustra amb un (+) la variació temporal amb tendència a l'alça o amb un (-) la tendència a la baixa. En tot cas, aquest símbol no té per què coincidir amb la tendència desitjada dels resultats dels indicadors al llarg del període calculat. |
| Variabilitat territorial | La variabilitat territorial mostra la variació entre els resultats dels diferents GTS amb resultats per l'any 2009 o, en el seu defecte, per l'any 2008. |

Font: Elaboració pròpia.

2.3. Models i mètodes d'anàlisi

La variació temporal s'ha calculat a partir de la diferència entre el resultat vàlid del mateix indicador de les avaluacions dels anys 2006 i 2009 sempre que ha estat possible. En els casos en els que no es disposava de dades pel càlcul de la variació del quadrienni, s'ha calculat la variació entre els anys disponibles per tal d'evitar perdre informació.

Per la determinació de la variabilitat territorial dels resultats dels indicadors, s'ha emprat el coeficient de variació, que es calcula a partir de la desviació típica d'una mostra i la seva mitjana ($CV = \text{desviació estàndard} / \text{mitjana}$). La desviació estàndard s'ha calculat utilitzant els valors dels resultats obtinguts a nivell de govern territorial de salut (GTS), segons la divisió territorial que s'emprava en la planificació sanitària del Departament de Salut durant el quadrienni 2006 – 2009. S'han afegit els valors dels resultats màxim i mínim a nivell de GTS, per tal d'oferir una major comprensió i complementar la informació de l'anàlisi de la variabilitat territorial. Per aquells indicadors dels quals no es disposa de dades per l'any 2009, s'ha realitzat el càlcul amb les dades corresponents a l'any 2008.

Adicionalment, s'ha determinat un interval de $\pm 10\%$ o de $\pm 5\%$ per tal d'identificar, d'una manera pràctica, des del punt de vista de la gestió, els territoris amb els resultats més distants a l'estàndard o, en el seu defecte, respecte a la mitjana de Catalunya. Quan l'estàndard o la mitjana de Catalunya es troba per sobre del 90%, es defineix un interval de $\pm 5\%$. Que els valors estiguin per sobre o per sota de d'interval no implica per sí sol que els resultats siguin millors o pitjors.

2.4. Preparació i anàlisi de les dades

Després de seleccionar els objectius de la línia de serveis d'atenció primària en funció de l'acompliment dels criteris d'inclusió i exclusió de l'estudi, es va dissenyar la base de dades d'elaboració pròpia amb la informació de la part variable de la compra de serveis sanitaris d'utilització pública (en endavant la compra) dels anys 2006, 2007, 2008 i 2009. Per l'anàlisi temporal i territorial dels resultats de l'avaluació del quadrienni 2006-2009, s'han emprat els resultats dels globals de Catalunya, per Regió Sanitària i per GTS.

La preparació i l'anàlisi de les dades ha consistit en els passos que es detallen a continuació.

A partir de les dades declarades per a les avaluacions anuals de la part variable de la compra de serveis s'ha creat una base de dades pròpia per la realització del present estudi.

Per tal de relacionar els resultats al llarg dels quatre anys s'ha ordenat la informació i assignat codis als objectius, per així poder-los seqüenciar durant el període d'estudi. La identificació dels indicadors i la construcció de la seqüència dels resultats per a l'anàlisi de les dades es va veure dificultada per les constants modificacions en el nom dels objectius i indicadors de les diferents avaluacions anuals. Per minimitzar les limitacions es van revisar els documents de proposta dels objectius i indicadors de la compra dels anys en estudi, posant especial èmfasi en les fitxes dels indicadors, que sovint presentaven camps sense determinar.

Els resultats de l'estudi descriptiu es presenten pel global de Catalunya i per territoris (regions sanitàries i governs territorials salut) seguint la divisió territorial aplicada durant el quadrienni 2006 – 2009.

Durant el període que cobreix l'estudi el territori català es dividia en set regions sanitàries (RS) delimitades a partir de factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics, i 37 governs territorials de salut (GTS) (*Annex 2. Governos territorials de salut*). Un dels principals objectius del desplegament de l'estructura territorial és l'assoliment d'un millor coneixement de les necessitats de salut de la població. Les regions sanitàries, que es mantenen a l'actualitat, compten amb una dotació adequada de recursos sanitaris d'atenció primària i d'atenció especialitzada per atendre les necessitats de la població¹⁰². Cada regió s'ordenava, a la vegada, en GTS, on es desenvolupaven i coordinaven les activitats de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, salut pública i assistència socio sanitària a nivell d'AP i d'especialitats. Els GTS estaven constituïts per l'agrupació d'àrees bàsiques de salut (ABS) que continuen existint a l'actualitat. L'ABS és la unitat territorial elemental a través de la que s'organitzen els serveis d'atenció primària de salut organitzats en equips d'atenció primària (EAP). Les ABS són unitats territorials formades per barris i districtes en les àrees urbanes, o per un o més municipis en l'àmbit rural. Totes aquestes delimitacions es determinen en funció de factors geogràfics, socioeconòmics, demogràfics, laborals, epidemiològics, culturals, climàtics, de vies de comunicació homogènies, així com d'instal·lacions sanitàries existents, tenint en compte l'ordenació territorial de Catalunya i en funció de l'accessibilitat de la població als serveis i de l'eficiència en la organització dels recursos sanitaris¹⁰³.

L'anàlisi de l'evolució temporal i de la variabilitat territorial

A partir dels resultats globals per Catalunya, per RS i per GTS dels objectius i indicadors seleccionats s'ha realitzat l'anàlisi temporal del període 2006 – 2009 i l'anàlisi de la variabilitat territorial de l'any 2009 o, en el seu defecte, de l'any 2008. Atès que l'avaluació de la compra de serveis es va concebre amb una finalitat diferent a la d'obtenir informació per al seguiment i comparació dels resultats al llarg del temps, s'han de tenir en compte les limitacions de l'anàlisi de l'evolució temporal, tot i la utilitat i la importància d'aquesta anàlisi per al coneixement d'una part del rendiment dels proveïdors de serveis sanitaris per a la seva aplicació en la planificació i en la presa de decisions.

La variació temporal s'ha calculat a partir de la diferència entre el resultat vàlid del mateix indicador de l'any 2006 i l'any 2009, sense que hagi patit canvis de criteri que puguin afectar el resultat, sempre que ha estat possible. En els casos en els que no es disposaven de dades pel càlcul de la variació en el quadrienni 2006 – 2009, s'ha calculat la variació entre els anys disponibles per tal d'evitar perdre gran nombre d'indicadors. A les taules que mostren els resultats s'ha afegit, identificat, el període al que fa referència el càlcul de l'evolució temporal. També s'ha inclòs la tendència de l'evolució temporal dels resultats dels indicadors per tal d'interpretar la variació temporal fent ús de signes positius i negatius, senzillament per a facilitar la lectura dels resultats. En tot cas aquesta tendència no té per què coincidir amb la tendència desitjada dels resultats dels indicadors al llarg del quadrienni o del període calculat.

La determinació de la variabilitat territorial dels resultats dels indicadors s'ha basat en el coeficient de variació calculat a partir de la desviació típica i la mitjana dels valors dels resultats obtinguts a nivell de GTS ($CV = \text{desviació estàndard} / \text{mitjana}$). S'han identificat i afegit el valor màxim i el mínim per tal d'oferir una major comprensió i complementar la informació de l'anàlisi de la variabilitat territorial. Per aquells indicadors dels quals no es disposa de dades per l'any 2009, s'ha realitzat el càlcul amb les dades corresponents a l'any 2008.

Per tal d'identificar quins territoris es podrien considerar per sobre o per sota de l'estàndard o, en el seu defecte, de la mitjana de Catalunya, s'ha realitzat un exercici pràctic i ràpid que es podria emprar per prendre decisions a molt curt termini, i que podria ser molt útil des del punt de vista de la gestió, on s'ha considerat un interval de $\pm 10\%$ sobre l'estàndard o la mitjana de Catalunya (o un interval de $\pm 5\%$ en aquells casos amb un estàndard o mitjana de Catalunya major o igual a 90%).

Pel càlcul de la tendència en l'evolució temporal dels resultats dels indicadors i del coeficient de variació (CV) per l'establiment de la variabilitat territorial s'ha emprat el programa excel del paquet bàsic de Windows en la versió 2007.

3. Estudi analític

3.1. Disseny de l'estudi

L'estudi és de disseny analític, amb mirada retrospectiva on la perspectiva temporal arrenca l'any 2006 fins l'any 2009.

3.2. Definició de les variables

Variable independent

Grup

- Cadascun dels indicadors de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària de Catalunya corresponents al període 2006 – 2009, seleccionats per l'estudi, ha estat categoritzat com a sensible o no sensible a la infermeria en funció del grau de participació dels professionals d'infermeria.

Variables dependents

Les variables dependents de l'estudi analític per estudiar les diferències entre els resultats sensibles i no sensibles a la infermeria en la part variable de la compra de serveis de l'atenció primària de Catalunya, quadrienni 2006 – 2009 es resumeixen a la taula 14.

Taula 14: Variables principals de l'estudi analític

| Variables | Descripció |
|--------------------|--|
| Any | Identifica l'any al que correspon el resultat de l'indicador. Les possibilitats inclouen els anys 2006, 2007, 2008 i 2009. |
| GTS* | Identifica el territori al que correspon el resultat de l'indicador en funció de la divisió territorial sanitària en governs territorials de salut vigent durant el període estudiat. Les possibilitats inclouen: Alt Urgell, Alta Ribagorça, La Cerdanya, Pallars Jussà - Pallars Sobirà, Val d'Aran, Alt Penedès, Baix Llobregat Centre – Font Santa, Baix Llobregat Litoral, Baix Llobregat Nord, Baix Montseny, Baix Vallès, Barcelona Ciutat, Barcelonès Nord - Baix Maresme, Garraf, L'Hospitalet i el Prat de Llobregat, Maresme Central, Vallès Occidental Est, Vallès Occidental Oest, Vallès Oriental Sector Central, Anoia, Bages-Solsonès, Berguedà, Osona, Alt Camp i Conca de Barberà, Baix Camp, Baix Penedès, Tarragonès, Alt Empordà, Alt Maresme i Selva Marítima, Baix Empordà, La Garrotxa, Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior, Ripollès, Lleida, Altesbrat, Baix Ebre i Montsià. |
| Indicador | Identifica la mesura per la qual s'han obtingut resultats tant per any com per territori. Les possibilitats inclouen els indicadors: 1) Control òptim de la hipertensió arterial; 2) Control acceptable de la diabetis; 3) Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl; 4) Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat; 5) Cribratge del consum d'alcohol en població adulta; 6) Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys; 7) Aplicació de fluor tòpic en la població de 7 anys amb risc alt de càries; 8) Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa; 9) Implantació del protocol PREALT (Atenció Especialitzada i Sociosanitària); 10) Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció sociosanitària d'internament amb un contacte amb l'EAP <48h; 11) Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques; 12) Utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit; 13) Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) d'inhibidors de la bomba de protons (IBP); 14) Cost mitjà per DDD d'estatines; 15) Cost mitjà per DDD d'inhibidors de l'enzim convertidor d'angiotensina (IECA) i antagonistes dels receptors d'angiotensina II (ARAI); 16) Cost mitjà per DDD d'antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) i antidepressius de nova generació; 17) Cost mitjà per DDD de bifosfonats; 18) Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora; 19) Implantació d'actuacions de millora sobre l'adequació de la informació; 20) Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades; 21) Subministrament de dades al CatSalut; 22) Procés de transmissió de dades al CatSalut completat a la data establerta; 23) Participació en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i de bufeta urinària; 24) Taxa d'hospitalitzacions evitables per Problemes de Salut Sensibles a l'Atenció Ambulatoria (ACSC); 25) Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa; 26) Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada; 27) Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada; 28) Pacients exfumadors de l'any; 29) Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos; 30) Població >74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració; 31) Població >74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics; 32) Cost d'absorbents en la població amb incontinència urinària; 33) Programació de visites a través d'internet. |
| Valor del resultat | Valor de resultat dels indicadors per cadascun dels anys i dels territoris en base al qual s'ha calculat el valor z, per tal de determinar si segueixen una distribució normal que permeti la comparació entre resultats amb diferents escales. |
| Tendència esperada | La tendència esperada fa referència a l'evolució òptima dels resultats en funció de l'objectiu que es pretén assolir. |

*GTS: Govern territorial de salut.

Font: Elaboració pròpia.

3.3. Models i mètodes d'anàlisi

Per a l'anàlisi es parteix de la base de dades d'elaboració pròpia on s'observa que:

- Hi ha valors del mateix indicador per varis anys (factor any, 2006, 2007, 2008 i 2009) i per varis territoris (factor territori, 37 territoris). Per tant, els valors es creuen a diferents nivells provocant múltiples combinacions possibles.
- En ocasions l'indicador no ha tingut continuïtat en el temps, per tant no es disposa de valors per un o més anys del període de l'estudi. Per tant, l'any de referència pel càlcul de la millora variarà en funció de cada indicador.
- Les unitats d'anàlisi (els indicadors) es mesuren utilitzant diferents escales (percentatge de persones, mitjana d'euros i percentatge d'EAP). Per tant, els valors s'han d'estandarditzar per tal que permetin ser comparats.
- La tendència esperada en el període d'estudi pot ser positiva o negativa en funció de l'objectiu que es persegueix. Per tant, la tendència s'ha d'estandarditzar per tal que sempre es mostri la millora en el temps obviant el signe de la tendència.

Per tal de poder comparar els resultats dels diferents indicadors, els valors observats de cada indicador s'han transformat a valors estandarditzats (valors z), que es distribueixen segons una distribució Normal $(0,1)^{104}$.

Les diferències entre els valors corresponents als indicadors sensibles a la infermeria i els no sensibles, ajustades per l'any d'obtenció del valor, s'han avaluat mitjançant un model de regressió lineal multinivell, d'efectes creuats amb dos nivells de variació (*two-way crossed-effects model*): amb els efectes del govern territorial de salut (GTS) creuats amb els efectes dels indicadors¹⁰⁵. Els models de regressió utilitzats per comparar els grups s'han ajustat per any per eliminar l'efecte del temps. Això proporciona informació addicional que és la diferència entre els anys, prenent el 2006 com a referència, ja que aquest és el primer any del període estudiat del que es té informació de la gran majoria d'indicadors.

3.4. Preparació i anàlisi de les dades

Per tal de poder comparar els indicadors, s'han estandarditzat els resultats observats respecte al valor i a la tendència esperada.

En el cas dels valors, les mesures de cada indicador s'han estandarditzat mitjançant els valors z , calculats amb la mitjana i la desviació estàndard de l'any de referència corresponent (primer any amb informació), per tots aquells indicadors amb un nombre d'anys amb informació coneguda igual o superior a dos i amb una desviació estàndard de l'any de referència diferent de zero. Per un valor observat x_i , el valor estandarditzat z_i es calcula segons la fórmula:

$$z_i = \frac{x_i - \mu_{ref}}{\sigma_{ref}}$$

μ_{ref} : és la mitjana de l'any de referència

σ_{ref} : és la desviació estàndard de l'any de referència.

En el cas de les tendències, s'ha modificat el signe dels valors z calculats, d'acord amb la tendència esperada. Per tant, s'ha canviat el signe d'aquells indicadors dels quals s'espera una tendència a la baixa i així els valors z alts indicaran sempre un resultat millor que el de l'any de referència (i els baixos un resultat pitjor), independentment de la tendència esperada en l'indicador corresponent.

Aquesta anàlisi s'ha realitzat amb el programa estadístic Stata versió 12¹⁰⁶.

4. Consideracions ètiques

L'objectiu del present estudi és proporcionar coneixements per guiar i co-responsabilitzar als professionals, especialment els del col·lectiu infermer, i a les organitzacions sanitàries per tal de garantir l'acompliment de la qualitat en la cura de les persones. En aquesta línia, es pretén promoure la responsabilització de les infermeres en les intervencions en les que els professionals d'infermeria hi tenen un paper clau, mitjançant el coneixement, la utilització i optimització d'instruments d'avaluació existents.

En cap cas s'han realitzat intervencions que hagin involucrat a persones i, per tant, no s'ha hagut d'obtenir el consentiment informat, atès que el present estudi és de disseny observacional transversal descriptiu. Concretament, es basa en l'avaluació i comparació dels resultats dels serveis sanitaris amb dades agregades a nivell de territori. S'ha obtingut l'autorització pertinent del Director general de la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris del Departament de salut per a la utilització de les dades de la part variable de la compra de serveis corresponent al període 2006-2009 (*Annex 3. Autorització per l'ús de les dades per la present tesi de doctorat*).

La investigació no té implicacions de risc per a la salut, per la confidencialitat i pels drets de les persones, respectant principis ètics bàsics i en compliment de la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal LOPD.

V. Resultats

1. Objectius comuns prioritzats seleccionats per l'estudi de l'evolució temporal i la variabilitat territorial

La part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària de les entitats proveïdores amb contracte amb el Servei Català de la Salut de Catalunya dels anys 2006, 2007, 2008 i 2009 constava respectivament de 14, 13, 14 i 15 objectius comuns prioritaris amb vinculació econòmica, i de 13, 11, 10 i 6 objectius sense vinculació econòmica. L'avaluació realitzada els anys 2006, 2007, 2008 i 2009 va permetre conèixer l'assoliment de 22, 22, 23 i 20 objectius respectivament.

Per la present investigació s'han seleccionat 21 dels 22 objectius de l'avaluació de la compra de serveis de l'any 2006, els 22 de l'any 2007, els 23 de l'any 2008 i 19 dels 20 de l'any 2009 que compleixen els criteris d'inclusió de l'estudi descriptiu. A la taula 15 es mostra la relació d'objectius proposats pel SCS, amb i sense vinculació econòmica, els finalment avaluats pel SCS, en les seves avaluacions anuals, i el nombre d'objectius inclosos en aquest estudi corresponents al quadrienni 2006 - 2009.

Taula 15: Relació d'objectius de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària proposats, amb i sense vinculació econòmica, i els objectius inclosos a l'estudi del quadrienni 2006 – 2009

| Any | Nombre d'objectius comuns prioritaris línia d'atenció primària | | | Nombre objectius inclosos a la investigació (2) |
|------|--|--|--------------------------------------|---|
| | Inclusos a la proposta avaluació <u>amb</u> vinculació econòmica | Inclusos a la proposta avaluació <u>sense</u> vinculació econòmica | Avaluats pel CatSalut ⁽¹⁾ | |
| 2006 | 14 | 13 | 22 | 21 |
| 2007 | 13 | 11 | 22 | 22 |
| 2008 | 14 | 10 | 23 | 23 |
| 2009 | 15 | 6 | 20 | 19 |

(1) Hi ha objectius que no es van poder avaluar per manca de dades declarades.

(2) Nombre d'objectius comuns prioritzats seleccionats per l'anàlisi d'evolució temporal 2006-2009 i/o variabilitat territorial 2009 o, en el seu defecte, 2008.

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació de la part variable de la compra de serveis de la Divisió d'Avaluació de la Compra. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Els objectius sense vinculació econòmica, anomenats altres objectius comuns prioritzats, s'han inclòs en aquest estudi atès que el SCS els va considerar igualment de caràcter prioritari. En total, pel quadrienni 2006-2009 s'han identificat 33 indicadors associats als 27 objectius de la part variable de la compra de serveis d'utilització pública que compleixen els criteris de l'estudi.

En relació a la possibilitat d'anàlisi de l'evolució temporal, d'aquests 33 indicadors 16 disposen de dades pels quatre anys en estudi i, dels restants, dos disposen de dades pel càlcul de l'evolució temporal 2007 – 2009, tres pel 2006 – 2008, quatre pel 2008 – 2009, dos pel 2007 – 2008, dos pel 2006 – 2007 i quatre disposen dels resultats d'un any. En relació a la possibilitat d'anàlisi de la variabilitat territorial, dels 33 indicadors, 23 disposen de dades corresponents a l'any 2009, malgrat hi ha dos indicadors amb resposta dicotòmica sí/no en la que totes les unitats proveïdores declarants van respondre sí i, per tant, no presenten variabilitat territorial. Dels restants, s'han identificat set indicadors amb resultats disponibles per l'any 2008.

Les dades declarades pels proveïdors de l'atenció primària disponibles han permès elaborar una base de dades amb 3.515 resultats per a l'etapa 2006 – 2009 pels 37 territoris en els que es distribuïa el territori català durant el període d'estudi (taula 16).

El resultat del procés de selecció dels indicadors associats als objectius, es pot consultar a la taula 17.

Taula 16: Perfil l'estudi descriptiu

| Anys | | No sensible a la infermeria | Sensible a la infermeria | Total |
|---|-------|-----------------------------|--------------------------|-------|
| Indicadors de la part variable de la compra | | 20 | 13 | 33 |
| Territoris (GTS*) | | 37 | 37 | 37 |
| Valors | 2006 | 333 | 444 | 777 |
| | 2007 | 444 | 407 | 851 |
| | 2008 | 555 | 481 | 1.036 |
| | 2009 | 518 | 333 | 851 |
| | Total | 1.850 | 1.665 | 3.515 |

*GTS: Governos territorials de salut.

Font: Elaboració pròpia.

Els objectius de la part variable de la compra de serveis de l'atenció primària de la salut de Catalunya dels anys 2006, 2007, 2008 i 2009 que s'han exclòs de l'estudi o bé manquen dades vàlides suficients pel càlcul de l'indicador, o bé han patit un canvi pel que fa a la seva vinculació a línia de serveis d'atenció primària (*Annex 4. Objectius de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis de Catalunya exclosos de la present investigació*).

Taula 17: Resultat del procés de selecció dels indicadors associats als objectius de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària de Catalunya, quadrienni 2006 – 2009

| ID objectiu | Objectiu AP | Indicador AP | Disponibilitat anys 2006 a 2009 | | | | Possibilitat càlcul variació temporal | | Possibilitat càlcul coeficient variació territorial 2009 o 2008 |
|-------------|--|--|---------------------------------|------|------|------|---------------------------------------|---|---|
| | | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Període | Observacions | |
| 1 | Assolir un determinat percentatge mínim de pacients atesos amb hipertensió arterial amb control òptim de la pressió arterial. | Control òptim de la hipertensió arterial (percentatge de persones) Estàndard: Pla de salut de Catalunya 2010: al menys el 44,7 % l'any 2010 - proporció de persones hipertenses controlades a la població | √ | √ | √ | √ | 2006 -2009 | A les avaluacions dels anys 2006, 2008 i 2009 es manté el mateix criteri pel càlcul de l'indicador, mentre que l'any 2007 hi ha un canvi de criteri. Per tant, permet calcular la variació 2006 - 2009. | √ |
| 2 | Assolir un determinat percentatge mínim de pacients atesos amb diabetis amb control acceptable | Control acceptable de la diabetis (percentatge de persones) Estàndard: > 60% | √ | √ | √ | √ | 2006 -2009 | A l'avaluació del 2008 es va modificar el títol de l'indicador però mantenint els criteris de control | √ |
| 3 | Assolir un determinat percentatge mínim de pacients atesos de 35 a 74 anys i amb colesterolèmia total >200 mg/dl amb càlcul dels risc cardiovascular | Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl (percentatge de persones) Referència any 2009 global Catalunya: 58, 90% | √ | √ | √ | √ | 2006 -2009 | Sense comentaris | √ |
| 4 | Assolir un determinat percentatge mínim de pacients amb cardiopatia isquèmica i amb tractament antiagregant indicat que el reben adequadament | Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat (percentatge de persones) Referència any 2009 global Catalunya: 91, 10% | --- | --- | --- | √ | --- | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2006, 2007 i 2008. Per tant, no permet calcular variació temporal. | √ |
| 5 | Assolir un determinat percentatge mínim de població assignada i atesa major de 14 anys amb cribatge sobre el consum d'alcohol. | Cribatge del consum d'alcohol en població adulta (percentatge de persones) Estàndard: 70% Programa Beveu Menys | √ | √ | √ | √ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | √ |
| 6 | Assolir un determinat percentatge mínim de població assignada i atesa entre 6 i 14 anys amb avaluació del sobrepès i obesitat | Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys (percentatge de persones) Estàndard: ≥ 60% | √ | √ | √ | √ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | √ |

Dades validades disponibles: √.

Codificació de colors: indicadors, estàndards o referències, observacions

(Continua - Taula 17. Resultat del procés de selecció dels indicadors associats als objectius de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària de Catalunya, quadrienni 2006 - 2009)

| ID objectiu | Objectiu AP | Indicador AP | Disponibilitat anys 2006 a 2009 | | | | Possibilitat càlcul variació temporal | | Possibilitat càlcul coeficient variació territorial 2009 o 2008 |
|-------------|--|---|---------------------------------|------|------|------|---------------------------------------|--|---|
| | | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Període | Observacions | |
| 7 | Realitzar al menys una aplicació de fluor tòpic a un mínim de la població assignada i atesa de 7 anys alt risc de càries | Aplicació de fluor tòpic en la població de 7 anys amb risc alt de càries (percentatge de persones) Referència any 2008 global Catalunya: 78,90% | √ | √ | √ | --- | 2006 -2008 | No es va incloure a l'avaluació de l'any 2009. Per tant, permet calcular la variació del període 2006-2008. | √ (2008) |
| 8 | Assolir un determinat percentatge mínim de població de 0 a 14 anys assignada i atesa correctament vacunada | Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa (percentatge de persones) Estàndard: 95-98% | √ | √ | √ | √ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | √ |
| 9 | Aconseguir que un determinat percentatge mínim dels pacients inclosos en el protocol PREALT tingui un contacte amb l'EAP dins les 48 hores posteriors a l'alta | Implantació del protocol PREALT (Atenció Especialitzada i Socio sanitària) (percentatge d'EAP) Referència any 2007 global Catalunya: 100% | √ | √ | --- | --- | 2006 -2007 | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2008 i 2009. Per tant, permet calcular la variació del període 2006-2007. | --- |
| | | Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció socio sanitària d'internament amb un contacte amb l'EAP <48h (percentatge de persones) Referència any 2009 global Catalunya: 78,8% | → | √ | √ | √ | √ | 2007 -2009 | L'any 2006, es demanaven per separat les altes dels hospitals i les altes socio sanitàries. A partir de l'any 2007 es calcula mitjançant un únic indicador. Per tant, permet calcular la variació del període 2007-2009. |
| 10 | Assolir un determinat percentatge mínim de prescripció d'especialitats farmacèutiques genèriques | Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques (percentatge d'envasos) Referència any 2009 global Catalunya: 29,5% | √ | √ | √ | √ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | √ |
| 11 | Aconseguir que la prescripció d'envasos de nous medicaments amb valor afegit limitat se situï per sota d'un determinat percentatge màxim | Utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit (percentatge d'envasos) Referència any 2009 global Catalunya: 2,81% | √ | √ | √ | √ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | √ |

Dades validades disponibles: √

Codificació de colors: indicadors, estàndards o referències, observacions

(Continua - Taula 17. Resultat del procés de selecció dels indicadors associats als objectius de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària de Catalunya, quadrienni 2006 - 2009)

| ID objectiu | Objectiu AP | Indicador AP | Disponibilitat anys 2006 a 2009 | | | | Possibilitat càlcul variació temporal | | Possibilitat càlcul coeficient variació territorial 2009 o 2008 |
|-------------|--|--|---------------------------------|------|------|------|---------------------------------------|--|---|
| | | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Període | Observacions | |
| 12 | Aconseguir que el cost mitjà màxim per dosi diària definida de la prescripció IBP, d'estatines, IECA I d'ARA II, d'antidepressius ISRS i antidepressius de nova generació, i de bifosfonats se situï per sota de determinats valors màxims | Cost mitjà per DDD d'IBP (mitjana d'euros) Referència any 2009 global Catalunya:0,28€ Cost mitjà per DDD d'estatines (mitjana d'euros) Referència any 2008 global Catalunya:0,41€ Cost mitjà per DDD d'IECA + ARA II (mitjana d'euros) Referència any 2009 global Catalunya:0,31€ Cost mitjà per DDD d'ISRS + AD de nova generació (mitjana d'euros) Referència any 2009 global Catalunya:0,66€ Cost mitjà per DDD de bifosfonats (mitjana d'euros) Referència any 2009 global Catalunya:0,98€ | --- | --- | √ | √ | 2008 -2009 | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2006 i 2007. Per tant, permet calcular la variació del període 2008-2009. | √ |
| | | | --- | --- | √ | --- | --- | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2006 i 2007, i a l'avaluació de l'any 2009 no es va poder calcular per manca de dades vàlides. Per tant, no permet calcular variació temporal. | √ (2008) |
| 13 | Realitzar l'autoavaluació de les actuacions de millora de l'atenció en relació amb la informació i la comunicació, proposades per al període 2007 - 2008 a partir de l'informe normalitzat d'avaluació | Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora (sí/no) Referència any 2008 global Catalunya: 100% | √ | --- | √ | --- | 2006-2008 | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2007 i 2009. Per tant, permet calcular la variació del període 2006-2008. | √ (2008) |
| | | | --- | --- | √ | √ | 2008 -2009 | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2006 i 2007. Per tant, permet calcular la variació del període 2008-2009. | √ |

Dades validades disponibles: √

Codificació de colors: indicadors, estàndards o referències, observacions

(Continua - Taula 17. Resultat del procés de selecció dels indicadors associats als objectius de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària de Catalunya, quadrienni 2006 - 2009)

| ID objectiu | Objectiu AP | Indicador AP | Disponibilitat anys 2006 a 2009 | | | | Possibilitat càlcul variació temporal | | Possibilitat càlcul coeficient variació territorial 2009 o 2008 |
|-------------|---|--|---------------------------------|------|------|------|---------------------------------------|--|---|
| | | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Període | Observacions | |
| 14 | Dur a terme, com a mínim, una de les actuacions de millora proposades per al període 2009-2010 a partir de l'informe normalitzat d'avaluació, en relació amb l'adequació de la informació | Implantació d'actuacions de millora sobre l'adequació de la informació (percentatge d'EAP) Referència any 2009 global Catalunya: 100% | --- | ✓ | --- | ✓ | 2007 -2009 | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2006 i 2008. Per tant, permet calcular la variació del període 2007-2009. | ✓ |
| 15 | Dur a terme, com a mínim, una de les actuacions de millora proposades per al període 2009-2010 per la Divisió d'Atenció al Client en relació amb el temps de demora de les activitats programades | Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades (percentatge d'EAP) Referència any 2009 global Catalunya: 100% | --- | --- | --- | ✓ | --- | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2006, 2007 i 2008. Per tant, no permet calcular variació temporal. | ✓ |
| 16 | Proporcionar al CatSalut de forma vàlida un mínim d'un 90% de les dades que figuren en l'annex "Requeriments de dades a l'entitat proveïdora", apartat 3.2 i completar el procés de transmissió de dades abans de l'1 de març de 2010 | Subministrament de dades al CatSalut (percentatge de dades) Estàndard: mínim 90% | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | ✓ |
| | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | ✓ |
| 17 | Participar en un circuit de diagnòstic ràpid per als pacients amb sospita de càncer de pròstata i de bufeta urinària | Participació en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i de bufeta urinària (sí/no) Referència any 2008 global Catalunya: 84% | --- | ✓ | ✓ | --- | 2007 -2008 | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2006 i 2009. Per tant, permet calcular la variació del període 2007-2008. | ✓ (2008) |
| 18 | Aconseguir que les altes components a hospitalitzacions evitables per ACSC se situïn per sota d'un determinat percentatge màxim | Taxa d'hospitalitzacions evitables per ACSC (percentatge d'altes) Referència any 2009 global Catalunya: 7,89% | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 2006 -2009 | L'any 2009 hi va haver canvis en els criteris d'inclusió dels codis diagnòstics dels problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatoria (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC). No obstant, es calcula l'evolució temporal per tot el quadrienni. | ✓ |

Dades validades disponibles: ✓

Codificació de colors: indicadors, estàndards o referències, observacions

(Continua - Taula 17. Resultat del procés de selecció dels indicadors associats als objectius de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària de Catalunya, quadrienni 2006 - 2009)

| ID objectiu | Objectiu AP | Indicador AP | Disponibilitat anys 2006 a 2009 | | | | Possibilitat càlcul variació temporal | | Possibilitat càlcul coeficient variació territorial 2009 o 2008 |
|-------------|--|--|---------------------------------|------|------|------|---------------------------------------|--|---|
| | | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Període | Observacions | |
| 19 | Assolir un determinat percentatge mínim de població de 15 anys o més assignada i atesa correctament vacunada contra el tètanus | Cobertura vacunal antitètica en la població adulta atesa (percentatge de persones) Estàndard 15 i més anys d'edat: 60% (>19 anys), 95% (14-16 anys) | ✓ | ✓ | ✓ | --- | 2006 -2008 | No es va incloure a l'avaluació de l'any 2009. Per tant, permet calcular la variació del període 2006-2008. | ✓ (2008) |
| 20 | Assolir un determinat percentatge mínim de població de 60 anys o més assignada correctament vacunada contra la grip | Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) Estàndard en població de risc: 85% | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 2006 -2009 | L'any 2009 es van incloure nous codis diagnòstics de problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatoria (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC). No obstant, es calcula l'evolució temporal per tot el quadrienni. | ✓ |
| 21 | Assolir un determinat percentatge mínim de població de 60 anys o més assignada i atesa correctament vacunada contra la malaltia pneumocòccica | Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) Referència any 2008 global Catalunya: 56% | ✓ | ✓ | ✓ | --- | 2006 -2008 | No es va incloure a l'avaluació de l'any 2009. Per tant, permet calcular la variació del període 2006-2008. | ✓ (2008) |
| 22 | Assolir un determinat percentatge mínim de pacients fumadors atesos que hagin adquirit la condició d'exfumadors al llarg de l'any | Pacients exfumadors de l'any (percentatge de persones) Estàndard: Pla de salut de Catalunya 2010: proporció d'abandonament de l'hàbit 35% - població fumadora de 15 anys o més) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | ✓ |
| 23 | Assolir un determinat percentatge mínim de lactants de 3 mesos amb alletament matern exclusiu | Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos (percentatge de persones) Referència: 60% als 3 mesos | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 2006 -2009 | L'any 2008 hi va haver un canvi de criteri. Per tant, permet calcular la variació del període 2007-2009. | ✓ |
| 24 | Realitzar la valoració integral bàsica / valoració geriàtrica en un determinat percentatge mínim de pacients > 74 anys atesos en el programa ATDOM | Població >74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració (percentatge de pacients) Referència any 2009 global Catalunya: 72% | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | ✓ |

Dades validades disponibles: ✓

Codificació de colors: indicadors, estàndards o referències, observacions

(Continua - Taula 17. Resultat del procés de selecció dels indicadors associats als objectius de la part variable de la compra de serveis de la línia d'atenció primària de Catalunya, quadrienni 2006 - 2009)

| ID objectiu | Objectiu AP | Indicador AP | Disponibilitat anys 2006 a 2009 | | | | Possibilitat càlcul variació temporal | | Possibilitat càlcul coeficient variació territorial 2009 o 2008 |
|-------------|--|---|---------------------------------|------|------|------|---------------------------------------|--|---|
| | | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Període | Observacions | |
| 25 | Realitzar la valoració dels riscos geriàtrics (caigudes, nafres per pressió, nutrició i síndrome confusional aguda) en un determinat percentatge mínim de població > 74 anys atesa i assignada | Població >74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics (percentatge de pacients) Referència any 2008 global Catalunya: 18,6% | --- | --- | √ | --- | --- | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2006, 2007 i 2009. Per tant, no permet calcular variació temporal. | √ (2008) |
| 26 | Aconseguir que el cost d'absorbents per a incontinència urinària per pacient incontinent se situï per sota d'un determinat valor | Cost d'absorbents en la població amb incontinència urinària (mitjana d'euros) Referència any 2009 global Catalunya: 434,58€ | √ | √ | √ | √ | 2006 -2009 | Sense comentaris. | √ |
| 27 | Oferir als usuaris la possibilitat de programació de visites a través d'internet | Programació de visites a través d'internet (percentatge d'EAP) Referència any 2007 global Catalunya: 92,2% | √ | √ | --- | --- | 2006 -2007 | No es va incloure a les avaluacions dels anys 2008 i 2009. Per tant, permet calcular la variació del període 2006-2007. | --- |

Dades validades disponibles: √

Codificació de colors: indicadors, estàndards o referències, observacions

Font: Elaboració pròpia.

2. Indicadors dels objectius seleccionats de la compra de serveis considerats mesures sensibles a la infermeria

Tretze dels vint-i-set objectius de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària 2006 – 2009, que compleixen els criteris de l'estudi, presenten indicadors que s'ajusten a la definició de mesura sensible a la infermeria i que s'han pogut creuar amb els conjunts d'indicadors identificats en les revisions, els estudis i els treballs sobre iniciatives i mesures sensibles a la infermeria (taula 18).

Els indicadors o mesures seleccionades es centren principalment en ítems específics associats a la infermeria com l'avaluació del risc, les intervencions per a la promoció de la salut, les activitats preventives i el control i seguiment dels factors de risc:

- Control òptim de la hipertensió arterial.
- Control acceptable de la diabetis.
- Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total superior a 200 mg/dl.
- Cribratge del consum d'alcohol en població adulta.
- Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys.
- Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa.
- Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa.
- Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada.
- Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada.
- Pacients exfumadors de l'any.
- Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos.
- Població major de 74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa d'atenció domiciliària amb valoració realitzada.
- Població major de 74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics

2.1. Control òptim de la hipertensió arterial, càlcul del risc cardiovascular i control acceptable de la diabetis

- Assolir un determinat percentatge mínim de pacients atesos amb hipertensió arterial amb control òptim de la pressió arterial:
 - Control òptim de la hipertensió arterial.
- Assolir un determinat percentatge mínim de pacients atesos de 35 a 74 anys i amb colesterolèmia total >200 mg/dl amb càlcul dels risc cardiovascular:
 - Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl.
- Assolir un determinat percentatge mínim de pacients atesos amb diabetis amb control acceptable:
 - Control acceptable de la diabetis.

Els indicadors associats a aquests objectius formen part del conjunt d'indicadors de la *National Quality Forum's Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care* que Swan, l'any 2008, va identificar com a sensibles a la infermeria (HTN-30: control de la hipertensió arterial; HDCAD-11: avaluació de símptomes i avaluació de l'activitat). El mateix autor també va identificar la presa, el cribratge i el control de la pressió arterial i la mesura dels lípids com a mesures sensibles a la infermeria a partir de la llista d'indicadors proposats per la *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Physician Quality Reporting Initiative* i la *CMS Physician Quality Reporting Initiative*, i la prevenció cardiovascular relacionada amb la disminució del risc, inclosa en la *Non-Acute Community-Based Quality Indicators* de l'*American Nurses Association*²⁴.

Adicionalment, en el conjunt d'indicadors del *Quality Outcomes Framework (QOF)* del *Department of Health* del National Health Service (NHS), que es basa en els estàndards fixats pel *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, Griffiths i cols.³ van identificar ítems específics associats a la infermeria, com per exemple l'avaluació del risc i les intervencions per la promoció de la salut. A més, les aportacions d'aquest grup d'investigadors, a banda de reforçar la idea que els indicadors de qualitat poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions pròpies dels professionals d'infermeria, també van concretar

com a possibles mesures els processos directament relacionats amb els resultats de salut en les persones, incloent l'avaluació de riscos.

Tanmateix, aquests tres indicadors es poden considerar indicadors de qualitat perquè són intervencions infermeres dirigides a la millora de resultats (millora i control de la hipertensió arterial i de la colesterolèmia, i control de la diabetis).

2.2. Vacunes i hàbits i estils de vida

S'han identificat indicadors sensibles a la infermeria associats a intervencions que inclouen aspectes concrets de l'atenció preventiva com per exemple les vacunes.

Les quatre mesures relacionades amb la cobertura vacunal de la població, incloses en l'avaluació de la part variable de la compra de serveis, s'han considerat sensibles a la infermeria:

- Assolir un determinat percentatge mínim de població de 0 a 14 anys assignada i atesa correctament vacunada:
 - Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa.
- Assolir un determinat percentatge mínim de població de 15 anys o més assignada i atesa correctament vacunada contra el tètanus:
 - Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa.
- Assolir un determinat percentatge mínim de població de 0 a 14 anys assignada i atesa correctament vacunada:
 - Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa.
- Assolir un determinat percentatge mínim de població de 60 anys o més assignada correctament vacunada contra la grip:
 - Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada.
- Assolir un determinat percentatge mínim de població de 60 anys o més assignada i atesa correctament vacunada contra la malaltia pneumocòccica:
 - Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada.

En relació a l'estudi sobre iniciatives i mesures sensibles a la infermeria, tots els indicadors que fan referència a la cobertura vacunal, exceptuant l'antitetànica, s'inclouen en el conjunt de mesures sensibles a la infermeria que Swan²⁴ va identificar a partir del *NQF's Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care* (PIS-39: Cobertura vacunal infantil; PIS-36: vacuna antigripal; PIS-37: vacunació antigripal; PIS-38: vacunació antipneumocòccica). A més, la vacunació antigripal i l'antipneumocòccica també s'han assenyalat com a mesures sensibles a la infermeria incloses en el conjunt d'indicadors de les iniciatives del CMS. Pel que fa a les recomanacions fetes per Griffiths i cols.³, basades en el QOF, aquestes reforcen la indicació que la taxa de vacunació és un ítem específic associat a la infermeria.

Tanmateix, s'han identificat indicadors sensibles a la infermeria associats a intervencions que inclouen aspectes concrets de l'atenció preventiva centrats en hàbits i estils de vida:

- Assolir un determinat percentatge mínim de població assignada i atesa major de 14 anys amb cribratge sobre el consum d'alcohol:
 - Cribratge del consum d'alcohol en població adults.
- Assolir un determinat percentatge mínim de pacients fumadors atesos que hagin adquirit la condició d'exfumadors al llarg de l'any:
 - Exfumadors de l'any.
- Assolir un determinat percentatge mínim de població assignada i atesa entre 6 i 14 anys amb avaluació del sobrepès i l'obesitat:
 - Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys.
- Assolir un determinat percentatge mínim de lactants de 3 mesos amb alletament matern exclusiu:
 - Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos.

Els indicadors associats als objectius centrats en la consecució d'un percentatge concret de pacients exfumadors i de l'avaluació del sobrepès i la obesitat s'han pogut creuar amb les mesures incloses en la *NQF's Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care* identificades com a sensibles a la infermeria (HD-21: deixar de fumar i intervenció per deixar de fumar; PIS-33: Consum de tabac i deixar de fumar; PIS-34: Consell als fumadors per deixar de fumar i aconsellar estratègies per deixar de fumar; HDCAD-11: avaluació de símptomes i avaluació de l'activitat).

A més, en el cas de les estratègies per deixar de fumar, Swan va assenyalar la mesura deixar de fumar (reducció del risc), de la *Non-Acute Community-Based Quality Indicators de la American Nurses Association*, i les mesures relatives a l'hàbit tabàquic, deixar de fumar, fer preguntes sobre tabaquisme, i el consell als fumadors per deixar de fumar, del conjunt d'indicadors de les iniciatives CMS, com a sensibles a la infermeria²⁴.

Tot i que els indicadors dels objectius referents al cribratge sobre el consum d'alcohol i a la cobertura de l'alletament matern exclusiu no formen part de la llista d'indicadors de la *NQF's Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care*, les reflexions de Griffiths i cols.³, tal com s'ha comentat anteriorment, indiquen que els indicadors de qualitat també poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions pròpies dels professionals d'infermeria. Així, tant l'aplicació de la valoració del risc mitjançant el cribratge del consum de l'alcohol, com la cobertura de l'alletament matern, les estratègies per deixar de fumar i el seguiment dels exfumadors, i l'avaluació del sobrepès i la obesitat en població infantil, es poden considerar indicadors de qualitat perquè deriven d'intervencions infermeres dirigides a la millora de resultats.

Adicionalment, entre els indicadors del QOF s'identifiquen ítems específics associats a la infermeria, entre ells, el consell per deixar de fumar, l'avaluació del risc i altres intervencions per la de promoció de la salut.

2.3. Valoració de la població major de 74 anys

Els dos darrers indicadors seleccionats, identificats com a sensibles a la infermeria identificats, centren el seu interès en la necessitat de realitzar valoracions oportunes a la població major de 74 anys:

- Realitzar la valoració integral bàsica / valoració geriàtrica en un determinat percentatge mínim de pacients > 74 anys atesos en el programa ATDOM:
 - Població major de 74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració.
- Realitzar la valoració dels riscos geriàtrics (caigudes, nafres per pressió, nutrició i síndrome confusional aguda) en un determinat percentatge mínim de població > 74 anys atesa i assignada

- Població major de 74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics

Els indicadors associats a aquests dos objectius s'han creuat amb la mesura HDCAD-11: avaluació de símptomes i avaluació de l'activitat la llista d'indicadors de la *NQF's Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care*²⁴, considerada com a sensible a la infermeria. A més, l'avaluació dels riscos s'ha identificat com a possible indicador de procés sensible a la infermeria³ i també s'inclou entre els indicadors del QOF identificats com a ítems específics associats a la infermeria, concretament: avaluació del risc i altres intervencions per la de promoció de la salut.

Cal destacar que entre les mesures de procés, malgrat s'hagin presentat per l'àmbit hospitalari, incloses per la *California Nursing Outcomes Coalition (CalNOC)*, Doran i cols.⁸¹ van identificar dos mesures, valoració del risc i temps des de la darrera valoració, especialment centrades en les caigudes i les úlceres per pressió. Tanmateix, la majoria d'experiències i iniciatives sobre mesures sensibles a la infermeria de l'àmbit de l'atenció amb internament fan referència particularment als aspectes relacionats amb la prevenció, la identificació, el tractament, el control i el seguiment tant de les úlceres per pressió com de les caigudes en tot tipus de punts d'atenció a les persones, i algunes inclouen els aspectes relacionats amb la valoració de l'estat funcional i nutricional de les persones. En són exemples els estàndards *NQF-15* i els indicadors de la *National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®)*, entre altres.

Taula 18: Selecció d'objectius de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària 2006 – 2009 amb indicadors associats considerats sensibles a la infermeria per aquest estudi

| Objectius de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis de Catalunya inclosos a la present investigació i les iniciatives i treballs d'identificació de mesures sensibles a la infermeria | | | | | | | |
|--|--|--|---|-------------|---|---|---|
| ID | Objectiu comú prioritzat | Indicador/s | Estàndard o referència part variable compra serveis | Seleccionat | NQF's Voluntary Standards for Ambulatory Care (Swan 2008) | Revisió Griffiths, et al. 2008 | Altres |
| 1 | Assolir un determinat percentatge mínim de pacients atesos amb hipertensió arterial amb control òptim de la pressió arterial. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Control òptim de la hipertensió arterial (% de persones). | Estàndard: Pla de salut de Catalunya 2010: al menys el 44,7 % l'any 2010 - proporció de persones hipertenses controlades a la població. | ✓ | Controlling high blood pressure (codi HTN-30) | Els indicadors de qualitat també poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions d'infermeria. Per exemple, la millora i control de la hipertensió arterial i l'aplicació de la valoració del risc cardiovascular. | Iniciatives CMS: Blood pressure measurement, Blood pressure screening, Blood pressure control (Swan 2008). QOF-UK: - Risk assessments / other health promotion. Swan 2006: millora d'indicadors fisiològics com la pressió arterial. |
| 2 | Assolir un determinat percentatge mínim de pacients atesos amb diabetis amb control acceptable. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Control acceptable de la diabetis (% de persones). | Estàndard: > 60%. | ✓ | Symptom and activity assessment (codi HDCAD-11) | Els indicadors de qualitat també poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions d'infermeria. Per exemple, l'aplicació de la valoració de la diabetis i el control glicèmic. | Iniciatives CMS: HbA1c management, HbA1c management, control (Swan 2008). QOF-UK: Risk assessments / other health promotion. |
| 3 | Assolir un determinat percentatge mínim de pacients atesos de 35 a 74 anys i amb colesterolèmia total >200 mg/dl amb càlcul dels risc cardiovascular. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl (% de persones). | Referència any 2009 global Catalunya: 58, 90%. | ✓ | Symptom and activity assessment (codi HDCAD-11) | Els indicadors de qualitat també poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions d'infermeria. Per exemple, la millora i control de la colesterolèmia i l'aplicació de la valoració del risc cardiovascular. També es van identificar com a possibles indicadors processos directament relacionats amb alguns resultats de salut de les persones (per exemple, l'avaluació del dolor, l'avaluació de riscos) o en relació amb els aspectes generals de qualitat, com ara la planificació i la coordinació de l'atenció. | Non-Acute Community-Based Quality Indicators (ANA): •Cardiovascular prevention (risk reduction). Iniciatives CMS: Lipid measurement. QOF-UK: - Risk assessments / other health promotion |
| 5 | Assolir un determinat percentatge mínim de població assignada i atesa major de 14 anys amb cribatge sobre el consum d'alcohol. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Cribatge del consum d'alcohol en població adulta (% de persones). | Estàndard: 70% Programa Beveu Menys. | ✓ | | Els indicadors de qualitat també poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions d'infermeria. Per exemple, l'aplicació de la valoració del risc en el consum d'alcohol. | QOF- UK: Risk assessments / other health promotion . |

ANA: American Nurses Association; Iniciatives CMS: CMS Physician Quality Reporting Initiative & CMS Physician Quality Reporting Initiative; QOF-UK: Quality Outcomes Framework;

NQF-15: indicadors sensibles a la infermeria nacionals consensuats aprovats pel National Quality Forum ; NDNQI: National Database of Nursing Quality Indicators®; CaNOC: California Nursing Outcomes

Coalition; VANOD: Veterans Affairs Nurse Outcomes Database; MIINOD: Military Nursing Outcomes Database.

HAPU: Hospital/Unit Acquired Pressure Ulcer Rates.

(Conitnua. Taula 18: Selecció d'objectius de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària 2006 – 2009 amb indicadors associats considerats sensibles a la infermeria per aquest estudi)

| Objectius de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis de Catalunya inclosos a la present investigació i les iniciatives i treballs d'identificació de mesures sensibles a la infermeria | | | | | | | |
|--|---|--|---|-------------|---|--|--|
| ID | Objectiu comú prioritzat | Indicador/s | Estàndard o referència part variable compra serveis | Seleccionat | NQF's Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care (Swan 2008) | Revisió Griffiths, et al. 2008 | Altres |
| 6 | Assolir un determinat percentatge mínim de població assignada i atesa d'entre 6 i 14 anys amb avaluació del sobrepès i obesitat. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys (% de persones) | Estàndard: $\geq 60\%$. | ✓ | Symptom and activity assessment (codi HDCAD-11) | Els indicadors de qualitat també poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions d'infermeria. Per exemple, l'aplicació de la valoració del risc nutricional pot ser identificat com un indicador de qualitat i és una intervenció d'infermera per a la millora de la nutrició. | Quality Outcomes Framework (QOF), UK; - Risk assessments / other health promotion |
| 8 | Assolir un determinat percentatge mínim de població de 0 a 14 anys assignada i atesa correctament vacunada. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa (p% de persones) | Estàndard: 95-98%. | ✓ | Childhood immunization status (codi: PIS-39) | | Quality Outcomes Framework (QOF), UK; -vaccination rate |
| 19 | Assolir un determinat percentatge mínim de població de 15 anys o més assignada i atesa correctament vacunada contra el tétanus (Formulació avaluació 2008). | Indicador: Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa (% de persones) | Estàndard 15 i més anys d'edat: 60% (>19 anys), 95% (14-16 anys). | ✓ | | | Quality Outcomes Framework (QOF), UK; -vaccination rate |
| 20 | Assolir un determinat percentatge mínim de població de 60 anys o més assignada correctament vacunada contra la grip. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada (% de persones) | Estàndard en població de risc: 85%. | ✓ | Flu shot (codi: PIS-36) Influenza vaccination (codi: PIS-37) | | Iniciatives CMS: Influenza vaccination. QOF-UK: -vaccination rate |
| 21 | Assolir un determinat percentatge mínim de població de 60 anys o més assignada i atesa correctament vacunada contra la malaltia pneumocòccica (Formulació avaluació 2008). | Indicador: Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada (% de persones) | Referència any 2008 global Catalunya: 56%. | ✓ | Pneumonia vaccination (codi: PIS-38) | | Iniciatives CMS: Pneumonia vaccination. Quality QOF-UK: -vaccination rate |

ANA: American Nurses Association; Iniciatives CMS: CMS Physician Quality Reporting Initiative & CMS Physician Quality Reporting Initiative; QOF-UK: Quality Outcomes Framework; NQF-15: indicadors sensibles a la infermeria nacionals consensuats aprovats pel National Quality Forum ; NDNQI: National Database of Nursing Quality Indicators®; CaINOC: California Nursing Outcomes Coalition; VANOD : Veterans Affairs Nurse Outcomes Database; MINOD: Military Nursing Outcomes Databa. HAPU: Hospital/Unit Acquired Pressure Ulcer Rates.

(Conitnua. Taula 18: Selecció d'objectius de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària 2006 – 2009 amb indicadors associats considerats sensibles a la infermeria per aquest estudi)

| Objectius de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis de Catalunya inclosos a la present investigació i les iniciatives i treballs d'identificació de mesures sensibles a la infermeria | | | | | | | |
|--|--|---|---|-------------|---|--|--|
| ID | Objectiu comú prioritzat | Indicador/s | Estàndard o referència part variable compra serveis | Seleccionat | NQF's Voluntary Consensus Standards for Ambulatory Care (Swan 2008) | Revisió Griffiths, et al. 2008 | Altres |
| 22 | Assolir un determinat percentatge mínim de pacients fumadors atesos que hagin adquirit la condició d'exfumadors al llarg de l'any. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Pacients exfumadors de l'any (% de persones). | Estàndard: Pla de salut de Catalunya 2010: proporcio d'abandonament de l'hàbit 35% - població fumadora de 15 anys o més). | ✓ | Smoking cessation and intervention (codi:HD-21) Tobacco use and cessation (codi PIS-33) Advising smokers to quit, discussing smoking cessation strategies (codi PIS-34) | | Non-Acute Community-Based Quality Indicators (ANA): Smoking cessation (risk reduction). Iniciatives CMS: Tobacco use, Tobacco cessation, Inquiry regarding tobacco use, advising smokers to quit. QOF- UK: Smoking advice |
| 23 | Assolir un determinat percentatge mínim de lactants de 3 mesos amb alletament matern exclusiu. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos (% de persones). | Referència: 60% als 3 mesos. | ✓ | | Els indicadors de qualitat també poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions d'infermeria. Per exemple: cobertura de l'alletament matern. | QOF- UK: Risk assessments / other health promotion. |
| 24 | Realitzar la valoració integral bàsica / valoració geriàtrica en un determinat percentatge mínim de pacients > 74 anys atesos en el programa ATDOM. (Formulació avaluació 2009). | Indicador: Població >74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració (% de pacients). | Referència any 2009 global Catalunya: 72%. | ✓ | Symptom and activity assessment (codi HDCAD-11) | Els indicadors de qualitat també poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions d'infermeria. Per exemple, l'aplicació de la valoració de l'estat funcional o del risc nutricional pot ser identificat com un indicador de qualitat. | QOF-UK: Risk assessments / other health promotion. NQF-15: Fall/Injury Fall Rates; HAPU NDNQI: Fall/Injury Fall Rates;HAPU CaINOC (Doran, 2011): Falls & HAPU, Risk assessment, Time since last risk assessment, Risk score (HAPU), Risk status (falls & HAPU), Prevention protocols (falls & HAPU) |
| 25 | Realitzar la valoració dels riscos geriàtrics (caigudes, nafres per pressió, nutrició i síndrome confusional aguda) en un determinat percentatge mínim de població > 74 anys atesa i assignada. (Formulació avaluació 2008). | Indicador: Població >74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics (% de pacients). | Referència any 2008 global Catalunya: 18,6%. | ✓ | Symptom and activity assessment (codi HDCAD-11) | Els indicadors de qualitat també poden derivar de conegudes o àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions d'infermeria. Per exemple, l'aplicació de la valoració de l'estat funcional o del risc nutricional pot ser identificat com un indicador de qualitat. | VANOD, MIINOD (Doran, 2011):: Pressure ulcer data; Patient falls. |

ANA: American Nurses Association; Inicatives CMS: CMS Physician Quality Reporting Initiative & CMS Physician Quality Reporting Initiative; QOF-UK: Quality Outcomes Framework;

NQF-15: indicadors sensibles a la infermeria nacionals consensuats aprovats pel National Quality Forum ; NDNQI:National Database of Nursing Quality Indicators®; CaINOC: California Nursing Outcomes

Coalition; VANOD: Veterans Affairs Nurse Outcomes Database; MIINOD: Military Nursing Outcomes Databa.

HAPU: Hospital/Unit Acquired Pressure Ulcer Rates.

Font: Elaboració pròpia.

3. Anàlisi temporal i territorial dels resultats declarats per les unitats proveïdores en l'avaluació de la part variable de la compra de serveis sanitaris d'atenció primària de salut de Catalunya en el quadrienni 2006-2009.

S'han identificat 33 indicadors associats als 27 objectius de la part variable de la compra de serveis d'utilització pública que compleixen els criteris de l'estudi.

Els resultats es presenten pel global de Catalunya i per territoris de gestió (regions sanitàries i governs territorials salut) en funció de la divisió territorial vigent durant el quadrienni 2006 – 2009 (Annex 6. Comparació dels resultats dels indicadors d'avaluació de la compra de serveis d'atenció primària del període 2006 - 2009 a Catalunya).

En relació a la possibilitat d'anàlisi de l'evolució temporal, d'aquests 33 indicadors 16 disposen de dades pels quatre anys en estudi i, dels restants, dos disposen de dades pel càlcul de l'evolució temporal 2007 – 2009, tres pel 2006 – 2008, quatre pel 2008 – 2009, dos pel 2007 – 2008, dos pel 2006 – 2007 i quatre disposen dels resultats d'un any. (taula 19). Per tant, l'any de referència pel càlcul de l'evolució temporal pot ser l'any 2006, l'any 2007 o l'any 2008.

En relació a la possibilitat d'anàlisi de la variabilitat territorial, dels 33 indicadors 23 disposen de dades corresponents a l'any 2009, malgrat hi ha dos indicadors amb resposta dicotòmica sí/no en la que totes les unitats proveïdores declarants van respondre sí i, per tant no presenten variabilitat territorial (taula 19).

Taula 19: Comparació dels resultats dels indicadors de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis sanitaris dels anys 2006, 2007, 2008 i 2009. Línia d'atenció primària, Catalunya

| Indicador AP | CODI 2006 | CODI 2007 | CODI 2008 | CODI 2009 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Temporal 2006 - 2009 | | Territorial (GTS) | | Coeficient Variació |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|--------|--------|--------|----------------------|-----------|-------------------|--------|---------------------|
| | | | | | | | | | Variació | Tendència | min | max | |
| Control òptim de la hipertensió arterial (percentatge de persones) (1) 2007: control acceptable de la hipertensió arterial; resta d'anys control òptim Estàndard: Pla de salut de Catalunya 2010: al menys el 44,7 % l'any 2010 - proporció de persones hipertenses controlades a la població | AP01 | AP01 | AP01 | AP01 | 39,40% | 60,40% | 48,60% | 47,90% | 21,57% | + | 24,80% | 59,10% | 12,27% |
| Control acceptable de la diabetis (percentatge de persones) (2) Estàndard: > 60% | AP02 | AP02 | AP02 | AP02 | 58,30% | 61,50% | 61,70% | 64,80% | 11,15% | + | 11,80% | 74,30% | 14,98% |
| Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl (percentatge de persones) Sense referència | AP03 | AP03 | AP03 | AP03 | 45,20% | 56,00% | 58,90% | 63,70% | 40,93% | + | 44,80% | 78,20% | 14,59% |
| Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat (percentatge de persones) Sense referència | ---- | ---- | ---- | AP04 | N/A | N/A | N/A | 91,10% | ----- | N/A | 63,90% | 97,30% | 5,91% |
| Cribatge del consum d'alcohol en població adulta (percentatge de persones) Estàndard: 70% Programa Beveu Menys | AP05 | AP05 | AP05 | AP05 | 43,00% | 52,60% | 51,80% | 52,40% | 21,86% | + | 41,20% | 73,20% | 12,58% |
| Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys (percentatge de persones) Estàndard: ≥ 60% | AP04 | AP04 | AP04 | AP06 | 47,80% | 73,00% | 67,90% | 75,40% | 57,74% | + | 17,00% | 93,00% | 16,28% |
| Aplicació de fluor tòpic en la població de 7 anys amb risc alt de càries (percentatge de persones) Sense referència | AP06 | AP06 | AP06 | ---- | 54,80% | 69,00% | 78,30% | N/A | 42,88% | + | 0,00% | 96,34% | 35,50% |
| Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa (percentatge de persones) Estàndard: 95-98% | AP17 | AP16 | AP07 | AP08 | 81,50% | 85,10% | 87,30% | 87,80% | 7,73% | + | 49,70% | 95,80% | 8,35% |

(1) Al 2007 es va variar la formulació de l'indicador de control de la hipertensió arterial (acceptable en comptes d'òptim). La darrera determinació de PA era vàlida quan s'hagués pres durant l'any avaluat.

(2) L'any 2008 es va modificar el títol de l'indicador de control acceptable de la diabetis (abans control metabòlic de la diabetis) però mantenint els criteris. La darrera determinació d'hemoglobina glicosilada o de glucèmia era vàlida quan s'havia realitzat durant el segon semestre de l'any avaluat.

GTS: Govern territorial de salut; min: mínim; max: màxim. N/A: No aplica.

(Continua - Taula 19. Comparació dels resultats dels indicadors de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis sanitaris dels anys 2006, 2007, 2008 i 2009. Línia d'atenció primària, Catalunya)

| Indicador AP | CODI 2006 | CODI 2007 | CODI 2008 | CODI 2009 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Temporal 2006 - 2009 | | Territorial (GTS) | | Coeficient Variació | |
|---|----------------|-----------|-----------|-----------|----------------|---------|---------|--------|----------------------|-----------|-------------------|---------|---------------------|--------|
| | | | | | | | | | Variació | Tendència | min | max | | |
| Implantació del protocol PREALT (AE i SS) (percentatge d'EAP) <i>Sense referència</i> | AP09a | AP08a | ----- | ---- | 99,10% | 100,00% | N/A | N/A | 0,91% | + | (2006-2007) | N/A | N/A | N/A |
| Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció socio sanitària d'internament amb un contacte amb l'EAP <48h (percentatge de persones) (3) <i>Sense referència</i> | AP09b AP09c | AP08b | AP08 | AP09 | 70,8% 78,0% | 73,20% | 82,40% | 78,80% | 7,65% | + | (2007-2009) | 52,20% | 100,00% | 17,44% |
| Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques (percentatge d'envasos) <i>Sense referència</i> | AP10 | AP09 | AP09 | AP10 | 21,10% | 24,80% | 26,90% | 29,50% | 39,81% | + | | 21,80% | 33,50% | 8,16% |
| Utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit (percentatge d'envasos) <i>Sense referència</i> | AP11 | AP10 | AP10 | AP11 | 2,57% | 3,05% | 3,50% | 2,81% | 9,34% | + | | 2,27% | 3,66% | 11,91% |
| Cost mitjà per DDD d'IBP (mitjana d'euros) <i>Sense referència</i> | ---- | ----- | AP11a | AP12a | N/A | N/A | 0,32 | 0,28 | -12,50% | - | (2008-2009) | 0,24 | 0,31 | 7,45% |
| Cost mitjà per DDD d'estatines (mitjana d'euros) (4) <i>Sense referència</i> | ---- | ----- | AP11b | AP12b | N/A | N/A | 0,41 | N/A | ----- | N/A | | 0,35 | 0,48 | 7,47% |
| Cost mitjà per DDD d'IECA + ARA II (mitjana d'euros) <i>Sense referència</i> | ---- | ----- | AP11c | AP12c | N/A | N/A | 0,32 | 0,31 | -3,13% | - | (2008-2009) | 0,26 | 0,41 | 8,44% |
| Cost mitjà per DDD d'ISRS + AD de nova generació (mitjana d'euros) <i>Sense referència</i> | ---- | ----- | AP11d | AP12d | N/A | N/A | 0,69 | 0,66 | -4,35% | - | (2008-2009) | 0,61 | 0,74 | 2,80% |
| Cost mitjà per DDD de bifosfonats (mitjana d'euros) <i>Sense referència</i> | ---- | ----- | AP11e | AP12e | N/A | N/A | 1,09 | 0,98 | -10,09% | - | (2008-2009) | 0,92 | 1,19 | 6,17% |
| Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora (percentatge d'EAP) <i>Sense referència</i> | AP12 | ----- | AP12 | ---- | 56,70% | N/A | 100,00% | N/A | 76,37% | + | (2006-2008) | 100,00% | 100,00% | 0,00% |

(3) L'any 2006, es demanaven per separat les altes dels hospitals i les altes socio sanitàries. L'any 2007, l'indicador ja no es desagrega.

(4) Mancances de dades vàlides per a calcular l'indicador AP12b de l'avaluació del 2009.

GTS: Govern territorial de salut; min: mínim; max: màxim. N/A: No aplica. EAP: Equips d'atenció primària; AE: Atenció especialitzada; SS: Socio sanitària; DDD: dosi diària definida; IBP: inhibidors de la bomba de protons; IECA+ARA II: inhibidors de l'enzim convertidor d'angiotensina i antagonistes dels receptors d'angiotensina II; ISRS+AD: antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina i antidepressius.

(Continua - Taula 19. Comparació dels resultats dels indicadors de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis sanitaris dels anys 2006, 2007, 2008 i 2009. Línia d'atenció primària, Catalunya)

| Indicador AP | CODI 2006 | CODI 2007 | CODI 2008 | CODI 2009 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Temporal 2006 - 2009 | | Territorial (GTS) | | Coeficient Variació |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|---------|--------|---------|----------------------|----------------------|-------------------|---------|---------------------|
| | | | | | | | | | Variació | Tendència | min | max | |
| Implantació d'actuacions de millora sobre l'adequació de la informació (percentatge d'EAP) <i>Sense referència</i> | ---- | AP11 | ---- | AP13 | N/A | 100,00% | N/A | 100,00% | 0,00% | ----- (2007-2009) | 100,00% | 100,00% | 0,00% |
| Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades (percentatge d'EAP) <i>Sense referència</i> | ---- | ---- | ---- | AP14 | N/A | N/A | N/A | 100,00% | ----- | N/A | 100,00% | 100,00% | 0,00% |
| Subministrament de dades al CatSalut (percentatge de dades) <i>Estàndard: mínim 90%</i> | AP14a | AP13a | AP14a | AP15a | 72,00% | 91,20% | 96,80% | 95,90% | 33,19% | + | 82,30% | 99,30% | 3,11% |
| Procés de transmissió de dades al CatSalut completat a la data establerta (percentatge d'EAP) <i>Data límit: abans de l'1 de març</i> | AP14b | AP13b | AP14b | AP15b | 96,30% | 73,90% | 50,90% | 89,30% | -7,27% | - | 0,00% | 100,00% | 45,36% |
| Participació en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i de bufeta urinària (sí/no) <i>Sense referència</i> | ---- | AP15 | AP15 | ---- | N/A | 77,00% | 84,00% | N/A | 9,09% | + (2007-2008) | 0,00% | 100,00% | 66,58% |
| Taxa d'hospitalitzacions evitables per ACSC (percentatge d'altres) (5) <i>Sense referència</i> | AP07 | AP07 | AP16 | AP16 | 6,82% | 6,94% | 6,79% | 7,89% | 15,69% | + | 5,79% | 10,38% | 14,43% |
| Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa (percentatge de persones) <i>Estàndard: 60% (>19 anys), 95% (14-16 anys)</i> | AP18 | AP17 | AP17 | ---- | 42,40% | 48,50% | 48,50% | N/A | 14,39% | + (2006-2008) | 7,56% | 68,97% | 23,36% |
| Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) <i>Estàndard: 85% (població de risc)</i> | AP19 | AP18 | AP18 | AP17 | 57,40% | 56,60% | 57,50% | 57,80% | 0,70% | + | 39,00% | 75,40% | 10,87% |
| Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) <i>Sense referència</i> | AP20 | AP19 | AP19 | ---- | 46,70% | 52,80% | 56,00% | N/A | 19,91% | + (2007-2008) | 33,47% | 73,89% | 15,22% |

(5) L'any 2009 hi va haver canvis en els criteris d'inclusió dels codis diagnòstics dels Problemes de Salut Sensibles a l'Atenció Ambulatoria (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC); s'hi van afegir tots els casos amb diagnòstic de cardiopatia isquèmica i determinats diagnòstics secundaris com la hipertensió arterial.

GTS: Govern territorial de salut; min: mínim; max: màxim. N/A: No aplica; EAP: Equips d'atenció primària.

(Continua - Taula 19. Comparació dels resultats dels indicadors de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis sanitaris dels anys 2006, 2007, 2008 i 2009. Línia d'atenció primària, Catalunya)

| Indicador AP | CODI 2006 | CODI 2007 | CODI 2008 | CODI 2009 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Temporal 2006 - 2009 | | Territorial (GTS) | | Coeficient Variació |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|--------|--------|--------|----------------------|--------------|-------------------|---------|---------------------|
| | | | | | | | | | Variació | Tendència | min | max | |
| Pacients exfumadors de l'any (percentatge de persones) <i>Estàndard: 35%</i> | AP21 | AP20 | AP20 | AP18 | 32,60% | 28,40% | 49,70% | 31,60% | -3,07% | - | 4,60% | 77,60% | 74,74% |
| Cobertura de l'al·lactament matern exclusiu als tres mesos (percentatge de persones) <i>2008 era al·lactament als quatre mesos (Canvi de criteri)</i> <i>Estàndard: 60% (nadons de 3 mesos)</i> | AP23 | AP21 | AP21 | AP19 | 45,10% | 49,40% | 84,50% | 82,90% | 83,81% | + | 62,40% | 93,70% | 8,98% |
| Poplació >74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració (percentatge de pacients) <i>Sense referència</i> | AP25 | AP23 | AP22 | AP20 | 51,10% | 80,60% | 70,90% | 72,00% | 40,90% | + | 39,60% | 100,00% | 16,42% |
| Poplació >74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics (percentatge de pacients) <i>Sense referència</i> | ----- | ----- | AP23 | ----- | N/A | N/A | 18,60% | N/A | ----- | N/A | 2,03% | 84,52% | 102,78% |
| Cost d'absorbents en la població amb incontinència urinària (mitjana d'euros) <i>Sense referència</i> | AP27 | AP24 | AP24 | AP21 | 404,98 | 403,95 | 421,23 | 434,58 | 7,31% | + | 330,48 | 533,59 | 10,99% |
| Programació de visites a través d'internet (percentatge d'EAP) <i>Sense referència</i> | AP14 | AP14 | ----- | ----- | 77,30% | 92,20% | N/A | N/A | 19,28% | +(2006-2007) | N/A | N/A | N/A |

GTS: Govern territorial de salut; min: mínim; max: màxim. N/A: No aplica. ATDOM: Atenció domiciliària; EAP: Equips d'atenció primària.

Font: Elaboració pròpia.

3.1. Control òptim de la hipertensió arterial (percentatge de persones)

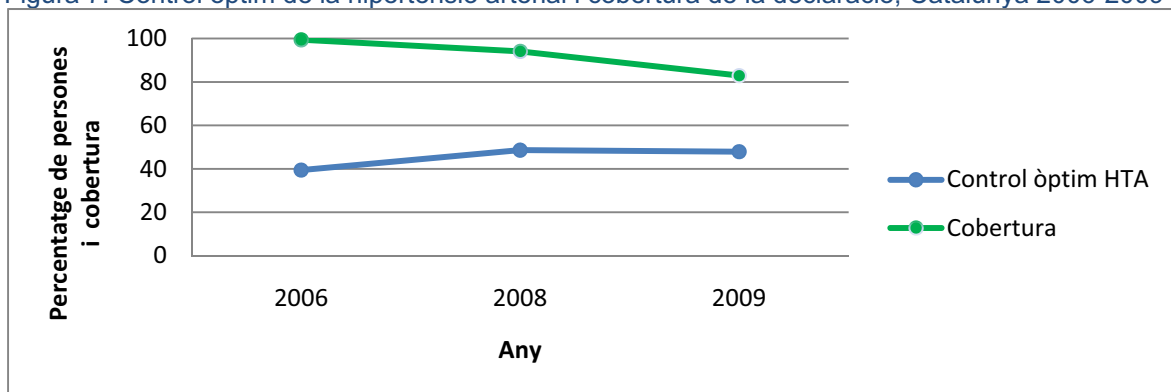
Indicador 1A

Estàndard considerat: Pla de salut de Catalunya 2010, al menys el 44,7 % de persones hipertenses controlades a la població l'any 2010

Els resultats globals dels anys 2008 i 2009 superen el valor referència ($\geq 44,7\%$), però l'any 2008 el resultat és major que el de l'any 2009. Durant els anys 2006, 2008 i 2009 es manté el criteri emprat de control òptim. Quan s'examina a nivell de governs territorials de salut (GTS), s'observa que el 73,5% dels territoris amb resultats vàlids superen el valor de referència predeterminat.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2009. Variació amb tendència positiva. Els resultats mostren un creixement inicial que després disminueix molt lleugerament (figura 7). Malgrat això, la tendència global de l'evolució temporal en el quadrienni és positiva (21, 57%). L'any 2007 es va variar la formulació de l'indicador de control òptim de la hipertensió arterial a control acceptable. Probablement aquesta modificació de criteri fa que el resultat de l'any 2007 sigui molt superior a la resta d'anys, no obstant, el fet d'aplicar el mateix criteri per la mesura de l'indicador tant l'any 2006 com l'any 2009, ha permès calcular l'evolució temporal.

Figura 7: Control òptim de la hipertensió arterial i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009

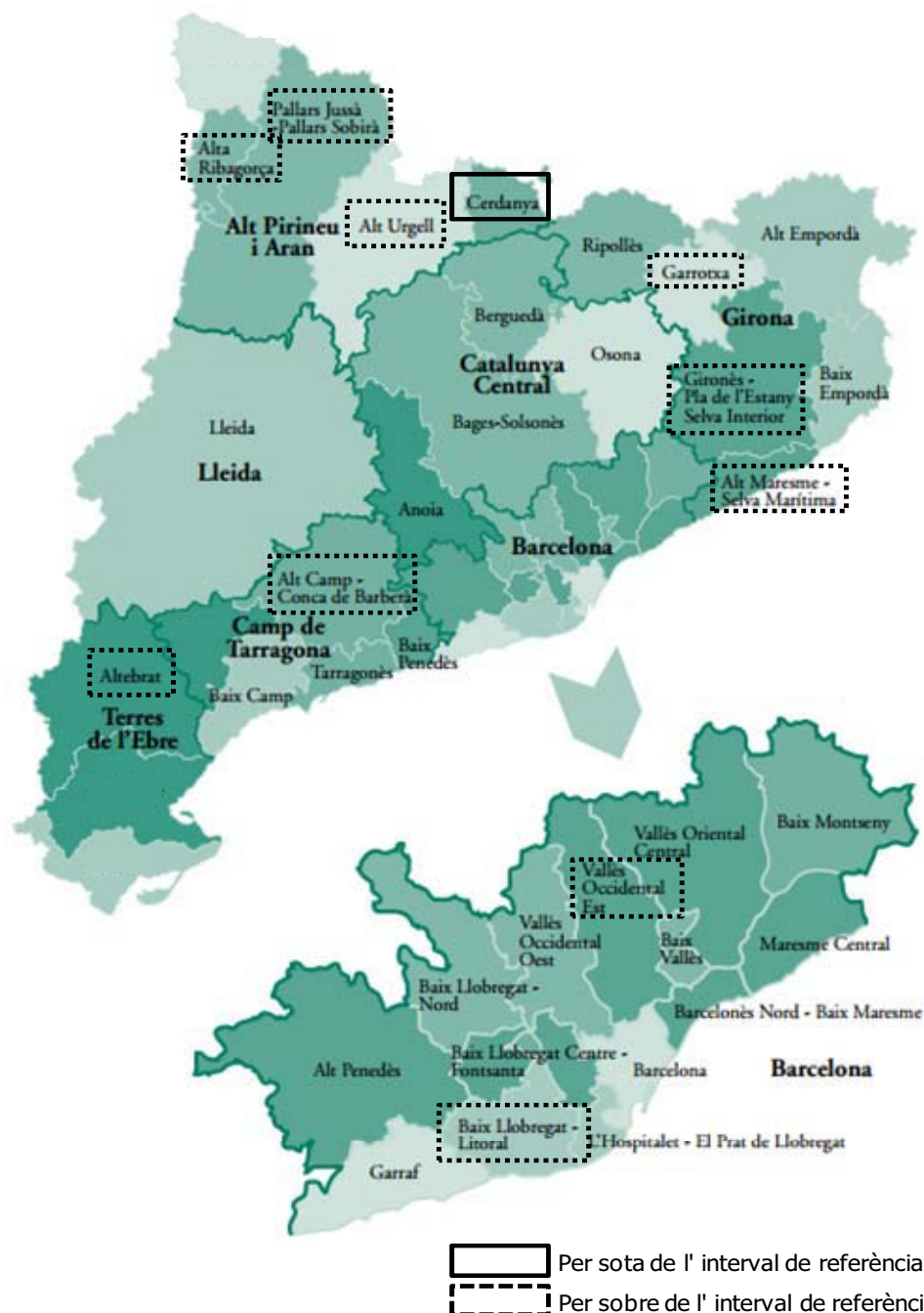


Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 12,27% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 24,80% i 59,10%, amb 34 territoris (GTS) amb dades vàlides, 26 dels quals han obtingut un resultat major o igual a l'estàndard (44,7 %). A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra menys variabilitat amb un coeficient de variació de 5,03%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre l'estàndard s'observa que 23 GTS mostren valors similars a

l'estàndard. Dels territoris restants, 10 GTS destaquen per sobre de l'estàndard (Alt Urgell, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, l'Alt Camp i Conca de Barberà, Albebrat, Alt Maresme-Selva Marítima, Garrotxa, Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior, Baix Llobregat Litoral, Vallès Occidental Oest i Alta Ribagorça), mentre només un es troba per sota (Cerdanya) (figura 8).

Figura 8: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Control òptim de la hipertensió arterial, Catalunya 2009



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

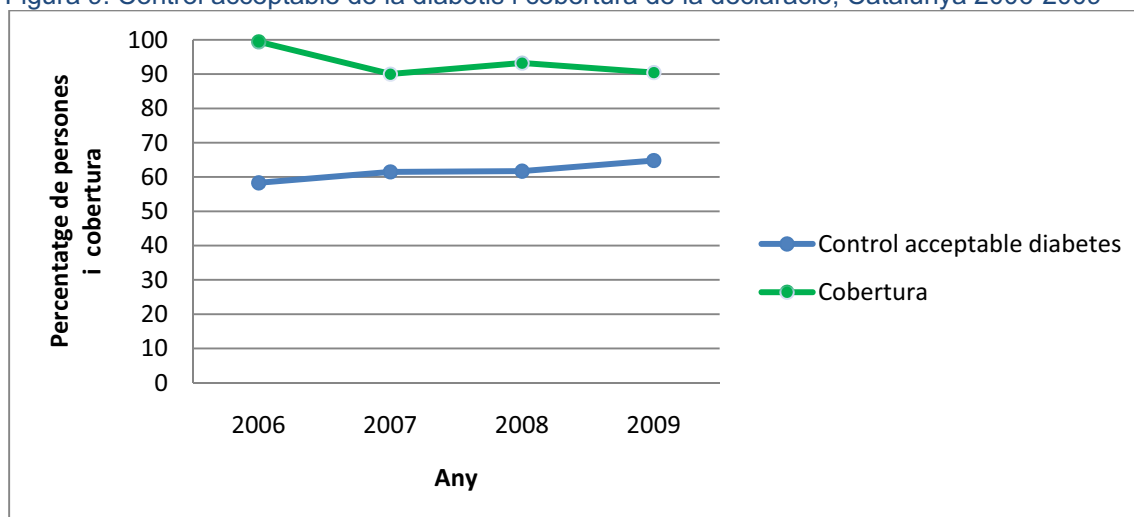
3.2. Control acceptable de la diabetis (percentatge de persones)

Indicador 2A
Estàndard considerat: > 60%

Els resultats globals dels anys 2007, 2008 i 2009 superen el valor referència (>60%) i l'any 2006 està per sota (58,3%). Malgrat l'any 2008 es va modificar el títol de l'indicador, es van mantenir els mateixos criteris per a la seva avaluació. Quan s'examina a nivell de GTS, s'observa que el 86,1% dels territoris, amb dades vàlides, presenten resultats que superen el valor de referència predeterminat.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2009. Variació amb tendència positiva. Els resultats mostren un creixement, fent que la tendència global de l'evolució temporal en el quadrienni sigui positiva amb un 11,15% de variació (figura 9).

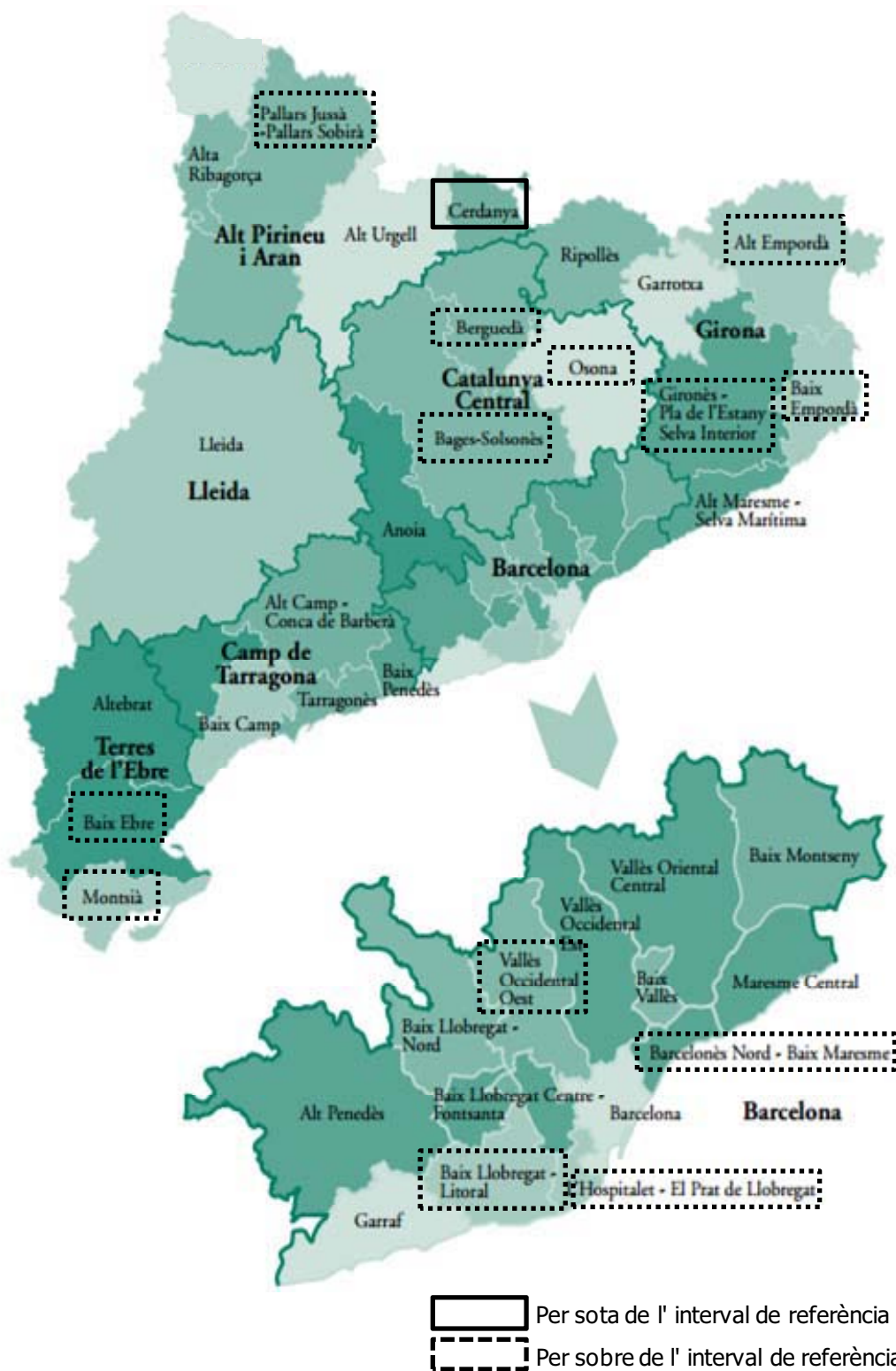
Figura 9: Control acceptable de la diabetis i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 14,98% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 11,80% i 74,30%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 31 dels quals han obtingut un resultat >60%. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra menys variabilitat amb un coeficient de variació de 6,43%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre l'estàndard, observem que 22 GTS mostren valors similars i 13 GTS destaquen per sobre (Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Baix Ebre, Montsià, Baix Empordà, Alt Empordà, Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior, Bages-Solsonès, Berguedà, Osona, Baix Llobregat l'Hospitalet-El Prat, Baix Llobregat Litoral, Barcelonès Nord-Baix Maresme i Vallès Occidental), mentre només un es troba per sota (Cerdanya).

Figura 10: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Control acceptable de la diabetis, Catalunya 2009



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

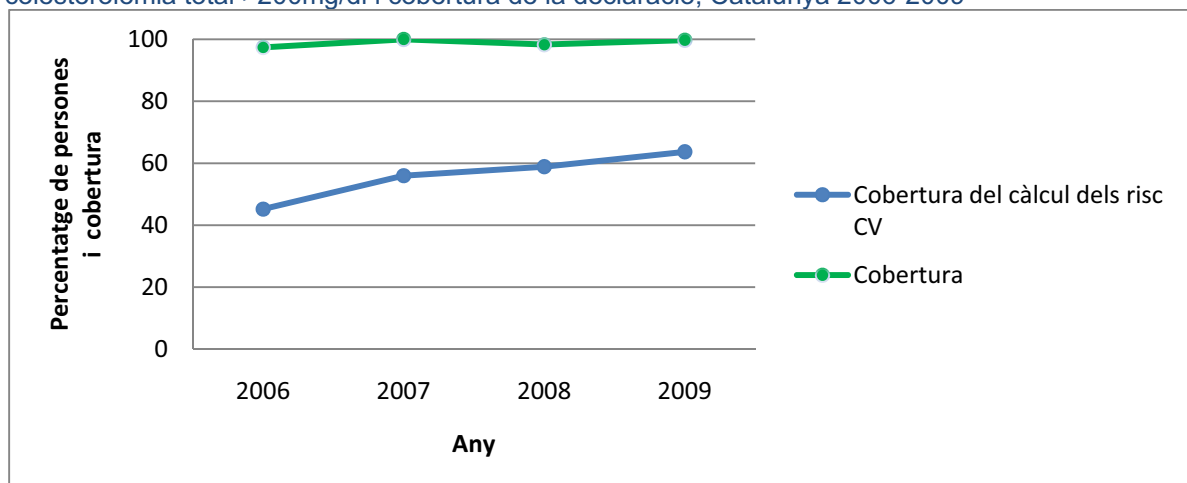
3.3. Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl (percentatge de persones)

Indicador 3A
No es disposa d'estàndard

Els resultats globals del quadrienni mostren una tendència positiva mantinguda al llarg del temps.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2009. Variació amb tendència positiva. Els resultats mostren un creixement fet que la tendència global de l'evolució temporal en el quadrienni sigui positiva amb un 40,93% de variació (figura 11).

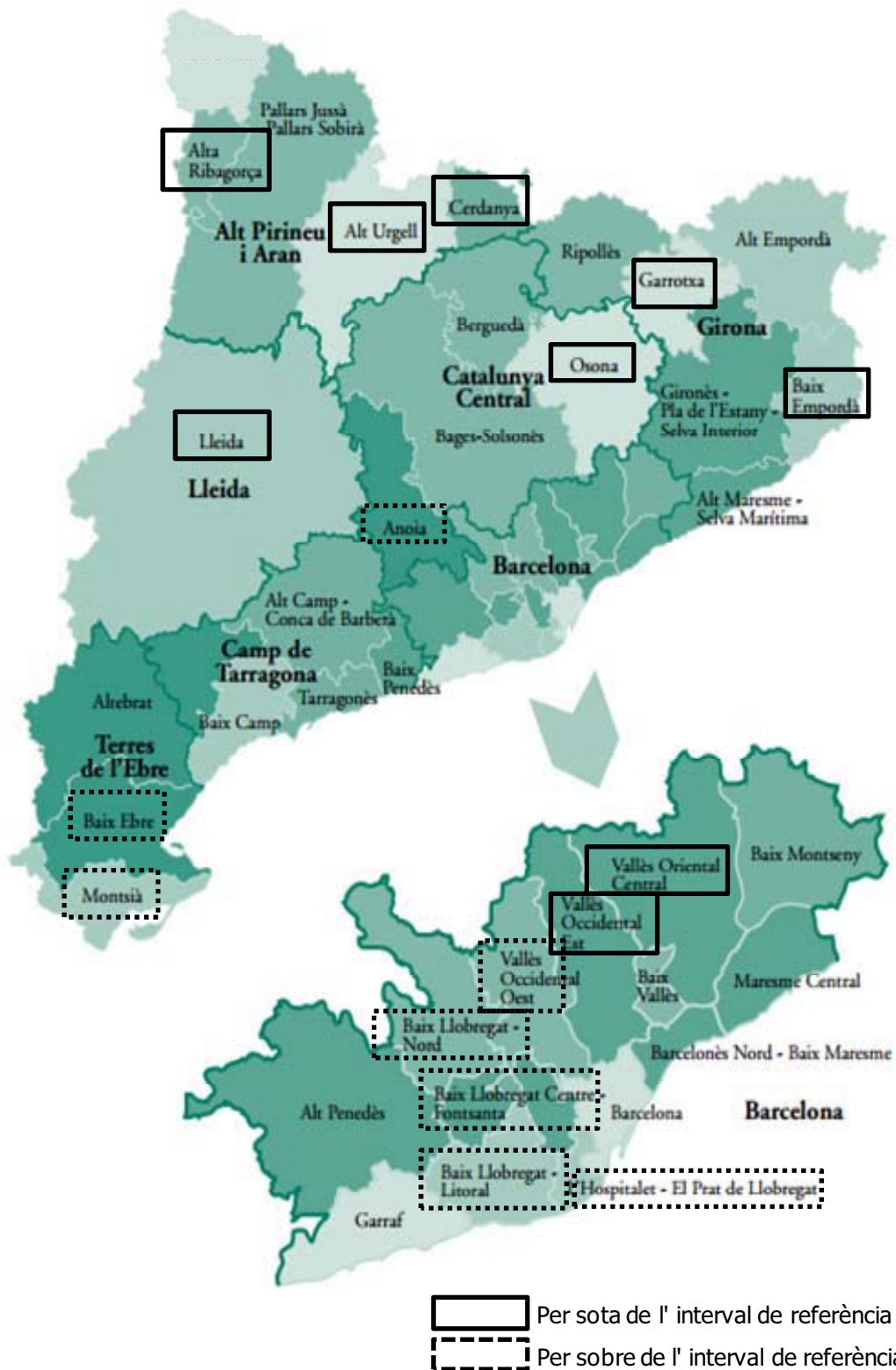
Figura 11: Cobertura del càlcul de risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200mg/dl i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 14,59% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 44,80% i 78,20%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 20 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya (63,70%). A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat un punt per sota amb un coeficient de variació de 13,31%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya observem que 19 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, 8 GTS destaquen per sobre (Baix Ebre, Montsià, Anoia, Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Baix Llobregat l'Hopitalet-El Prat, Baix Llobregat Litoral, Baix Llobregat Nord i Vallès Occidental Oest) i 9 es troben per sota (Alt Urgell, Cerdanya, Lleida, Baix Empordà, Garrotxa, Osona, Vallès Oriental Central, Vallès Occidental Est i Alta Ribagorça) (figura 12).

Figura 12: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura del càlcul de risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200mg/dl, Catalunya 2009



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

3.4. Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat (percentatge de persones)

*Indicador 4A
No es disposa d'estàndard*

Per aquest indicador només es disposa de la dada del 2009, per tant no és possible determinar l'evolució temporal.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 5,91% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 63,90% i 97,30%, amb 35 territoris (GTS) amb dades vàlides, 24 dels quals han obtingut un resultat major o igual a 91,10%. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 2,30%. Si es considera un interval de $\pm 5\%$ sobre la mitjana de Catalunya, s'observa que 31 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, mentre un GTS destaca per sobre (Vallès Occidental Oest) i 3 es troben per sota (Baix Penedès, Baix Empordà i Gironès-Pla de l'Estany-Selva Marítima).

3.5. Cribratge del consum d'alcohol en població adulta (percentatge de persones)

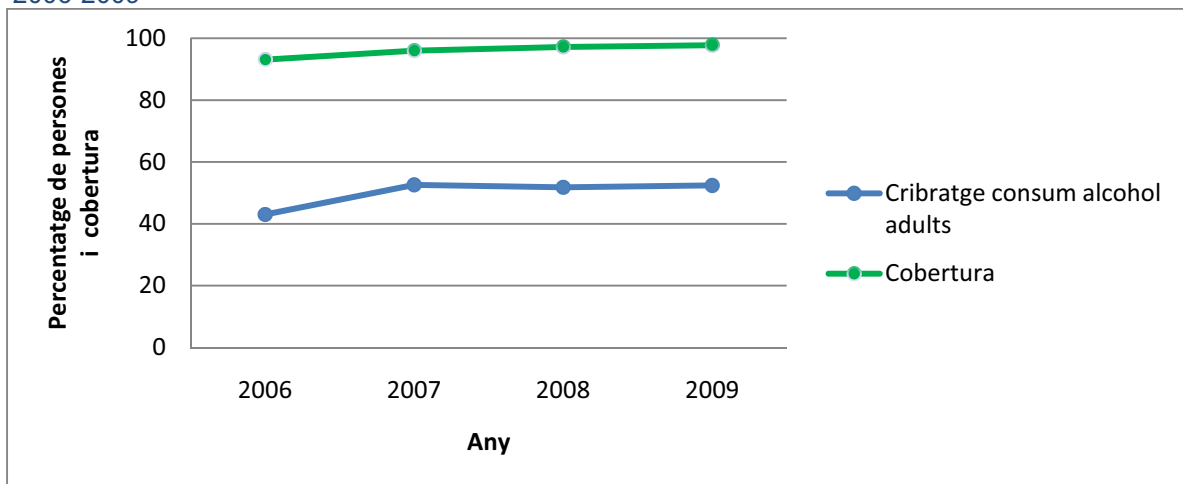
Indicador 5A

Estàndard considerat: Programa Beveu Menys amb un 70% de població adulta amb cribratge del consum d'alcohol realitzat

Els resultats globals del quadrienni mostren una tendència positiva mantinguda al llarg del temps. Malgrat això, en termes generals i amb una mitjana de Catalunya del 52,4% de població adulta amb cribratge del consum d'alcohol realitzat, en cap cas s'arriba al 70% que marca l'estàndard. Quan s'examina a nivell de GTS, només un dels territoris amb resultats vàlids supera el valor de referència predeterminat (Alt Urgell).

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2009. Variació amb tendència positiva. Els resultats mostren un creixement que fa que la tendència global de l'evolució temporal en el quadrienni sigui positiva amb un 21,86% de variació.

Figura 13: Cribratge del consum d'alcohol en població adulta i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 12,58% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 41,20% i 73,20%, amb 35 territoris (GTS) amb dades vàlides, 34 dels quals no aconsegueixen l'estàndard. A nivell dels resultats per RS es mostra una variabilitat un punt per sota amb un coeficient de variació de 11,45%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre l'estàndard s'observa que tres GTS mostren valors similars a l'estàndard i 32 GTS es troben per sota (els corresponents la totalitat de la RS de Girona, de Barcelona, de Lleida, de la Catalunya Central i de les Terres de l'Ebre, tots els GTS del Camp de Tarragona excepte el Baix Penedès, i el Pallars Jussà-Pallars Sobirà). Cal tenir en compte que

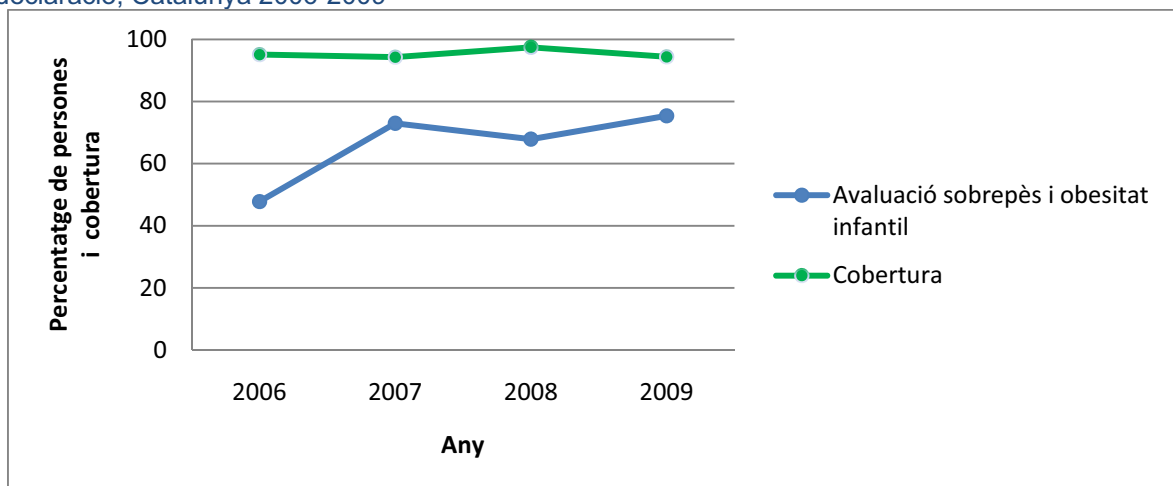
3.6. Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys (percentatge de persones)

Indicador 6A
Estàndard considerat $\geq 60\%$

Els resultats globals dels anys 2007, 2008 i 2009 superen el valor de referència ($\geq 60\%$) però l'any 2008 disminueix per tornar a incrementar el 2009. Quan s'examina a nivell de GTS s'observa que només un GTS presenta resultats per sota del 60%.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2007 – 2009. Variació amb tendència positiva. Els resultats mostren un creixement inicial que després disminueix, malgrat això, la tendència global de l'evolució temporal en el quadrienni és positiva (figura 15).

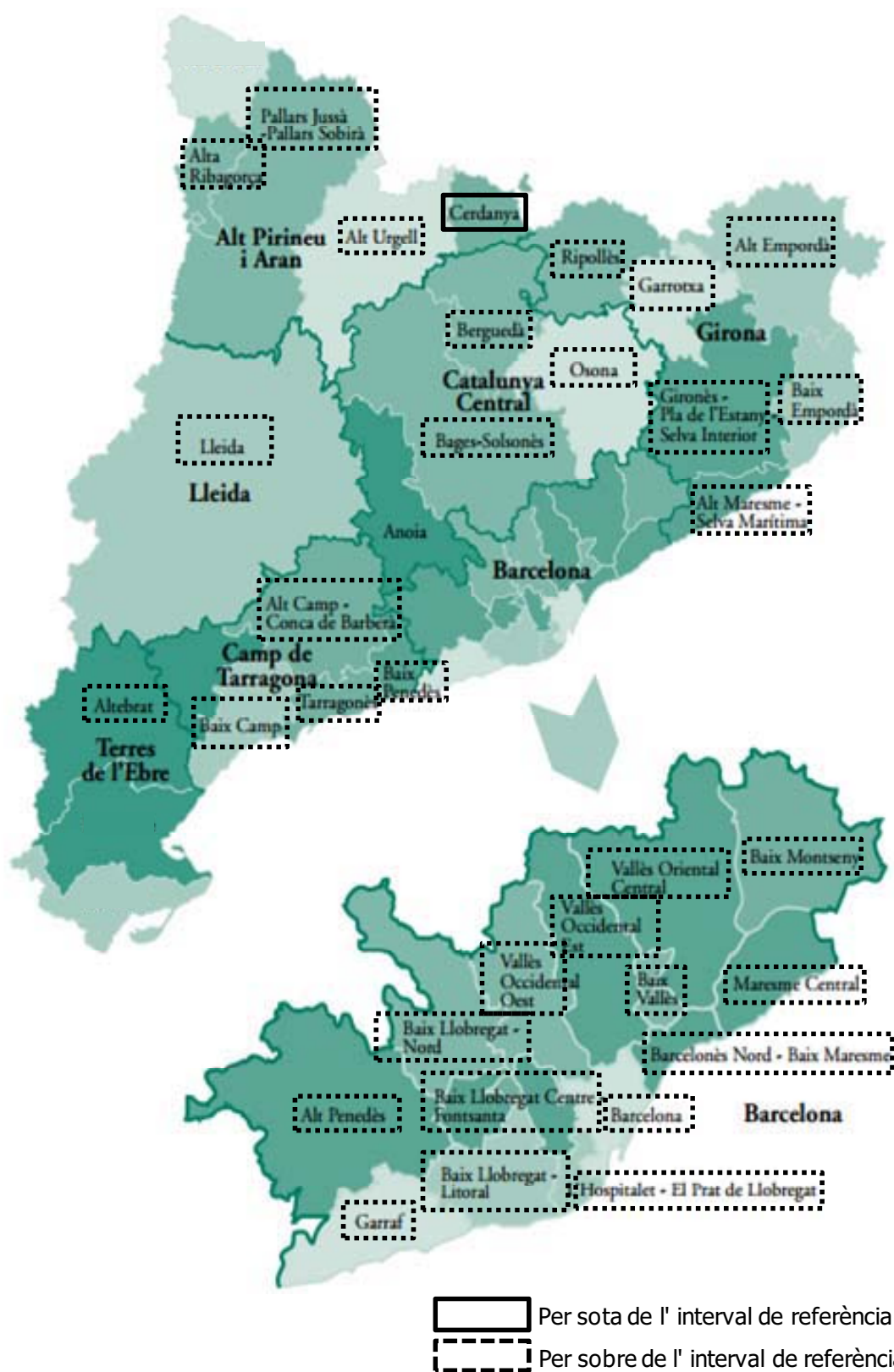
Figura 15: Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 16,28% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 17,00% i 93,00%, amb 34 territoris (GTS) amb dades vàlides, 33 dels quals han obtingut un resultat major o igual a 60%. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 8,45%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre l'estàndard observem que un GTS mostra valors similars a l'estàndard, 32 GTS destaquen per sobre (els corresponents la totalitat de la RS de Girona, de Barcelona, de Lleida i del Camp de Tarragona, i els GTS de l'Atebrat, l'Alt Urgell, el Pallars Jussà-Pallars Sobirà i l'Alta Ribagorça) i un GTS es troba per sota de l'estàndard (Cerdanya) (figura 16).

Figura 16: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys, Catalunya 2009



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

3.7. Aplicació de fluor tòpic en la població de 7 anys amb risc alt de càries (percentatge de persones)

Indicador 7A

No es disposa d'estàndard

Els resultats globals dels anys 2006, 2007 i 2008 mostren una tendència positiva mantinguda al llarg del temps. En no disposar de les dades del 2009, no s'ha pogut calcular la variació territorial pel 2009, però sí per l'any 2008. Si es pren de referència la mitjana de Catalunya i s'examina a nivell de GTS, s'observen 17 GTS amb resultat per sota del 78,30%.

- Comparació temporal 2006 – 2008. Variació amb tendència positiva. Els resultats mostren creixement fent que la tendència global de l'evolució temporal en el trienni sigui positiva (42,88%).
- Comparació territorial 2008. Malgrat no es disposa de les dades pel càlcul de la variació territorial del 2009, s'observa que l'any 2008 el coeficient de variació territorial (GTS) és de 35,50% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 0,00% i 96,34%, amb 31 territoris (GTS) amb dades vàlides, 15 dels quals han obtingut un resultat $\geq 78,30\%$. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 17%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya observem que 10 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, 8 GTS destaquen per sobre (Lleida, Ripollès, Osona, Barcelona, Barcelonès Nord-Baix Maresme, Vallès Oriental Central, Vallès Occidental Est i Vallès Occidental Oest), i 13 es troben per sota d'aquesta referència (Alt Urgell, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Alt Camp i Conca de Barberà, Baix Penedès, Tarragonès, Altebrat, Baix Empordà, Anoia, Bages-Solsonès, Alt Penedès, Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Garraf i Baix Vallès).

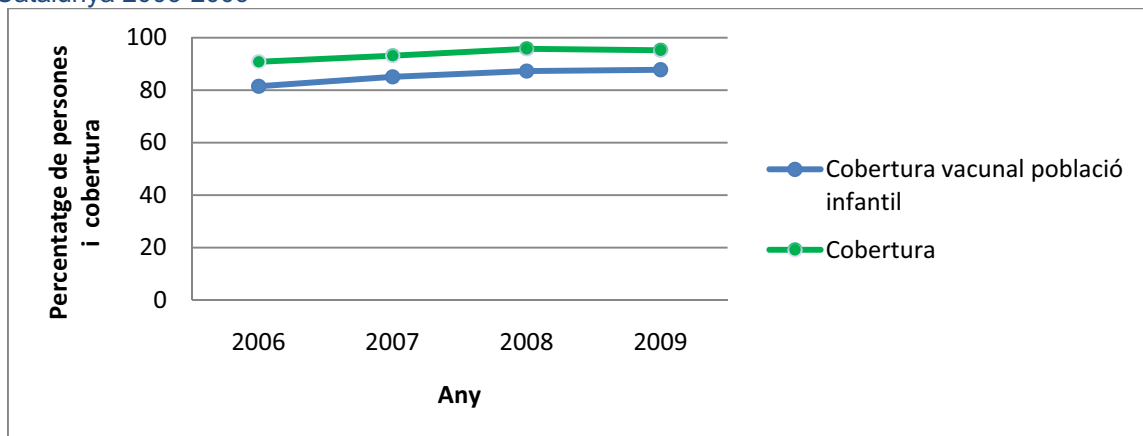
3.8. Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa (percentatge de persones)

Indicador 8A
Estàndard considerat entre 95-98%

Els resultats globals del quadrienni mostren una tendència positiva malgrat que no superen en cap cas el valor de referència (95-98%). Quan s'examina a nivell de GTS s'observa un GTS amb resultat per sobre del 95% (Baix Penedès).

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2009. Variació amb tendència positiva. Els resultats mostren un creixement inicial però entre els anys 2008 i 2009 pràcticament no varia. La variació del quadrienni és del 7,73% (figura 17).

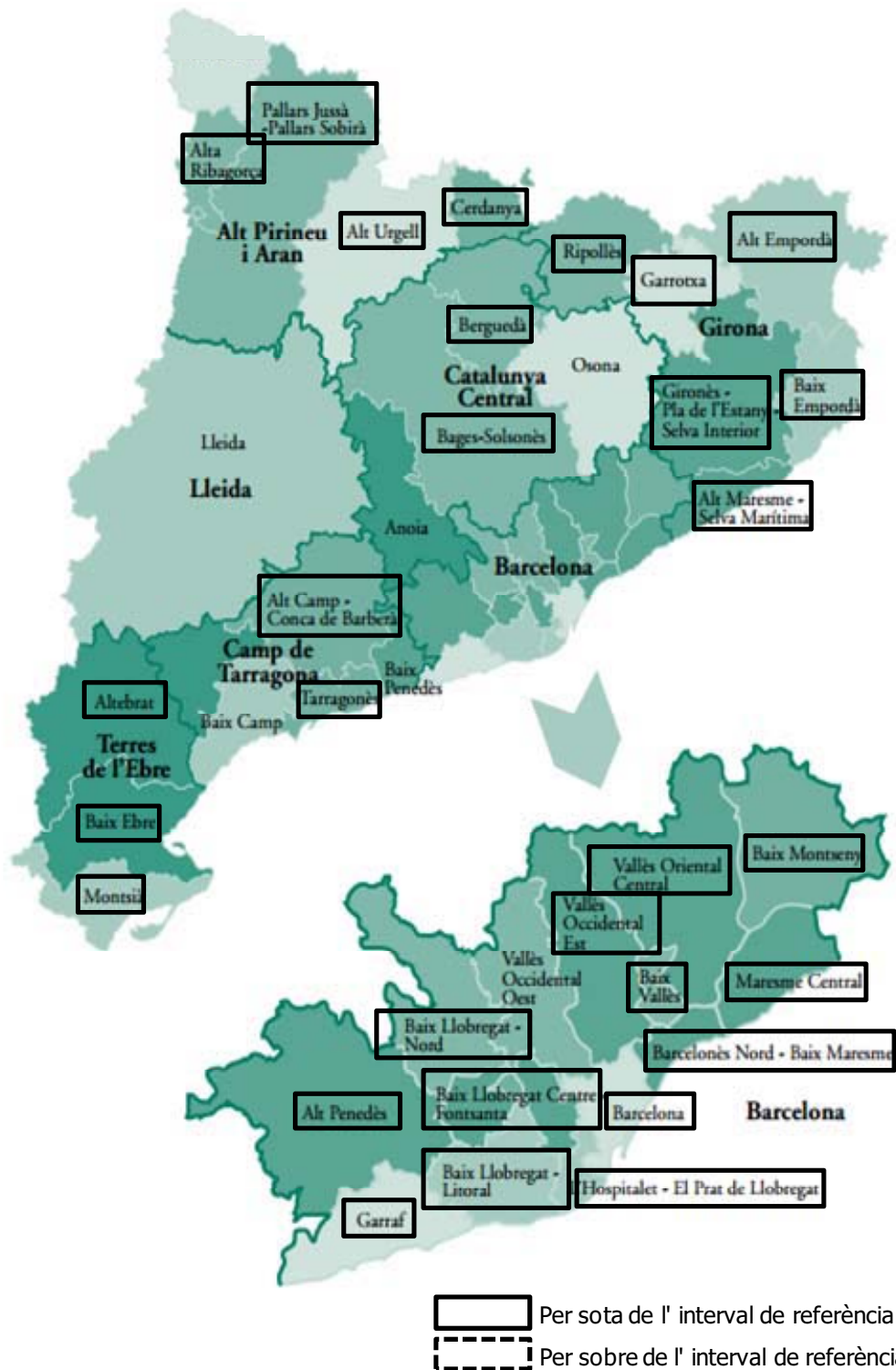
Figura 17: Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 8,35% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 49,70% i 95,80%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, on només un aconsegueix l'estàndard. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 5,92%. Prenent l'estàndard de $\geq 95\%$, si es considera un interval de $\pm 5\%$ sobre aquest valor de referència, observem 6 GTS amb resultats similars a l'estàndard (Lleida, Baix Camp, Baix Penedès, Anoia, Osona i Vallès Occidental Oest) i els 30 restants es troben per sota (figura 18).

Figura 18: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa, Catalunya 2009



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

3.9. Implantació del protocol PREALT (percentatge d'EAP)

Implantació del protocol PREALT (AE i SS) (percentatge d'EAP)

Indicador 9A

L'indicador 9A es va calcular únicament durant els anys 2006 i 2007, fins que es va assolir el 100% de la implantació del protocol PREALT en el territori català. Aquest formava part d'un conjunt de mesures per a l'avaluació de l'objectiu:

- Aconseguir que un determinat percentatge mínim dels pacients inclosos en el protocol PREALT tingui un contacte amb l'EAP dins les 48 hores posteriors a l'alta.

L'any 2006, aquest objectiu es va avaluar mitjançant tres indicadors:

- Implantació del protocol PREALT (AE i SS) (Indicador 9A)
- Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada amb un contacte amb l'EAP <48h (Indicador 9BA)
- Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció socio sanitària amb un contacte amb l'EAP <48h (Indicador 9BB)

L'any 2007, aquest objectiu es va avaluar mitjançant dos indicadors:

- Implantació del protocol PREALT (AE i SS) (Indicador 9A)
- Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció socio sanitària amb un contacte amb l'EAP <48h (Indicador 9B)

3.10. Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció sociosanitària d'internament amb un contacte amb l'EAP <48h (percentatge de persones)

Indicador 9

No es disposa d'estàndard

Tal com s'ha indicat en el punt anterior (3.9), l'any 2006 l'indicador 9 es componia de dos indicadors (9BA: específic per l'atenció especialitzada i 9BB, específic per a l'atenció sociosanitària). A partir de l'any 2007 i fins l'any 2009, es va passar a calcular com un únic indicador.

Els resultats globals del període 2007 - 2009 mostren una tendència positiva malgrat l'any 2009 van disminuir respecte l'any 2008.

- Comparació temporal 2007 – 2009. Variació amb tendència positiva. Els resultats mostren un creixement inicial però disminueix a l'any 2009, no obstant, l'evolució temporal global del quadrienni és positiva amb un 7,65% de variació.
- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 17,44% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 52,20% i 100,00%, amb 33 territoris (GTS) amb dades vàlides, 24 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 78,80%, i 9 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat major amb un coeficient de variació de 23,08%, on el valor mínim i màxim coincideixen amb el mínim i màxim a nivell de GTS. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya observem que 6 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, 20 en GTS destaquen per sobre (Alt Urgell, Cerdanya, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Alt Camp i Conca de Barberà, Baix Camp, Baix Penedès, Tarragonès, Baix Empordà, Alt Empordà, Garrotxa, Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior, Ripollès, Alt Penedès, Baix Llobregat l'Hospitalet-El Prat, Baix Llobregat Nord, Baix Montseny, Garraf, Vallès Occidental Est, Vallès Occidental Oest, Alta Ribagorça) i 7 es troben per sota d'aquesta referència (Lleida, Osona, Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Baix Llobregat Litoral, Barcelona, Vallès Oriental Central i Baix Vallès).

3.11. Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques (percentatge d'envasos)

*Indicador 10A
No es disposa d'estàndard*

Els resultats globals del quadrienni en estudi mostren una tendència positiva.

- Comparació temporal 2006 – 2009. Els resultats mostren un creixement mantingut amb una evolució temporal global del quadrienni positiva amb un 39,81% de variació.
- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 8,16% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 21,80% i 33,50%, amb 33 territoris (GTS) amb dades vàlides, 16 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya (29,50%) i 17 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat major amb un coeficient de variació de 9,03%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya observem que 26 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, tres GTS destaquen per sobre (Alt Maresme-Selva Marítima, Baix Empordà i Alt Empordà) i quatre es troben per sota (Cerdanya, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Lleida i Alta Ribagorça) d'aquesta referència.

3.12. Utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit (percentatge d'envasos)

Indicador 11A

No es disposa d'estàndard

Els resultats globals del quadrienni en estudi mostren una tendència a l'alça malgrat l'objectiu es dirigeix a mantenir per sota d'un determinat valor la utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit.

- Comparació temporal 2006 – 2009. Variació amb tendència a l'alça. Els resultats mostren un creixement fins l'any 2008 i disminueixen al 2009, tot i això l'evolució temporal global del quadrienni mostra un increment amb un 9,34% de variació. Cal destacar que l'any 2009 el percentatge d'unitats proveïdores declarants va disminuir notablement.
- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 11,91% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 2,27% i 3,66%, amb 32 territoris (GTS) amb dades vàlides, 14 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 2,81% i 18 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat major amb un coeficient de variació de 12,53%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya observem que 14 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, 10 GTS destaquen per sobre (Cerdanya, Alt Camp i Conca de Barberà, Baix Camp, Baix Penedès, Baix Ebre, Montsià, Garraf, Vallès Oriental Central, Baix Vallès i Alta Ribagorça) i 8 es troben per sota (Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Alt Maresme-Selva Marítima, Alt Empordà, Garrotxa, Anoia, Baix Llobregat l'Hospitalet-El Prat, Baix Llobregat Nord i Maresme).

3.13. Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) (mitjana d'euros)

Els indicador següents formen part d'un conjunt de cinc indicadors que mesuren l'assoliment d'un mateix objectiu.

Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) d'inhibidors de la bomba de protons (IBP) (mitjana d'euros)

*Indicador 12A
No es disposa d'estàndard*

Els resultats globals del període entre el 2008 i el 2009 mostren una tendència negativa que coincideix amb l'objectiu de disminuir el cost mitjà per DDD d'IBP.

- Comparació temporal 2008 – 2009. Variació amb tendència negativa. Els resultats mostren una disminució amb una evolució temporal global de -12,50% de variació. Cal destacar que l'any 2009 el percentatge d'unitats proveïdores declarants va disminuir.
- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 7,45% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 0,24 i 0,31 € de mitjana, amb 30 territoris (GTS) amb dades vàlides, 15 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 0,28 i 15 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 6,67%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ de la mitjana de Catalunya observem que 27 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, cap es troba per sobre i tres destaquen per sota d'aquesta referència (Alt Maresme-Selva Marítima, Alt Empordà i Anoia).

Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) d'estatines (mitjana d'euros)

*Indicador 12B
No es disposa d'estàndard.*

Per aquest indicador només es disposa de la dada del 2008, per tant no és possible determinar l'evolució temporal. L'any 2009 no va ser possible calcular l'indicador per manca de dades vàlides, però hi ha dades vàlides corresponent a l'any 2008.

- Comparació territorial 2008. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 7,47% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 0,35 i 0,48 € de mitjana, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 14 dels quals han obtingut un resultat menor o igual a 0,41. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 3,62%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya s'observa que 31 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, quatre GTS es troben per sobre (Cerdanya, Montsià, Bages-Solsonès i Alta Ribagorça) i un destaca per sota (Osona).

Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) d'inhibidors de l'enzim convertidor d'angiotensina (IECA) i d'antagonistes dels receptors d'angiotensina II (ARA II) (mitjana d'euros)

Indicador 12C

No es disposa d'estàndard considerat per la compra

Els resultats globals del període entre el 2008 i el 2009 mostren una tendència negativa que coincideix amb l'objectiu de disminuir el cost mitjà per DDD d'IECA + ARAII.

- Comparació temporal 2008 – 2009. Variació amb tendència negativa. Els resultats mostren una disminució amb una evolució temporal global de -3,13% de variació. Cal destacar que l'any 2009 el percentatge d'unitats proveïdores declarants va disminuir.
- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 8,44% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 0,26 i 0,41 € de mitjana, amb 30 territoris (GTS) amb dades vàlides, 15 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 0,31 i 15 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 7,39%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya s'observa que 22 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, cinc es troben per sobre (Cerdanya, Baix Penedès, Anoia, Garraf i Alta Ribagorça) i tres destaquen per sota (Altebrat, Baix Llobregat Centre-Fontsanta i Baix Montseny).

Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) d'antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) i antidepressius (AD) de nova generació (mitjana d'euros)

Indicador 12D

No es disposa d'estàndard considerat per la compra

Els resultats globals del període entre el 2008 i el 2009 mostren una tendència negativa que coincideix amb l'objectiu de disminuir el cost mitjà per DDD d'ISRS i AD de nova generació.

- Comparació temporal 2008 – 2009. Variació amb tendència negativa. Els resultats mostren una disminució amb una evolució temporal global de -4,35% de variació. Cal destacar que l'any 2009 el percentatge d'unitats proveïdores declarants va disminuir de manera important, amb més de la meitat de GTS amb manca de dades vàlides.
- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 2,80% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 0,61 i 0,74 € de mitjana, amb 16 territoris (GTS) amb dades vàlides, 10 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 0,66 i 6 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat major amb un coeficient de variació de 8,04%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya observem que 14 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, dos es troben per sobre (Alt Urgell i Alta Ribagorça), mentre cap destaca per sota.

Cost mitjà per dosi diària definida (DDD) bifosfonats (mitjana d'euros)

Indicador 12E

No es disposa d'estàndard considerat per la compra

Els resultats globals del període entre el 2008 i el 2009 mostren una tendència negativa que coincideix amb l'objectiu de disminuir el cost mitjà per DDD de bifosfonats.

- Comparació temporal 2008 – 2009. Variació amb tendència negativa. Els resultats mostren una disminució amb una evolució temporal global de -10,09% de variació. Cal destacar que l'any 2009 el percentatge d'unitats proveïdores declarants va disminuir.
- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 6,17% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 0,92 i 1,19 € de mitjana, amb 30 territoris (GTS) amb dades vàlides, 17 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 0,98 i 13 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels

resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat major amb un coeficient de variació de 7,99%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya observem que 28 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, mentre dos es troben per sobre (Alt Urgell i Garrotxa) i cap destaca per sota.

3.14. Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora (percentatge d'EAP)

*Indicador 13A
No es disposa d'estàndard*

Els resultats globals del període 2006 – 2008 mostren una tendència positiva. Quan s'examina a nivell de GTS, s'observen 29 GTS en els que tots els equips d'atenció primària (EAP) van contestar afirmativament, assolint l'objectiu.

- Comparació temporal 2006 – 2008. Els resultats mostren una evolució temporal global a nivell de Catalunya positiva amb un 76,37% de variació.
- Comparació territorial 2008. En aquest cas el coeficient de variació territorial (GTS) seria de 0% atès que totes els GTS amb dades vàlides presentaven un 100% d'EAP amb resposta afirmativa. 8 GTS no presenten dades. La resposta dicotòmica (sí/no) limita la possibilitat d'anàlisi.

3.15. Implantació d'actuacions de millora sobre l'adequació de la informació (percentatge d'EAP)

*Indicador 14A
No es disposa d'estàndard*

Els resultats globals del període 2007 – 2009 no mostren cap tendència. Els resultats de la mitjana de Catalunya tant del 2007 com en el 2009 va ser del 100% d'EAP amb dades declarades. Quan s'examina a nivell de GTS s'observen 35 GTS en els que tots els proveïdors van contestar afirmativament i, per tant, assolint l'objectiu.

- Comparació territorial 2009. En aquest cas el coeficient de variació territorial (GTS) seria de 0% atès que totes els GTS amb dades vàlides presentaven un 100% d'EAP amb resposta afirmativa. Dos GTS no presenten dades. La resposta dicotòmica (sí/no) limita la possibilitat d'anàlisi.

3.16. Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades (percentatge d'EAP)

*Indicador 15A
No es disposa d'estàndard*

Per aquest indicador només es disposa de la dada del 2009, per tant no és possible determinar l'evolució temporal. Quan s'examina a nivell de GTS s'observen 33 GTS en els que tots els EAP van contestar afirmativament assolint l'objectiu.

- Comparació territorial 2009. En aquest cas el coeficient de variació territorial (GTS) seria de 0% atès que totes els GTS amb dades vàlides presentaven un 100% d'EAP amb resposta afirmativa. Quatre GTS no presenten dades. Es tracta d'un indicador amb resposta dicotòmica (sí/no) que limita la possibilitat d'anàlisi.

3.17. Subministrament de dades al CatSalut (percentatge de dades)

*Indicador 16A
Estàndard considerat: $\geq 90\%$ de les dades*

Aquest indicador forma part d'un conjunt de dos indicadors. Els resultats globals del quadrienni en estudi mostren una tendència positiva. Excepte a l'any 2006, a la resta d'anys en estudi les dades globals per Catalunya van superar el valor referència ($\geq 90\%$).

- Comparació temporal 2006 – 2009. Variació amb tendència positiva. Els resultats mostren un creixement inicial que l'any 2009 disminueixen, tot i que la tendència global de l'evolució temporal en el quadrienni és positiva (33,19%).

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 3,11% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 82,30% i 99,30%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 35 dels quals han obtingut un resultat major o igual a 90%. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat major amb un coeficient de variació de 5,86%.

3.18. Procés de transmissió de dades al CatSalut completat a la data establerta (percentatge d'EAP)

Indicador 16B

Estàndard considerat (data límit): abans de l'1 de març

Aquest indicador forma part d'un conjunt de dos indicadors. Els resultats globals del quadrienni en estudi mostren una tendència negativa i l'any 2008 el percentatge d'equips d'atenció primària (EAP) que van subministrar les dades abans de la data límit va ser del 50,9%.

- Comparació temporal 2006 – 2009. Variació amb tendència negativa. Els resultats mostren una evolució temporal global amb tendència negativa (-7,27%), malgrat en el període 2006 – 2008 va disminuir notablement i l'any 2009 va tornar a pujar fins el 89,30% de GTS amb dades subministrades a temps. Malgrat això, les dades vàlides declarades fora de termini també es recullen i s'analitzen.
- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 45,36%, però cal tenir en compte que els valors màxims i mínims van des del 0% al 100%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 30 dels quals van subministrar les dades dins del període establert, i sis les van subministrar fora de terme. Tot i així, s'han analitzat totes les dades vàlides subministrades. Es tracta d'un indicador amb resposta dicotòmica (sí/no) que limita la possibilitat d'anàlisi.

3.19. Participació en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i de bufeta urinària (percentatge d'EAP)

Indicador 17A

No es disposa d'estàndard considerat per la compra.

Els resultats globals del període 2007 - 2008 mostren una tendència positiva.

- Comparació temporal 2007 – 2008. Els resultats mostren una tendència global de l'evolució temporal positiva (9,09%).
- Comparació territorial 2008. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 66,58%. Cal tenir en compte, però, que els valors màxims i mínims van des del 0% (no) al 100% (sí), amb 28 GTS amb dades vàlides, 21 dels quals van afirmar que hi participaven i set que no. Es tracta d'un indicador amb resposta dicotòmica (sí/no) que limita la possibilitat d'anàlisi.

3.20. Taxa d'hospitalitzacions evitables per Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) (percentatge d'altres)

Indicador 18A

No es disposa d'estàndard

Els resultats globals del quadrienni en estudi mostren una tendència positiva malgrat l'objectiu era aconseguir que les altres corresponents a hospitalitzacions evitables per ACSC no augmentessin. Cal destacar que l'any 2009 el percentatge d'unitats proveïdores declarants va disminuir. L'any 2009 hi va haver canvis en els criteris d'inclusió dels codis diagnòstics dels Problemes de Salut Sensibles a l'Atenció Ambulatòria (*Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC*): s'hi van afegir tots els casos amb diagnòstic de cardiopatia isquèmica i determinats diagnòstics secundaris com la hipertensió arterial.

- Comparació temporal 2006 – 2009. Els resultats mostren creixement fent que la tendència global de l'evolució temporal en el trienni sigui positiva (15,69%), malgrat el que s'esperava era una tendència oposada.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 14,43% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang que va des del 5,79% fins el 10,93%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 18 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 7,79% i 18 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 9,26%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya s'observa que quinze GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, onze es troben per sobre (Alt Urgell, Alt Empordà, Ripollès, Bages-Solsonès, Berguedà, Osona, Alt Penedès, Baix Llobregat Litoral, Vallès Oriental Central, Maresme i Alta Ribagorça) i deu destaquen per sota (Cerdanya, Baix Camp, Baix Penedès, Tarragonès, Baix Ebre, Montsià, Garrotxa, Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior, Baix Llobregat Nord, Baix Montseny).

3.21. Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa (percentatge de persones)

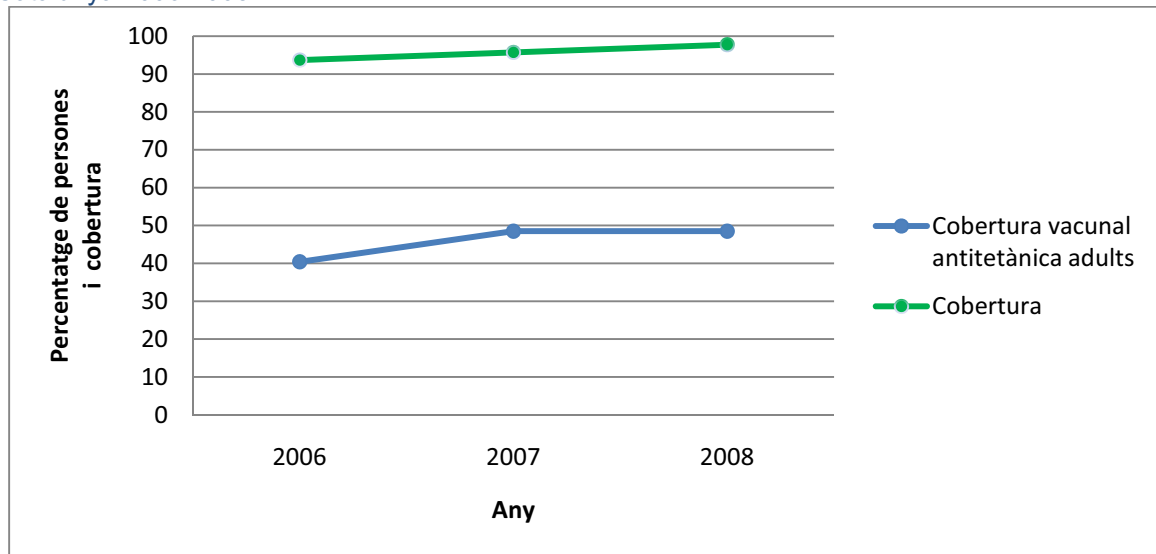
*Indicador 19A
Estàndard considerat per sobre del 60% per majors de 19 anys
i per sobre del 95% per a adolescents entre 14 i 16 anys*

Atès que s'hauria d'aplicar un o altre estàndard en funció de l'estat i no es disposa d'aquesta informació, es pren com a referència la mitjana de Catalunya (48,50%) de l'any 2008. Els resultats globals del període 2006 - 2008 mostren una tendència positiva malgrat no superen en cap cas ni l'estàndard més baix de $>60\%$.

Tot i que la referència és de 60% per la població major de 19 anys i de 95% per la població de 14 a 16 anys, s'ha emprat la mitjana de Catalunya com a valor de referència atès que l'objectiu es centrava en la població adulta sense més especificacions per segments d'edat i, per tant, no es disposa d'una dada no desagregada per aquests grups d'edat.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2008. Els resultats mostren un creixement inicial però entre els anys 2008 i 2009 no varia. La variació global del període 2006 - 2008 és positiva, del 14,39% (figura 19).

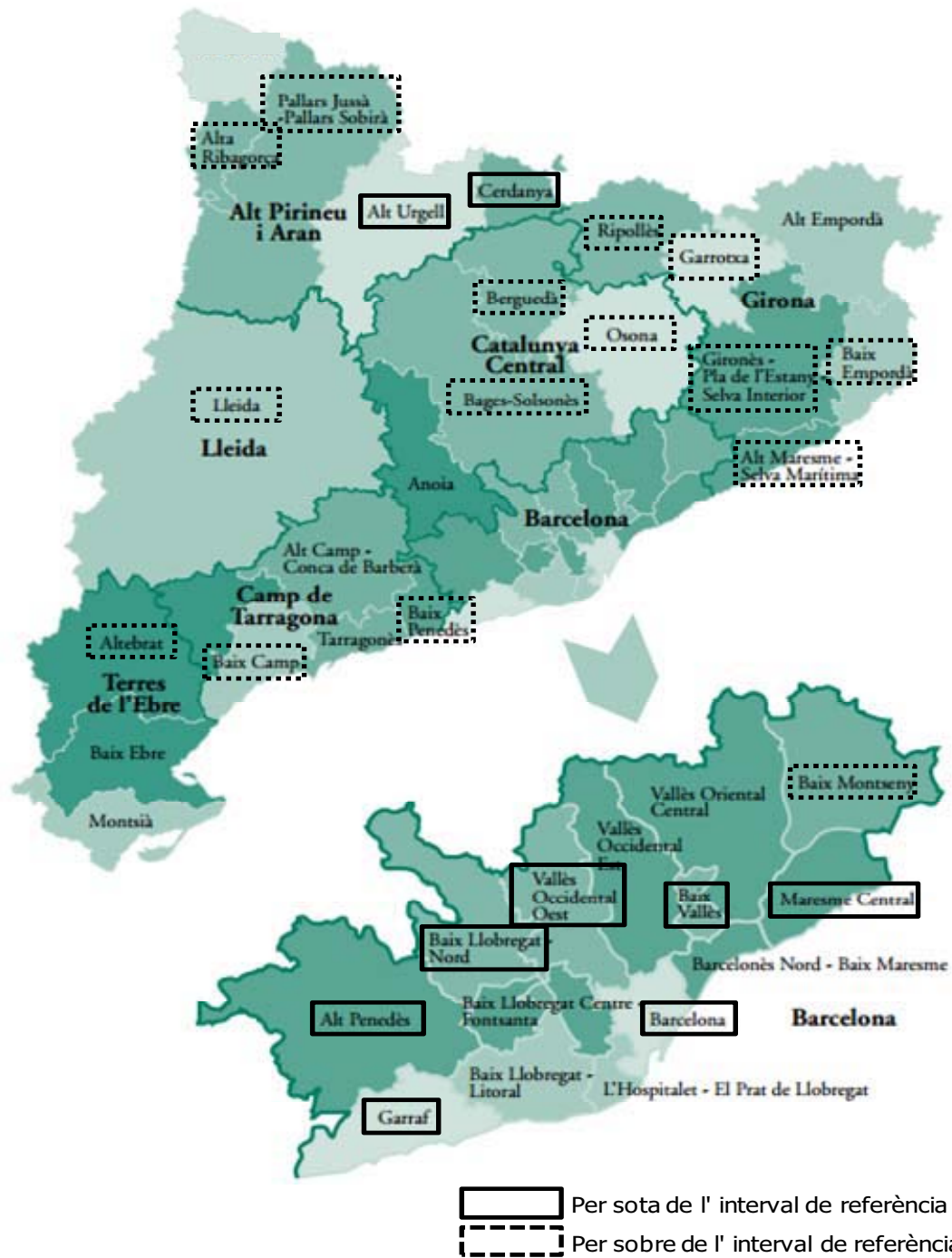
Figura 19: Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2008



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2008. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 23,36% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre el 7,56% i el 68,97%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, on 24 territoris se situen per sobre de la mitjana de Catalunya i 12 per sota. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 12,98%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya, s'observa que tretze GTS mostren valors similars a l'estàndard, mentre vuit GTS mostren un resultat per sota (Alt Urgell, Cerdanya, Alt Penedès, Baix Llobregat Nord, Barcelona, Garraf, Maresme, Baix Vallès i Vallès Occidental Oest), i quinze destaquen per sobre (Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Lleida, Baix Camp, Baix Penedès, Alcebrat, Alt Maresme-Selva Marítima, Baix Empordà, Garrotxa, Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior, Ripollès, Bages-Solsonès, Berguedà, Osona, Baix Montseny i Alta Ribagorça) (figura 20).

Figura 20: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa, Catalunya 2008



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

3.22. Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones)

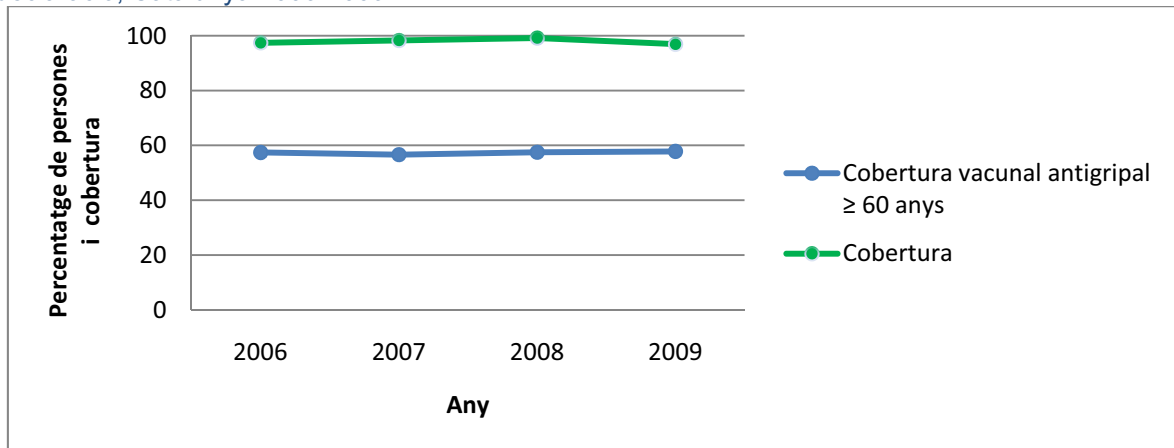
Indicador 20A

Estàndard considerat: $\geq 85\%$ en població de ris.

Els resultats globals del quadrienni en estudi no superen en cap cas el valor referència ($\geq 85\%$).

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2009. Variació sense tendència. Els resultats mostren resultats que es mantenen al llarg del temps, que no hi hagi una tendència global clara tot i que la variació és discretament positiva: 0,70% (figura 21).

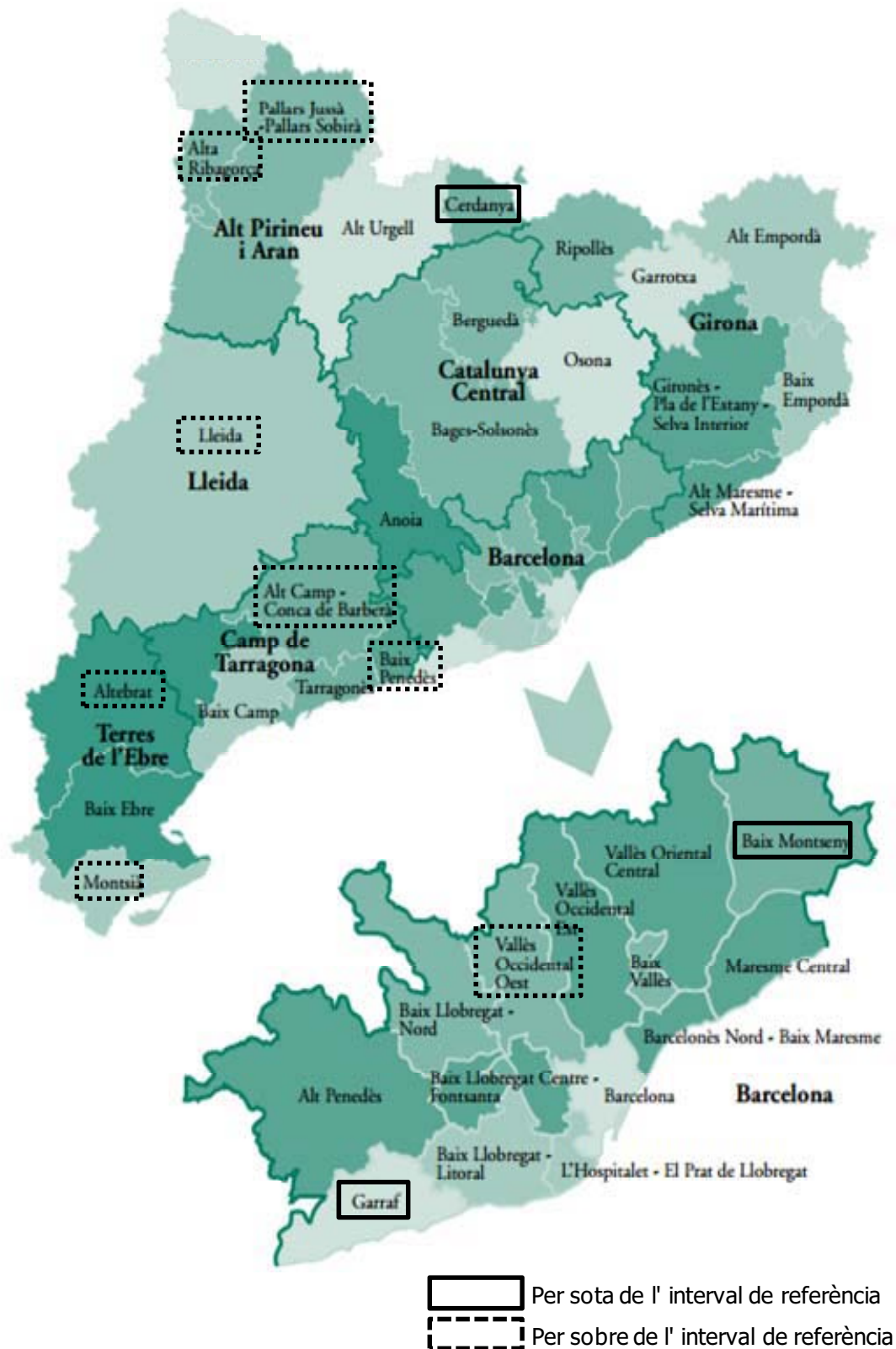
Figura 21: Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 10,87% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 39% i 75,40%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 36 dels quals no han obtingut un resultat per sobre del 85%. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 5,98%. Si s'aplica un criteri de normalitat $\pm 10\%$ de l'estàndard, s'observa que tots els GTS es mostren per sota de l'estàndard. Si s'agafa la mitjana de Catalunya (57,8%) i es considera un interval de $\pm 10\%$, s'observen 25 GTS que mostren valors similars a la mitjana de Catalunya, tres GTS mostren un resultat per sota (Cerdanya, Baix Montseny i Garraf) i vuit destaquen per sobre (Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Lleida, Alt Camp i Conca de Barberà, Baix Penedès, Altesbrat, Montsià, Vallès Occidental Oest i Alta Ribagorça) (figura 22).

Figura 22: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada, Catalunya 2009



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

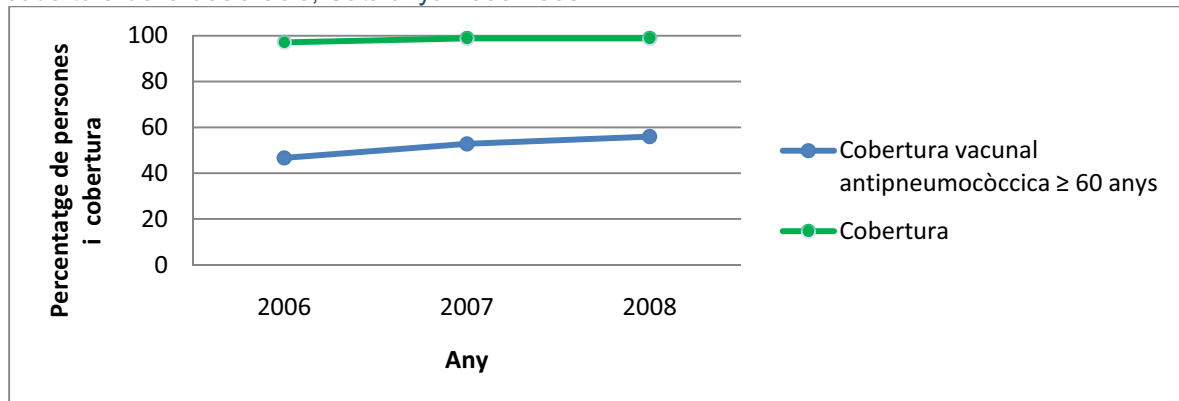
3.23. Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones)

Indicador 21A
No es disposa d'estàndard

Els resultats globals del període 2006 – 2008 mostren una tendència positiva.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2008. Els resultats mostren un creixement mantingut amb una evolució temporal global del període positiva amb un 19,91% de variació (figura 23).

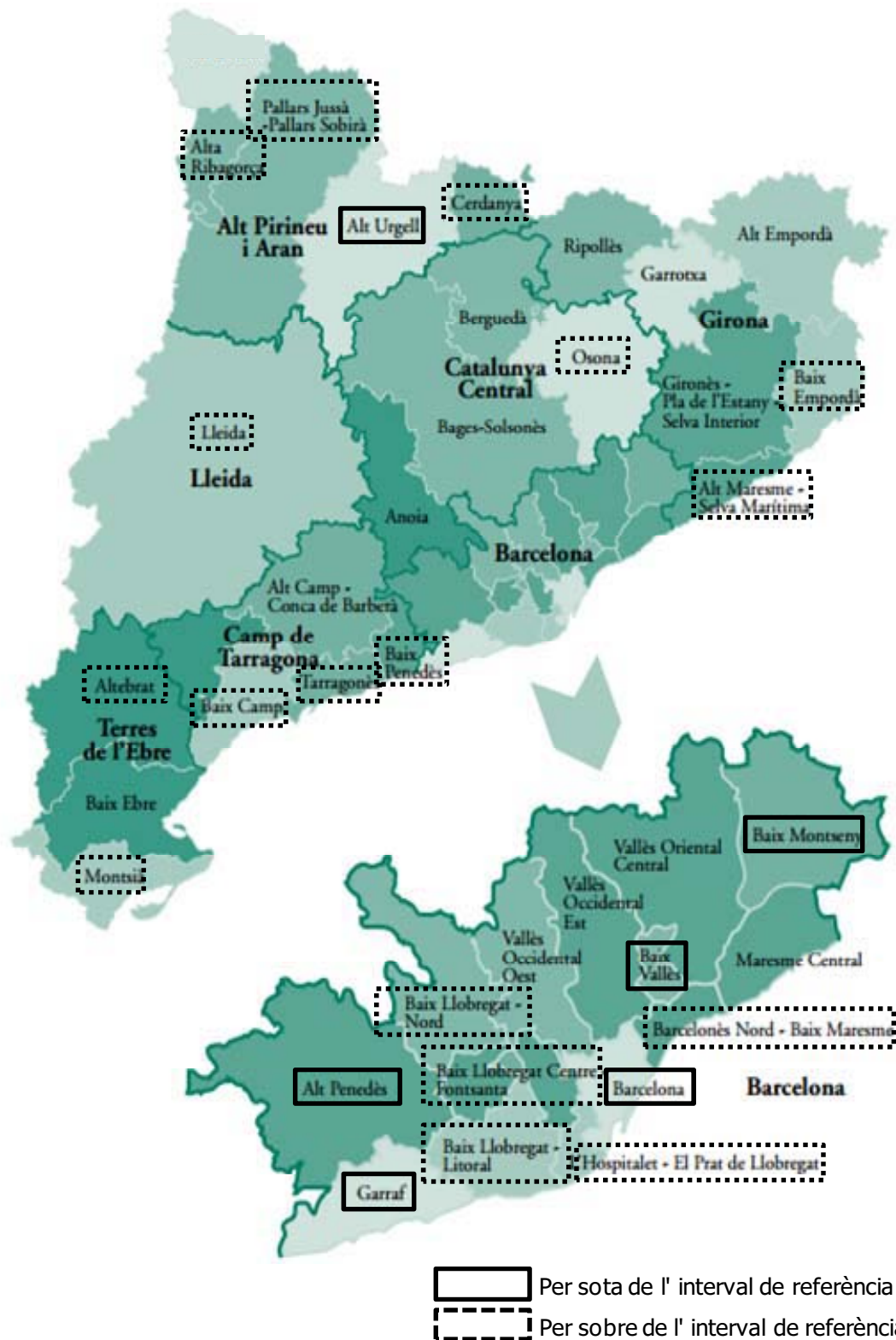
Figura 23: Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2008



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2008. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 15,22% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang de 33,47% a 73,89%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 24 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 56% i 14 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 13,43%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya, s'observa que tretze GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, disset GTS destaquen per sobre (Cerdanya, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Lleida, Baix Camp, Baix Penedès, Tarragonès, Alt Empordà, Montsià, Alt Maresme-Selva Marítima, Baix Empordà, Osona, Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Baix Llobregat l'Hospitalet-El Prat, Baix Llobregat Litoral, Baix Llobregat Nord, Barcelonès Nord-Baix Maresme i Alta Ribagorça), i sis es troben per sota (Alt Urgell, Alt Penedès, Baix Montseny, Barcelona, Garraf i Baix Vallès) (figura 24).

Figura 24: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada, Catalunya 2008



Font: Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

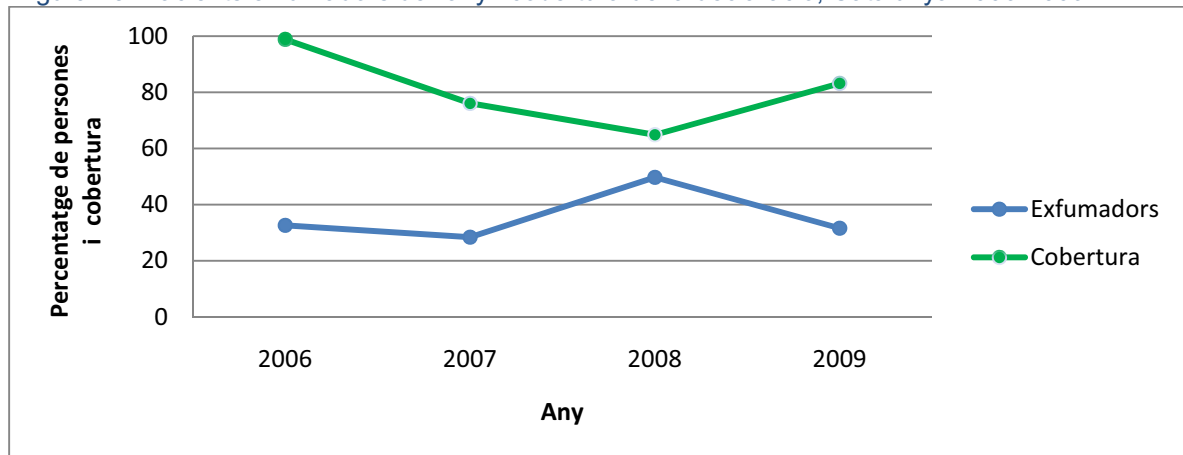
3.24. Pacients exfumadors de l'any (percentatge de persones)

Indicador 22A
Estàndard considerat: $\geq 35\%$

Els resultats globals del quadrienni i en cap cas superen el valor referència ($\geq 35\%$) i presenten una tendència negativa.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2009. Els resultats mostren un decreixement malgrat el que s'esperava era que es mantingués o s'incrementés, mostra una evolució temporal global del període negativa amb un $-3,07\%$ de variació (figura 25).

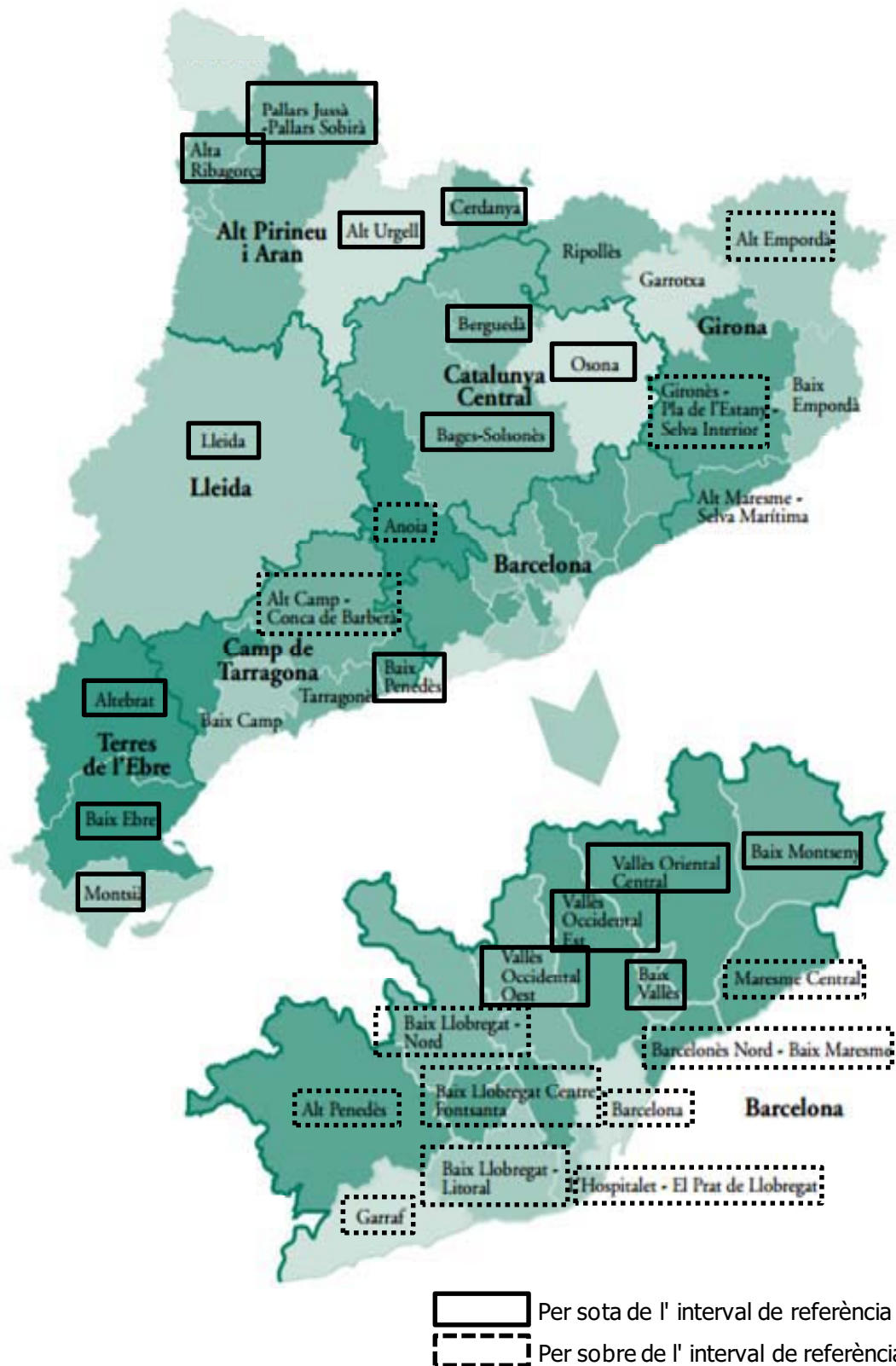
Figura 25: Pacients exfumadors de l'any i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és del 74,74% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 4,6% i 77,60%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 15 dels quals han obtingut un resultat per sobre del 35% i 21 per sota de l'estàndard. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 55,52%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ de l'estàndard, s'observa que sis GTS mostren valors similars a l'estàndard, tretze GTS destaquen per sobre (Alt Camp i Conca de Barberà, Alt Empordà, Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior, Anoia, Alt Penedès, Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Baix Llobregat l'Hospitalet-El Prat, Baix Llobregat Litoral, Baix Llobregat Nord, Barcelona, Barcelonès Nord-Baix Maresme, Garraf i Maresme) i disset es troben per sota (Alt Urgell, Cerdanya, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Lleida, Baix Penedès, Altebrat, Baix Ebre, Montsià, Bages-Solsonès, Berguedà, Osona, Baix Montseny, Vallès Oriental Central, Baix Vallès, Vallès Occidental Est, Vallès Occidental Oest i Alta Ribagorça) (figura 26).

Figura 26: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Pacients exfumadors de l'any, Catalunya 2009



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

3.25. Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos (percentatge de persones)

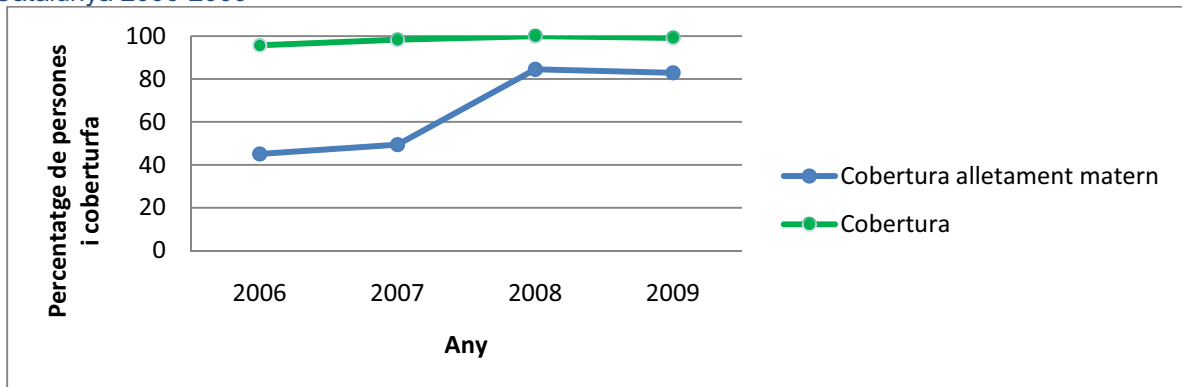
Indicador 23A

Estàndard considerat a la compra: $\geq 60\%$ als 3 mesos

Els resultats globals del quadrienni mostren una tendència positiva i superen el valor referència ($\geq 60\%$) a partir de l'any 2008. Cal tenir en compte que malgrat els resultats del 2008 (84,5%) i del 2009 (82,90%) són similars, el criteri va canviar de cobertura d'alletament matern als quatre mesos a cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2009. Els resultats mostren un creixement important en el període 2006 – 2008 i l'any 2009 el resultat és similar al de l'any 2008 malgrat el canvi de criteri per a la mesura de l'indicador (de menys a més restrictiu). La tendència global del quadrienni és positiva amb una evolució temporal del 83,81% de variació (figura 27).

Figura 27: Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és del 8,98% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 62,4% i 93,70%, amb 35 territoris (GTS) amb dades vàlides, on tots els 35 han obtingut un resultat igual o per sobre del 60%. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 6%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre l'estàndard, observem que un GTS mostra valors similars a l'estàndard, 34 GTS destaquen per sobre i cap es troba per sota de l'estàndard.

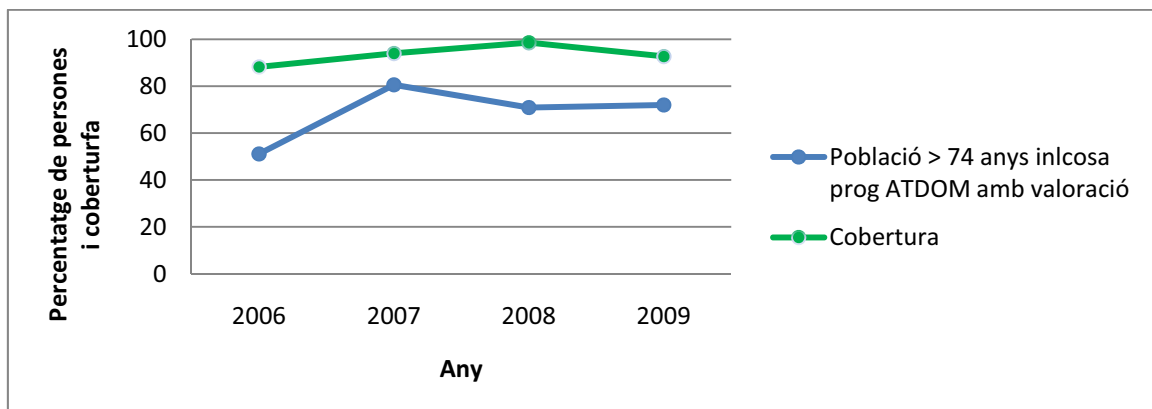
3.26. Població major de 74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa d'atenció domiciliària amb valoració (percentatge de persones)

Indicador 24A
No es disposa d'estàndard

Els resultats globals del quadrienni en estudi mostren una tendència positiva malgrat s'observa una disminució els anys 2008 i 2009.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació temporal 2006 – 2009. Els resultats mostren un creixement important entre els anys 2006 i 2007 que després disminueix, tot i així, l'evolució temporal global del quadrienni és positiva amb un 40,90% de variació (figura 28).

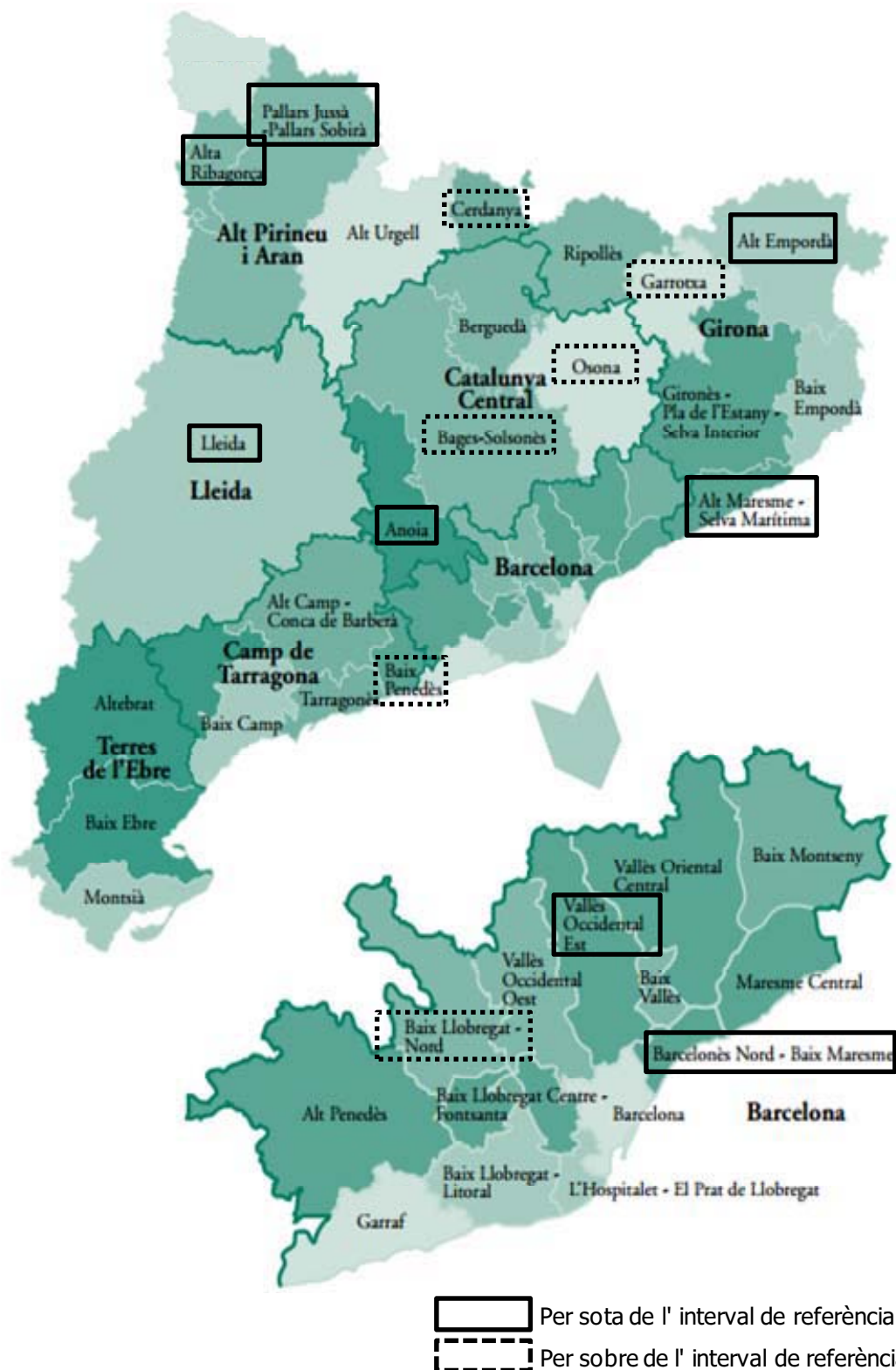
Figura 28: Població > de 74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració i cobertura de la declaració, Catalunya 2006-2009



Font: Elaboració pròpia.

- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 16,42% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 39,60% i 100%, amb 36 territoris (GTS) amb dades vàlides, 20 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 72,00% i 16 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 11,81%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya observem que 22 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, sis GTS destaquen per sobre (Cerdanya, Baix Penedès, Garrotxa, Bages-Solsonès, Osona i Baix Llobregat Nord), i vuit es troben per sota (Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Lleida, Alt Maresme-Selva Marítima, Alt Empordà, Anoia, Barcelonès Nord-Baix Maresme, Vallès Occidental Est i Alta Ribagorça) (figura 29).

Figura 29: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Població > de 74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració, Catalunya 2009



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

3.27. Població >74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics (percentatge de persones)

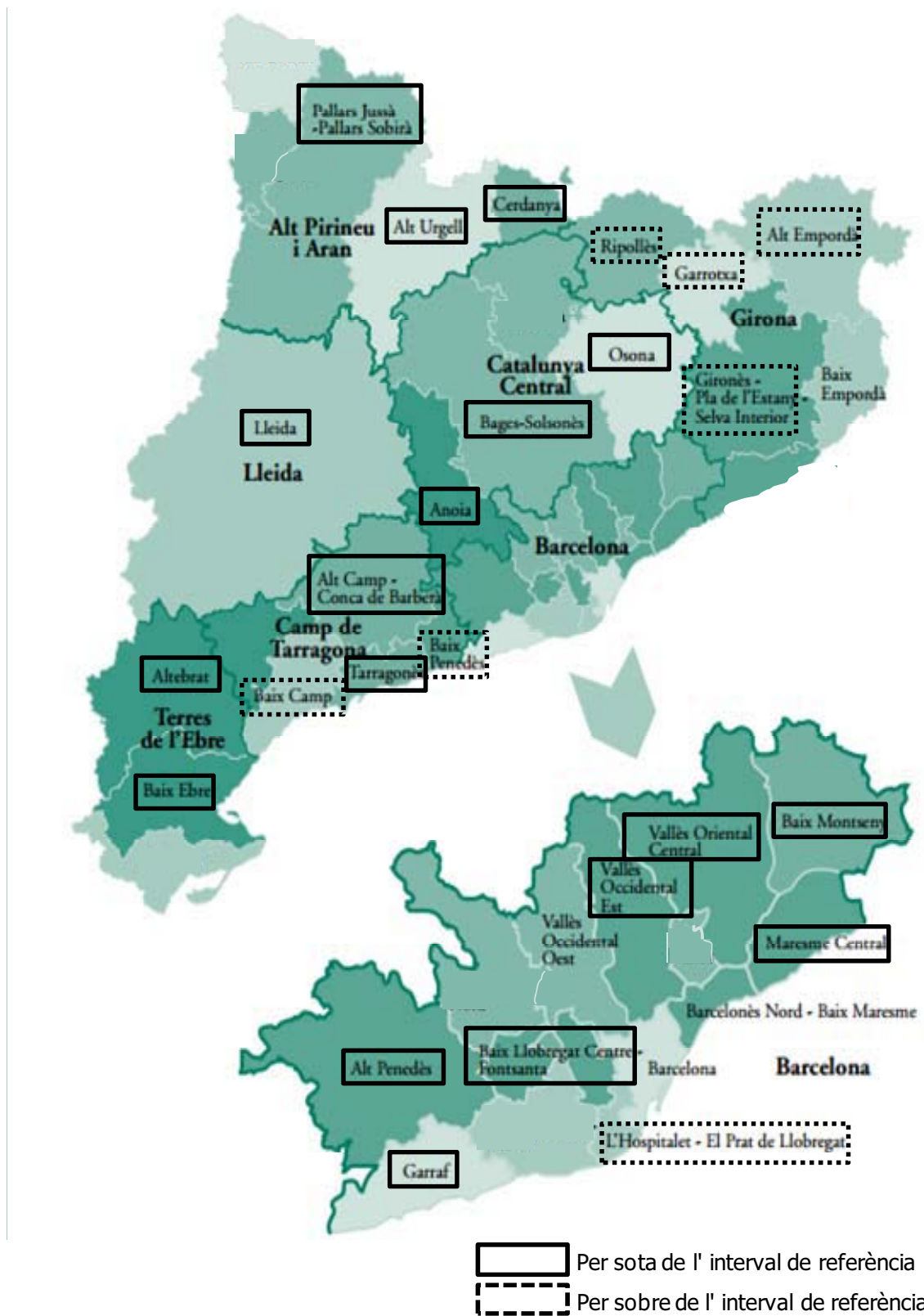
Indicador 25A

No es disposa d'estàndard considerat per la compra

Només es disposa de resultats per l'any 2008 per aquest indicador, per tant no és possible calcular l'evolució temporal.

- Es tracta d'una mesura considerada sensible a la infermeria.
- Comparació territorial 2008. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 102,78% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 2,03% i 84,52%, amb 29 territoris (GTS) amb dades vàlides, 8 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 18,60% i 21 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat menor amb un coeficient de variació de 81,19%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya observem que quatre GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, set GTS destaquen per sobre (Baix Camp, Baix Penedès, Alt Empordà, Garrotxa, Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior, Ripollès i Baix Llobregat l'Hospitalet-El Prat), i divuit es troben per sota (Alt Urgell, Cerdanya, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Lleida, Alt Camp i Conca de Barberà, Tarragonès, Albebrat, Baix Ebre, Anoia, Bages-Solsonès, Osona, Alt Penedès, Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Baix Montseny, Garraf, Vallès Oriental Central, Maresme i Vallès Occidental Est) (figura 30).

Figura 30: Mapa de territoris en funció dels resultats per sobre i per sota l'interval de referència: Població > de 74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtric, Catalunya 2008



Font: Elaboració pròpia, sobre mapa disponible a: Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

3.28. Cost d'absorbents en la població amb incontinència urinària (mitjana d'euros)

Indicador 26A
No es disposa d'estàndard

Els resultats globals del quadrienni en estudi mostren una tendència positiva malgrat l'objectiu està dirigit a mantenir el cost d'absorbents per sota d'un determinat valor.

- Comparació temporal 2006 – 2009. Els resultats mostren un augment una evolució temporal global de 7,31% de variació.
- Comparació territorial 2009. El coeficient de variació territorial (GTS) és de 10,99% i en els valors màxims i mínims s'observa un rang entre 330,48 i 533,59 euros de mitjana, amb 32 territoris (GTS) amb dades vàlides, 16 dels quals han obtingut un resultat per sobre de la mitjana de Catalunya 434,58 i 16 GTS per sota d'aquest valor. A nivell dels resultats per regió sanitària (RS) es mostra una variabilitat major amb un coeficient de variació de 12,01%. Si es considera un interval de $\pm 10\%$ sobre la mitjana de Catalunya s'observa que 24 GTS mostren valors similars a aquest valor de referència, quatre es troben per sobre (Montsià, Alt Maresme-Selva Marítima, Anoia i Alt Penedès), i quatre destaquen per sota (Alt Urgell, Baix Penedès, Ripollès i Alta Ribagorça).

3.29. Programació de visites a través d'internet (percentatge d'EAP)

Indicador 27A
No es disposa d'estàndard

Els resultats globals del període 2006 a 2007 mostren una tendència positiva, amb una variació del 19,28%. No s'ha analitzat a nivell de GTS atès que no es disposa de dades dels anys 2008 i 2009.

4. Efecte de la contribució infermera en la millora dels resultats de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis

4.1. Descripció dels indicadors analitzats

Els valors analitzats en aquesta part de l'estudi pertanyen a un total de 33 indicadors, associats als objectius seleccionats per aquesta investigació. Aquests s'han distribuït en dos grups en funció de la sensibilitat dels indicadors a la pràctica infermera, obtenint un grup de 13 indicadors o mesures sensibles a la infermeria i un grup de 20 indicadors o mesures no sensibles a la infermeria. S'han pogut calcular els valors estandarditzats dels resultats de 27 indicadors distribuïts en 12 de les mesures sensibles a la infermeria i de 15 no sensibles. Per tant, s'han analitzat un total de 3.010 valors, dels quals 1.531 són resultats sensibles a la infermeria i 1.478 ho són dels no sensibles a la infermeria (taula 20).

Taula 20: Perfil de l'estudi i descriptiva dels valors estandarditzats

| | | No sensible a la infermeria | Sensible a la infermeria | Total | |
|---|--------------------|-----------------------------|--------------------------|-------|-------|
| Indicadors de la part variable de la compra | estudiats | 20 | 13 | 33 | |
| | valor z desconegut | 5 ⁽¹⁾ | 1 ⁽²⁾ | 6 | |
| | analitzats | 15 | 12 | 27 | |
| Territoris (GTS) | estudiats | 37 | 37 | 37 | |
| | valor z desconegut | 0 | 1 ⁽³⁾ | 0 | |
| | analitzats | 37 | 36 | 37 | |
| Observacions | estudiats | 1850 | 1665 | 3515 | |
| | valor z desconegut | 372 ⁽⁴⁾ | 133 ⁽⁵⁾ | 505 | |
| | analitzats | 1478 | 1532 | 3010 | |
| | valors z | mitjana | 0.19 | 0.52 | 0.36 |
| | | desviació estàndard | 1.38 | 1.13 | 1.27 |
| | | mínim | -5.64 | -9.29 | -9.29 |
| | | màxim | 4.74 | 5.23 | 5.23 |

(1) Els indicadors pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat, cost mitjà per DDD d'estatines, realització autoavaluació actuacions de millora i implantació actuacions millora temps demora actuació programades només tenen un any d'informació. L'indicador implantació actuacions millora adequació informació té resultats constants a l'any de referència.

(2) Població >74 anys amb valoració dels riscos geriàtrics només té un any d'informació.

(3) Val d'Aran no té cap resultat d'indicador sensible a la infermeria.

(4) Hi ha 170 possibles combinacions sense resultat, 133 només disposen d'un any d'informació i 69 resultats són constants a l'any de referència (la desviació estàndard de l'any de referència és igual a zero).

(5) 104 possibles combinacions sense resultat i 29 amb només un any d'informació.

Font: Elaboració pròpia.

La taula següent (taula 21) mostra el detall de la distribució dels vint-i-set indicadors analitzats en els dos grups de mesures en funció de la seva sensibilitat a la infermeria.

Taula 21: Indicadors inclosos en l'anàlisi en funció de la sensibilitat de la mesura a la infermeria

| Indicador | Mesura sensible o NO sensible a la infermeria |
|---|---|
| Control òptim HTA | Sensible |
| Control acceptable diabetis | Sensible |
| Cobertura del càlcul del risc cardiovascular | Sensible |
| Cribratge consum alcohol adults | Sensible |
| Avaluació sobrepès i obesitat infantil | Sensible |
| Fluor tòpic població edat 7 anys amb risc alt de càries | No sensible |
| Cobertura vacunal població infantil | Sensible |
| Implantació del protocol PREALT | No sensible |
| Pacients PREALT amb contacte EAP <48h | No sensible |
| Especialitats farmacèutiques genèriques | No sensible |
| Nous medicaments no aporten valor afegit | No sensible |
| Cost mitjà per DDD d'IBP | No sensible |
| Cost mitjà per DDD d'IECA + ARA II | No sensible |
| Cost mitjà per DDD d'ISRS + AD de nova generació | No sensible |
| Cost mitjà per DDD de bifosfonats | No sensible |
| Subministrament de dades al CatSalut | No sensible |
| Transmissió dades CatSalut a data establerta | No sensible |
| Participació CDR càncers pròstata i bufeta urinària | No sensible |
| Taxa d'hospitalitzacions evitables ACSC | No sensible |
| Cobertura vacunal antitetànica adults | Sensible |
| Cobertura vacunal antigripal població ≥ 60 anys | Sensible |
| Cobertura vacunal antipneumocòccica població ≥ 60 anys | Sensible |
| Pacients exfumadors | Sensible |
| Cobertura de l'alletament matern | Sensible |
| Població >74 anys inclosa programa ATDOM amb valoració | Sensible |
| Cost d'absorbents incontinència urinària | No sensible |
| Programació visites internet | No sensible |

HTA= hipertensió arterial; PREALT= preparació de l'alta entre els hospitals d'aguts i l'atenció primària de salut; EAP= equip d'atenció primària; DDD= dosis diàries definides; IBP= inhibidors de la bomba de protons; IECA + ARA II= inhibidors de l'enzim convertidor d'angiotensina i d'antagonistes dels receptors d'angiotensina II; ISRS + AD de nova generació = antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) i antidepressius (AD) de nova generació; CDR = circuit de diagnòstic ràpid; ACSC= Ambulatory Care Sensitive Conditions; ATDOM = atenció domiciliària.

Font: Elaboració pròpia.

La informació sobre la tendència esperada en els resultats i la disponibilitat dels valors al llarg del període estudiat mostra que en la majoria dels casos la tendència esperada és positiva, essent negativa només en set indicadors, i que hi ha tretze indicadors dels quals es disposa de valors pels quatre anys (taula 22).

Taula 22: Indicadors inclosos en l'anàlisi que han permès el càlcul dels valors estandarditzats

| Indicador | Tendència esperada | Nombre d'anys amb valor disponible | Any de referència | Mitjana de referència (μ_{ref}) | Desviació estàndard de referència (σ_{ref}) |
|--|--------------------|------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|--|
| Control òptim HTA | + | 3 | 2006 | 41.17 | 8.31 |
| Control acceptable diabetis | + | 4 | 2006 | 59.05 | 7.06 |
| Cobertura del càlcul del risc cardiovascular | + | 4 | 2006 | 47.22 | 16.06 |
| Cribratge consum alcohol adults | + | 4 | 2006 | 42.88 | 12.42 |
| Avaluació sobrepès i obesitat infantil | + | 4 | 2006 | 45.47 | 20.73 |
| Fluor tòpic edat 7anys amb risc alt de càries | + | 3 | 2006 | 54.76 | 25.85 |
| Cobertura vacunal població infantil | + | 4 | 2006 | 81.01 | 5.44 |
| Implantació del protocol PREALT | + | 2 | 2006 | 96.70 | 17.15 |
| Pacients PREALT amb contacte EAP <48h | + | 3 | 2007 | 86.06 | 18.97 |
| Especialitats farmacèutiques genèriques | + | 4 | 2006 | 20.42 | 2.84 |
| Nous medicaments no aporten valor afegit | - | 4 | 2006 | 2.65 | 0.32 |
| Cost mitjà per DDD d'IBP | - | 2 | 2008 | 31.67 | 2.93 |
| Cost mitjà per DDD d'IECA + ARA II | - | 2 | 2008 | 33.06 | 3.42 |
| Cost mitjà per DDD d'ISRS + AD de nova generació | - | 2 | 2008 | 70.47 | 3.67 |
| Cost mitjà per DDD de bifosfonats | - | 2 | 2008 | 110.20 | 3.84 |
| Subministrament de dades al CatSalut | + | 4 | 2006 | 68.81 | 18.52 |
| Transmissió dades CatSalut a data establerta | + | 4 | 2006 | 91.99 | 25.91 |
| Participació CDR càncers pròstata bufeta urinària | + | 2 | 2007 | 68.17 | 42.50 |
| Taxa d'hospitalitzacions evitables ACSC | - | 4 | 2006 | 6.62 | 0.79 |
| Cobertura vacunal antitetànica adults | + | 3 | 2006 | 44.85 | 13.48 |
| Cobertura vacunal antigripal població ≥ 60 anys | + | 4 | 2006 | 60.13 | 6.68 |
| Cobertura vacunal antipneumocòccica població ≥ 60 anys | + | 3 | 2006 | 44.19 | 18.80 |
| Pacients exfumadors | + | 4 | 2006 | 27.92 | 9.50 |
| Cobertura de l'alletament matern | + | 3 | 2006 | 40.39 | 15.94 |
| Població >74 anys inclosa programa ATDOM amb valoració | + | 4 | 2006 | 44.24 | 24.03 |
| Cost d'absorbents incontinència urinària | - | 4 | 2006 | 396.39,44 | 5015.66 |
| Programació visites internet | + | 2 | 2006 | 72.99 | 35.56 |

HTA= hipertensió arterial; PREALT= preparació de l'alta entre els hospitals d'aguts i l'atenció primària de salut; EAP= equip d'atenció primària; DDD= dosis diàries definides; IBP= inhibidors de la bomba de protons; IECA + ARA II= inhibidors de l'enzim convertidor d'angiotensina i d'antagonistes dels receptors d'angiotensina II; ISRS + AD de nova generació = antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) i antidepressius (AD) de nova generació; CDR = circuit de diagnòstic ràpid; ACSC= Ambulatory Care Sensitive Conditions; ATDOM = atenció domiciliària.

Font: Elaboració pròpia.

Els sis indicadors que no s'han inclòs en l'anàlisi estadístic, i pels quals no s'ha calculat el valor estandarditzat, han estat els següents:

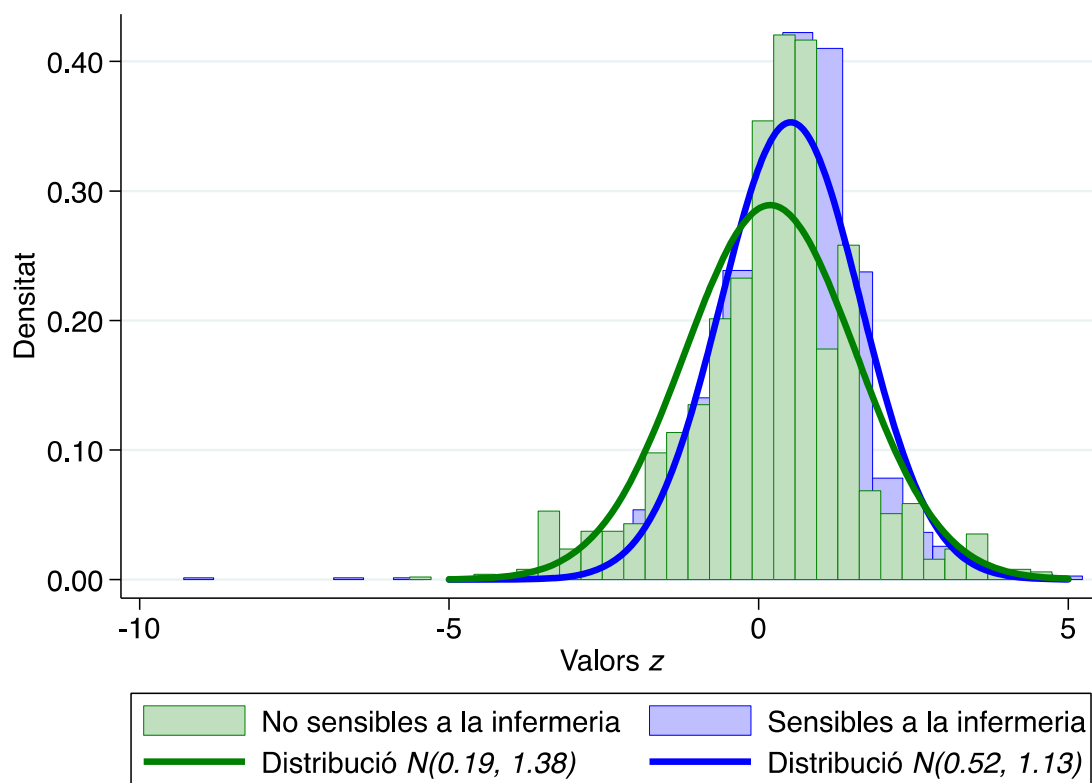
- Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat
- Cost mitjà per dosis diàries definides d'estatines
- Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora
- Implantació d'actuacions de millora sobre l'adequació de la informació
- Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades
- Població major de 74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics

Els motius pels quals s'han exclòs han estat o bé perquè només es disposa d'un any d'informació o bé perquè la desviació estàndard de l'any de referència és igual a zero.

4.2. Anàlisi comparativa en funció del grau de participació infermera en base a la sensibilitat de les mesures a la infermeria

Mirant l'histograma dels residus dels valors estandarditzats es pot comprovar gràficament la hipòtesi de normalitat (figura 31). El gràfic mostra els valors normalitzats sensibles a la infermeria (de color blau) i els valors normalitzats no sensibles a la infermeria (de color verd), mostrant una normalitat raonable en ambdós casos que, per tant, permet considerar raonable la comparació entre ambdues mostres.

Figura 31: Histograma de residus dels valors estandarditzats observats (barres) i valors i distribucions ajustades (línies) dels Indicadors inclosos en l'anàlisi en funció de la sensibilitat de la mesura a la infermeria

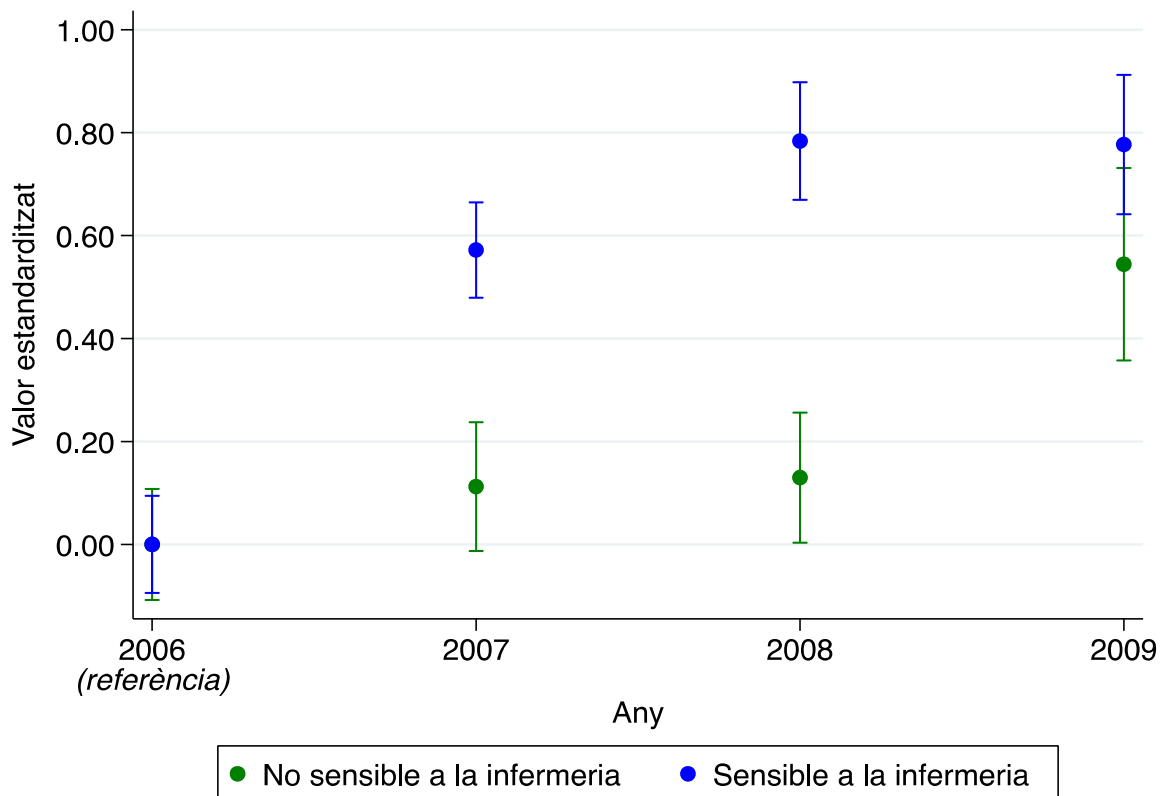


Font: Elaboració pròpia.

Els models de regressió utilitzats per comparar els grups s'han ajustat per any per tal d'eliminar l'efecte del temps. Això proporciona informació addicional que és la diferència entre els anys. L'any 2006 s'ha pres com a referència ja que aquest és el primer any del qual es té informació de la gran majoria d'indicadors.

La representació gràfica del càlcul de les mitjanes i del seu interval de confiança al 95% dels valors estandarditzats per a cadascun dels anys del període en estudi, 2006 – 2009, mostra diferències entre els valors corresponents als indicadors sensibles a la infermeria (de color blau) i els valors corresponents als indicadors no sensibles a la infermeria (de color verd) (figura 32).

Figura 32: Representació gràfica de les mitjanes i intervals de confiança al 95% dels valors estandarditzats dels Indicadors inclosos en l'anàlisi en funció de la sensibilitat de la mesura a la infermeria



Font: Elaboració pròpia.

S'observa que tant els valors dels indicadors sensibles com els no sensibles a la infermeria milloren any darrera any, però els valors dels indicadors sensibles a la infermeria (de color blau) mostren una millora per sobre dels valors dels indicadors no sensibles a la infermeria (de color verd).

Els resultats de la regressió multinivell, on la variable depenent és el valor estandarditzat (o valor z), en la comparació de la millora entre els valors corresponents al grup d'indicadors no sensibles a la infermeria i els sensibles a la infermeria mostren una diferència estadísticament no significativa amb un $p=0.0981$, malgrat s'hagi observat que any darrera any hi ha diferències entre un i altre grup i que, gràficament, la millora és major en els indicadors sensibles a la infermeria.

Taula 23: Taula resum dels resultats de la regressió multinivell

| Variable | | Diferència aritmètica | (Interval Conf. 95%) | valor p | valor p global |
|------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------|----------|----------------|
| <i>Part fixa</i> | | | | | |
| Grup | No sensible a la infermeria | <i>referència</i> | - | - | - |
| | Sensible a la infermeria | 0.33 | (-0.06; 0.72) | 0.0981 | |
| Any | 2006 | <i>referència</i> | - | - | < 0.0001 |
| | 2007 | 0.38 | (0.27; 0.49) | < 0.0001 | |
| | 2008 | 0.47 | (0.36; 0.58) | < 0.0001 | |
| | 2009 | 0.73 | (0.61; 0.85) | < 0.0001 | |

p-valor global calculat mitjançant el test de Wald
Font: Elaboració pròpia.

VI. Discussió

La millora de la qualitat de l'activitat sanitària és essencial per als professionals i les organitzacions sanitàries, i beneficia a les persones a les que atén i dona cobertura. Aquesta investigació concep a la infermeria com una professió que porta implícita la garantia de qualitat en tot allò que abasta, i considera cabdal integrar la cultura de la transparència i el rendiment de comptes com a part del dia a dia de les infermeres. Tanmateix, es defensa que la pràctica del rendiment de comptes i del *benchmarking* hauria de formar part de la pràctica habitual infermera a Catalunya i s'hauria de centrar en estàndards basats en l'evidència.

Es planteja un posicionament infermer proactiu i pragmàtic, que actua de manera pràctica en front de la resolució dels problemes i de les situacions relatives a la salut en les que es troben immerses les persones; des del prisma d'un sistema de salut que evoluciona, de manera constant, per tal d'adaptar-se a les realitats actuals i futures dels ciutadans.

Així mateix, s'impulsa una infermeria que demostra la seva contribució al sistema sanitari i el seu retorn a la ciutadania en forma de resultats en salut. Calen, però, uns sistemes d'informació més evolucionats; que permetin l'ús del coneixement infermer per la mesura del seu rendiment, en termes equivalents als que s'empren per mesurar l'acompliment de les fites d'uns serveis sanitaris de qualitat. Cal recordar que és l'autoritat sanitària la que marca aquestes fites; alhora que també és la responsable d'elaborar i aprovar el marc normatiu, el sistema de finançament, la prestació de serveis i la generació de recursos que permetrà, o no, avançar a la professió infermera¹⁰⁷.

El present treball dirigeix la mirada cap a la necessitat de comparar el grau d'acompliment de les prioritats en salut dels serveis sanitaris de l'atenció primària de Catalunya. Per fer-ho, compara els resultats de la part variable de la compra de serveis, a nivell territorial i durant un període de temps determinat, que realitza l'asseguradora pública a les entitats proveïdores de serveis públics de salut a Catalunya. Així, es promou que les organitzacions i serveis comparteixin coneixement per tal d'afavorir un equilibri en el rendiment de les organitzacions sanitàries i, específicament, en el rendiment infermer. Aquesta part variable de pagament depèn directament de l'acompliment dels objectius que es recullen al contracte i que es situa al voltant del 5%. Concretament, pel que fa a l'atenció primària i prenent com a base els Pressupostos de la Generalitat de Catalunya de l'any 2012¹⁰⁸, s'estima que aquest percentatge equivaldria a la xifra aproximada de 66 milions d'euros anuals.

L'estudi s'ha desenvolupat a partir de la necessitat sentida i expressada d'aplicar la visió infermera en la planificació sanitària. Es considera que aquest objectiu s'ha assolit mitjançant el plantejament d'una primera part d'anàlisi descriptiva que, voldria ser un producte útil per als planificadors sanitaris, que representés gràficament l'evolució dels

resultats de la part variable de la compra de serveis i la comparació entre els territoris, especialment en aquelles qüestions en les que el grau de participació dels professionals d'infermeria és alt. Per tal de complementar amb rigor aquesta informació, s'ha considerat oportú incorporar una anàlisi estadística per comparar els resultats dels indicadors sensibles a la infermeria d'aquells que no ho són, i comprovar-ne la significació estadística.

La selecció de les mesures sensibles a la infermeria s'ha fonamentat en els estàndards NQF sensibles a la infermeria en l'àmbit de l'atenció primària, comunitària i ambulatoria, i en les aportacions bàsicament de Swan i Griffiths sobre mesures sensibles a la infermeria basades en el QOF, del NHS, i en la *Community-Based Quality Indicators de la American Nurses Association*, la *CMS Physician Quality Reporting Initiative* i la *CMS Physician Quality Reporting*²⁴ per a establir la base de la mesura de la contribució infermera a l'atenció primària de salut de Catalunya. S'han pogut creuar les mesures identificades pels autors d'aquests treballs amb els indicadors de les avaluacions anuals de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària corresponents al període 2006-2009, que complien els criteris d'inclusió de l'estudi. Això ha permès identificar indicadors que s'han considerat sensibles a la infermeria.

El fet de centrar el treball d'identificació de les mesures sensibles a la infermeria en aquestes iniciatives ha estat sobretot perquè, per exemple, indicadors com els de la NQF a no només s'han desenvolupat en base a l'evidència i han estat aprovats mitjançant un procés molt rigorós de consens, sinó que també gaudeixen d'un ampli reconeixement. Experiències tant importants com la *National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®)*^{15-16,63,88} de l'ANA, que és una de les bases de dades d'indicadors i resultats d'infermeria que recull i avalua dades sensibles a la infermeria específiques a nivell nacional als EUA, reconeix el treball de la NQF i ha participat en les seves definicions. També, pel que fa al *Quality and Outcomes Framework (QOF)*, aquest programa d'incentius que premia les pràctiques que assoleixen els estàndards fixats per una organització reconeguda, per la seva trajectòria en el desenvolupament de guies per tal de garantir una atenció segura, d'alta qualitat i basada en l'evidència: el *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*⁹⁴.

Aquest plantejament ha permès identificar tretze objectius amb tretze indicadors que compleixen la definició de mesura sensible a la infermeria adoptada en aquest estudi. Les mesures estan relacionades amb problemes de salut com la hipertensió arterial (HTA), la diabetis, el risc cardiovascular, el consum d'alcohol i de tabac, la cobertura de les immunitzacions, el sobrepès i la obesitat infantils, i d'intervencions com l'alletament matern o el seguiment i valoració de la població major de 74 anys, tant en el seu domicili com en els centres d'atenció primària. Es considera que aquestes mesures deriven de conegudes o

àmpliament reconegudes associacions entre els resultats sensibles a la infermeria i les intervencions pròpies dels professionals d'infermeria, totes elles dirigides a la millora de resultats, tal com indicaven Griffiths i cols³.

Aquestes mesures es relacionen directament amb els principals factors de risc i també amb alguns dels problemes de salut més prevalents i grans consumidors de recursos. Se sap que la hipertensió és un problema important de salut pública i s'associa amb accidents cerebrovasculars i cardiovasculars. Això resulta en un augment de la morbiditat i mortalitat de les persones i un augment dels costos dels serveis de salut¹⁰⁹. Alhora, la malaltia cardiovascular és una de les principals causes de mort entre els adults en molts països desenvolupats. La monitorització del risc cardiovascular és cabdal per a la prevenció de la malaltia i la mesura del perfil lipídic és una les proves més importants per al seu control. La diabetis mellitus és una malaltia crònica que es caracteritza per un augment del nivell de glucosa a la sang. La prevalença de la diabetis mellitus augmenta ràpidament com a resultat de la obesitat, l'envelliment i el sedentarisme. La persona diabètica presenta diferents necessitats d'aprenentatge relacionats amb l'alimentació, el control i seguiment i el tractament de la diabetis. Però el sobrepès i l'obesitat no només afecta als adults, també afecta a la població infantil. En la instauració de l'obesitat infantil poden influir diversos factors, com l'excés en la ingesta calòrica i una disminució de l'exercici o els factors ambientals i els costums de la família¹¹⁰. El consum d'alcohol junt amb el tabaquisme, la nutrició i l'activitat física són els principals factors de risc d'estils de vida per a les malalties cròniques.

Les infermeres, membres integrals de l'equip d'atenció primària de salut, estan directament implicades en la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, i en el maneig dels factors de risc, de les malalties cròniques, i de les situacions de salut relacionades amb la salut maternoinfantil i l'envelliment, entre altres. Per tant, participen en el seu abordatge.

Les referències en la literatura relatives, per exemple, a les intervencions quasi exclusivament infermeres de promoció de la salut¹¹¹, sobre l'eficàcia d'aquestes intervencions en la reducció del risc cardiovascular^{9,112} i en la millora dels resultats de la pressió arterial^{59,94} i del control glicèmic¹¹³, són coherents amb el conjunt de mesures sensibles a la infermeria seleccionades en la present tesi a partir del llistat d'indicadors emprats per a l'avaluació de la part variable de la compra de serveis de l'atenció primària. Entre algunes d'aquestes intervencions es poden destacar les de promoció de la salut centrada en les persones hipertenses, que inclouen mesures com la monitorització i identificació de barreres pel control i l'educació sanitària sobre els hàbits de vida i recomanacions centrades en la pressió arterial¹¹¹. Un dels resultats associats a les cures d'infermeria és la millora d'indicadors fisiològics com per exemple la millora de la pressió

arterial⁵⁹, tal com indicava Swan²⁴ en relació als treballs del *National Quality Forum* (NQF) i les iniciatives del *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS), i Griffiths i cols.^{3,58} en relació a treballs com el del *Quality Outcomes Framework* (QOF), sobre els que s'ha basat la selecció de mesures sensibles a la infermeria per aquesta investigació.

En línia amb aquests treballs, també s'ha suggerit que la pràctica infermera representa un complement útil per als models actuals de gestió de la malaltia cardiovascular^{9,112}. L'evidència disponible sobre l'eficàcia de les intervencions infermeres en la reducció del risc cardiovascular en adults sans i en aquells amb malaltia cardiovascular o amb factors de risc cardiovasculars, mostra que malgrat les intervencions per a reduir aquests factors s'han produït resultats variables, que ofereixen un potencial significatiu per a modificar el seu perfil de risc⁹. Aquesta informació és coherent amb la presència de variabilitat en els resultats obtinguts en la comparació entre territoris, tot i que existeix una millora progressiva dels resultats inclosos en l'anàlisi any darrera any. A més, també hi ha evidència de la millora dels resultats de la pressió arterial amb intervencions dirigides per la infermera en persones hipertenses diabètiques en comparació amb l'atenció dirigida pel metge⁹⁴. Així mateix, hi ha evidència relativa a la millora del control glicèmic com a un dels principals beneficis de les intervencions dirigides per una infermera en l'atenció a les persones diabètiques¹¹³, com també en la gestió de casos dirigida per infermeres que es presenta com una estratègia clínica efectiva en casos de diabetis mal controlada¹¹⁴. Altres estudis han mostrat que actuacions com la intervenció breu per fomentar el consum de fruites i verdures, realitzat per les infermeres en els centres d'atenció primària, ha demostrat ser eficaç entre els grups de població amb pocs ingressos¹¹⁵. Aquesta evidència està d'acord amb el que plantejaven Griffiths i cols.³ en relació a que, per exemple, l'aplicació de la valoració del risc nutricional pot ser identificat com un indicador de qualitat perquè es reconeix com una intervenció d'infermera que porta a millors resultats.

El fet que les infermeres de salut comunitària estiguin en condicions de proporcionar accions centrades en els estils de vida, i l'oportunitat que tenen de veure a les persones en les seves pròpies llars durant un període prolongat de temps, fa que puguin oferir intervencions oportunes i augmentar la motivació a través de contactes repetits¹¹⁶. D'acord al NICE, en una actuació centrada en el consell breu de deu minuts sobre l'alcohol, s'indica que les intervencions realitzades per infermeres són potencialment menys costoses que les realitzades pel metges de capçalera, i per tant seria un ús convenient dels recursos financers, sempre que hi hagi proves que suggereixin que les accions centrades realitzades centrades en el canvi de comportament són igual d'efectives¹¹⁷. Igualment, les revisions d'evidència del NICE recolzen l'eficàcia tant de les accions breus rutinàries realitzades per metges com de les intervencions breus estructurades dels professionals d'infermeria, però

cal destacar que el cost és menor en el cas de les realitzades per infermeres¹¹⁸. Cal tenir en compte que les actuacions per deixar de fumar són efectives en la promoció de l'abstinència fins a un any, sempre i quan es proporcionen amb intensitat suficient i amb un mínim de seguiment mensual¹¹⁹.

Malgrat l'evidència disponible, es precisa més investigació per determinar quines intervencions dirigides per infermeres són les més efectives i tenir en compte que la importància dels canvis, per a la salut pública, depèn del manteniment del propi canvi i del seu efecte en els resultats de salut de les persones.

En l'anàlisi descriptiva realitzada s'observa que, en termes generals, els resultats milloren al llarg del temps i cap territori presenta la totalitat dels seus resultats molt per sobre o per molt per sota de l'interval proper al valor de referència establert. En aquest sentit, es creu que els resultats són prou realistes atès que difícilment hi haurà territoris en els que tot es faci molt bé o tot molt malament. Es considera que l'objectiu a assolir seria que tots els resultats de tots els territoris haurien de millorar al llarg del temps, i tendir a apropar-se al valor de referència o estàndard predeterminat. Tanmateix, en el cas que cap equip arribés mai a assolir un estàndard, s'hauria de plantejar la revisió del mateix.

Pel que fa a l'anàlisi temporal dels resultats, s'observa que l'evolució en la majoria d'indicadors, pels quals es pot calcular la variació en el temps, concorda amb la tendència esperada de l'objectiu formulat en termes d'increment o disminució. És a dir, en general tots milloren excepte el temps en la transmissió de dades, el percentatge d'exfumadors i el cost dels absorbents; dels resultats que no segueixen la tendència esperada, s'observa una disminució en el procés de transmissió de dades completat a la data establerta, una disminució dels exfumadors de l'any i un augment del cost d'absorbents en la població amb incontinència.

Entre les mesures amb resultats que no milloren, la disminució dels exfumadors de l'any és una de les que s'ha considerat sensible a la infermeria. Davant d'aquest fet, els resultats s'haurien d'analitzar amb major profunditat per establir les causes de l'evolució i determinar-ne l'impacte, atès que l'únic que es pot observar és que hi ha una certa tendència a la baixa pel que fa la cobertura de la informació en aquest indicador, passant d'un 98,8% l'any 2006 a un 76%, un 64,8% i un 83,19% de proveïdors declarants, corresponents als anys 2007, 2008 i 2009 respectivament. La regió sanitària de Lleida és la única que va mantenir el nivell en la cobertura de la declaració malgrat els resultats van patir una disminució. Cal destacar que s'observa una disminució general, tot i que molt variable, en el comportament de declaració de les dades en el cas dels objectius comuns per tota Catalunya. Una possible explicació podria ser que, donat l'esforç necessari per a la recollida de la informació

necessària i l'augment gradual del percentatge de la part variable destinada als objectius específics formulats des de les regions sanitàries en detriment dels objectius comuns, hagués fet disminuir de manera no uniforme la cobertura de la declaració d'aquells resultats que són més difícils d'obtenir. En tot cas, no es podria atribuir aquesta variabilitat a la qualitat de l'atenció.

La variabilitat territorial, en coherència amb la literatura^{13,15,22-23,38,57,120}, és present en tots els resultats, exceptuant aquells en els que la possibilitat de resposta dicotòmica (sí/no) no aporta prou informació. És d'especial interès el fet que la variabilitat territorial més important s'observa en dues mesures considerades sensibles a la infermeria. En aquest cas, les variabilitats més grans observades es donen en els resultats obtinguts per la població major de 74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics, i pels exfumadors. Cal recordar que el fet de disposar només d'un any, el 2008, amb dades de població major de 74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics no ha fet possible la inclusió d'aquest indicador en l'anàlisi estadística.

L'anàlisi descriptiva de l'evolució temporal i de la variabilitat territorial permet detectar comportaments i serveix de guia per identificar aquelles intervencions o fenòmens prioritzats, en els que caldria aprofundir mitjançant un plantejament de preguntes i la realització d'una anàlisi més exhaustiva. En els objectius prioritzats dirigits a la disminució de dosis diàries definides d'alguns medicaments cars, es recomanaria aprofundir, en cas que no s'hagi fet, en el cost-efectivitat d'aquesta actuació. L'anàlisi basada en els territoris més petits permet un acostament més precís a les realitats i permet identificar millor els comportaments dels proveïdors, en aquest sentit, la iniciativa de la Regió sanitària de Barcelona en relació al *benchmarking* és un exemple a seguir. Després, un cop identificades les diferències importants, tant pel que fa als resultats com a la cobertura de la informació, s'hauria d'investigar la causa o el motiu.

Les tretze mesures identificades com a mesures sensibles a la infermeria en aquest estudi, mostren resultats positius en l'anàlisi descriptiva. En relació a les mesures de control òptim de la HTA en adults, el control acceptable de la diabetis en adults i l'avaluació del sobrepès i la obesitat infantil, la tendència dels resultats al llarg del temps és creixent i només un dels territoris, corresponent a la regió sanitària (RS) de l'Alt Pirineu i Aran, destaca negativament en tots tres casos, molt per sota dels altres. Cal destacar que per aquests tres objectius prioritzats, la majoria dels altres territoris superen àmpliament els estàndards establerts, exceptuant la Vall d'Aran de la qual no es van obtenir dades per a l'avaluació. Una dada que cal tenir en compte, és el fet que tots els equips d'atenció primària (EAP) de la RS de l'Alt Pirineu i Aran, excepte el de la Cerdanya i el de la Vall d'Aran, estaven gestionats pel mateix proveïdor. Una possibilitat a considerar és que, potser, la capacitat

d'aquest proveïdor, tant per a implantar programes específics, fer-ne el seguiment i l'avaluació com la seva capacitat per a gestionar la informació, poden haver estat aspectes clau en l'evolució dels resultats. Se sap que l' Institut Català de la Salut (ICS) disposa d'una xarxa important de professionals d'infermeria i de recursos així com un dels sistemes d'informació més desenvolupats del sistema sanitari català. De ser aquest el motiu, seria convenient una estratègia que impliqués sinèrgies entre els diferents proveïdors del territori, per la millora conjunta de la qualitat de l'atenció.

En el cas de la cobertura del càlcul del risc cardiovascular, la tendència és de millora dels resultats però s'observen nou territoris molt per sota de la resta (tres GTS corresponents a l'Alt Pirineu i Aran, dos de Girona, un de Catalunya Central, un de Lleida i dos de Barcelona). En aquest cas, la comparació entre territoris s'ha basat en el valor de referència de la mitjana de Catalunya, en absència d'un estàndard predeterminat. Tot i així, s'observa que en alguns casos de Lleida, Catalunya Central i Girona l'evolució temporal mostra una millora dels resultats any darrera any. Cal destacar que un dels GTS corresponents a l'Alt Pirineu i Aran va obtenir el millor resultat l'any 2008 a nivell de Catalunya. Aquest fet mostra, en línia amb les recomanacions dels experts, que cal avaluar tenint en compte el grau de millora de cadascú, sense obviar que la tendència ha de ser la d'aproximar-se al màxim a l'estàndard.

El cribratge del consum d'alcohol en població adulta, malgrat la tendència temporal dels resultats presenta una millora; a nivell de territoris s'observa que la major part (32) presenten nivells molt per sota de l'estàndard. L'objectiu d'assolir un determinat percentatge mínim de població assignada i atesa major de catorze anys amb cribratge sobre el consum d'alcohol es va incloure en tots quatre anys en estudi, és a dir, a l'any 2009 no es tractava d'un objectiu de recent incorporació que pogués explicar els resultats. De fet, el programa Beveu Menys va néixer l'any 1995, en el marc d'un projecte col·laboratiu internacional de l'OMS, i la seva implantació es va iniciar l'any 2002 i fins a cobrir la totalitat del territori català a principis de l'any 2009. Cal destacar que l'estàndard marcat (del 70% en l'any 2009), era superior al dels anys anteriors amb un 50% de persones amb cribratge del consum d'alcohol i que, d'haver-lo mantingut, la lectura seria de gairebé la totalitat de territoris amb resultats pròxims a l'estàndard.

La cobertura de la immunització infantil incrementa en el temps i, a nivell territorial, s'observen trenta territoris per sota de l'estàndard establert (95% de cobertura vacunal infantil). Si s'analitza en relació a la mitjana de Catalunya (87,8%), s'identifiquen dos GTS amb resultats molt per sota (un corresponent a l'Alt Pirineu i Aran i l'altre de Terres de l'Ebre). En relació a la cobertura vacunal antitetànica, antigripal i antipneumocòcica en adults, la tendència dels resultats en el temps és positiva i només en vuit (dos GTS de l'Alt

Pirineu i Aran i la resta de Barcelona), tres (un GTS de l'Alt Pirineu i Aran i dos de Barcelona) i set (un GTS de l'Alt Pirineu i Aran i la resta de Barcelona) territoris respectivament, mostren resultats bastant per sota de l'estàndard, en cas de l'antigripal, o de la mitjana de Catalunya, en el cas de l'antitetànica i l'antipneumocòcica. Per una correcta interpretació dels resultats, s'hauria de conèixer quin ha estat l'efecte de la negativa a la vacunació per part del usuari i com comptabilitzen. En cas que no es tinguessin en compte les vegades que els usuaris no s'han volgut vacunar s'hauria de plantejar una formulació de l'indicador que contemplés les negatives.

En el cas dels resultats de la població exfumadora, tal com s'ha esmentat anteriorment, la tendència en el temps és negativa i els resultats de a l'any 2009 presenten una de les variabilitats territorials més grans. En aquest cas, gairebé el 50% dels territoris es troben per sota de mitjana de Catalunya (corresponents l'Alt Pirineu i Aran, a Lleida i a les Terres de l'Ebre en la seva totalitat, un GTS del Camp de Tarragona i cinc de Barcelona). El tabaquisme és un dels principals problemes de salut a Catalunya i cal recordar que no va ser fins l'any 2011 que es va aplicar la normativa antitabac més restrictiva que, juntament amb les campanyes antitabac, garantia un impacte en el nivell de la sensibilització de la població vers als efectes del tabac. El fet que es contemplin els exfumadors (que fa un any que no fumen) podria dificultar el seguiment d'aquestes persones si no s'adopta una actitud proactiva per tal de garantir el correcte seguiment i registre dels casos. Caldria aprofundir en els motius d'aquests resultats i, potser, en la formulació de l'indicador, tenint en compte però, que el canvi d'hàbits com en el cas del consum del tabac s'ha considerat una tasca complexa.

Pel que fa a la cobertura de l'al·letament matern, l'evolució temporal és positiva i tots els territoris mostren resultats similars o per sobre de l'estàndard. Es considera que els resultats obtinguts es poden associar al fet que durant el període d'estudi es van dur a terme grans esforços i polítiques importants en allò relatiu a la millora de la salut maternoinfantil.

En relació als resultats de cobertura de la valoració integral bàsica o valoració geriàtrica en persones de més de 74 anys incloses en el programa d'atenció domiciliària s'observa una tendència positiva en els resultats globals del període, on només vuit territoris es troben per sota de la mitjana de Catalunya (dos GTS de l'Alt Pirineu i Aran, dos de Girona, un de Lleida, i dos de Barcelona). Cal recordar que l'atenció a domicili l'assumeixen majoritàriament els EAP. Es considera imprescindible la identificació i elaboració d'un pla de cures, que inclogui la valoració, per a totes les persones incloses en programa ATDOM. No obstant, la variabilitat mostra dinàmiques diferents en territoris diferents i, en aquest cas, de proveïdors diferents. Pel que fa a la mesura de cobertura dels riscos geriàtrics en les persones de més de 74 anys, només es va incloure l'any 2008, per tant no és possible

conèixer la tendència temporal a partir de les dades, però cal destacar que més del 60% dels territoris amb dades vàlides es troben per sota de la mitjana. Es creu que un dels motius principals és el fet que l'objectiu es va incloure a la part variable de compra de serveis només l'any 2008, per tant, es tractava d'una mesura de nova incorporació i que després es va discontinuar.

Una observació vàlida, per a la major part dels tretze indicadors sensibles a la infermeria identificats, és la necessitat de fixar un valor mínim de prevalença en base a l'epidemiologia de cadascun dels problemes de salut per tal d'evitar una infradeclaració dels casos, que podria derivar en uns resultats falsament favorables. Aquest biaix s'ha anat rectificant, per exemple pel que fa als objectius relatius al control òptim de la HTA i l'acceptable de la DM, però, hi ha altres mesures de les quals no es disposa informació sobre la seva prevalença, fent que sigui difícil establir uns mínims que no comprometin el grau d'assoliment dels objectius.

S'ha de prendre consciència que la variabilitat entre els territoris no es pot aïllar de factors com la distribució de la població i dels recursos sanitaris, les característiques i particularitats dels equips d'atenció i dels seus professionals, i dels sistemes d'informació disponibles. També cal tenir en compte l'impacte del consum de medicaments, com per exemple el cas dels fàrmacs antihipertensius i com afecta al control òptim de la HTA. Els professionals d'infermeria han de conèixer els factors que poden influir en els resultats sensibles a la infermeria, i tenir-los en compte quan es mesura el rendiment infermer.

En l'anàlisi estadística, els resultats sobre les mesures sensibles a la infermeria mostren millores per si soles. Aquesta millora es manté quan s'ajusta per les mesures repetides (anys) i es tenen en compte l'estructura de variàncies, és a dir, també quan es comparen any a any. A més, l'evolució en el temps dels resultats de les mesures sensibles a la infermeria és positiva, igual que en el cas de les mesures no sensibles a la infermeria. Cal destacar que el fet que en l'anàlisi s'inclouin indicadors dels quals no es disposa de dades per a l'inici del període d'estudi, és a dir, sense dades disponibles per l'any 2006, fa que hi hagi un biaix cap al zero. Tenint en compte aquesta limitació, es creu que les diferències entre els anys podrien ser una mica més grans que les observades en aquest estudi. A més, malgrat no es disposa d'evidència estadística que demostrï que els grups d'indicadors sensibles i no sensibles a la infermeria siguin diferents [no mostren significació estadística ($p=0.09$)], en aquest estudi s'observa que els resultats de les mesures sensibles a la infermeria estudiades estan lleugerament per sobre de les no sensibles. Es creu que això és així per què, en general, les infermeres de l'atenció primària són professionals competents i compromeses, que treballen de manera eficient i saben què cal fer per tal de millorar la

qualitat de l'atenció; són professionals que han integrat en la seva pràctica habitual les intervencions dirigides a la millora de la salut de les persones.

El rol de la infermera a l'atenció primària és cabdal. Tal com el va definir l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 1998 per la infermera del Segle XXI, abasta la promoció d'estils de vida, l'accessibilitat als serveis de salut, la prevenció de lesions i malalties, l'orientació en l'ús dels serveis, la prestació de cures, la recuperació funcional i de rols i l'ajuda a una mort digna⁷³. A més, cal recordar que, a la 62a *World Health Assembly* de l'OMS, celebrada a Ginebra l'any 2009, en la que es va adoptar una resolució per la renovació dels principis de l'atenció primària¹²¹, es va indicar que les infermeres i les llevadores, són components vitals entre els professionals de la salut, i són professionals reconeguts perquè contribueixen de manera significativa als èxits de l'atenció primària i als objectius del mil·lenni.

El fet que les infermeres i les llevadores tinguin un contacte íntim amb moltes persones, fa que hagin de ser competents en els principis i pràctiques de salut pública, de manera que puguin aprofitar totes les oportunitats per influir en els resultats de salut i les polítiques necessàries per assolir-los, especialment aquells que treballen en la comunitat així com a les escoles, la indústria, les presons, etc. La influència política, la capacitat per prendre decisions, així com les competències financeres, comercials i culturals seran una part important del nou repertori de totes les infermeres i les llevadores, per tant, s'ha de dotar els professionals per treballar amb eficàcia més enllà dels confins de la salut i la malaltia i que els permeti treballar en tots els nivells i en tots els sectors rellevants¹²².

La comparació dels resultats obtinguts en l'anàlisi descriptiva i estadística, que examina l'impacte de les mesures considerades sensibles a la infermeria *versus* les no sensibles, en termes de millora en els resultats al llarg dels anys del període d'estudi, és difícil degut a l'absència d'estudis similars en la literatura disponible. Malgrat això, els resultats són coherents amb els resultats d'estudis centrats en l'impacte de l'atenció infermera en els resultats de les persones ateses i en el treball en equip interdisciplinari que s'ha observat positiu. Es considera que això és degut a les aptituds i actituds de tots els professionals que formen els equips d'atenció primària de salut de Catalunya. I, de la mateixa manera que es defensa la competència i el compromís de les infermeres, en aquest estudi es defensa també el dels altres components dels EAP; i es defensa que una atenció de qualitat d'alt valor només és possible amb l'actuació conjunta d'un equip interdisciplinari d'atenció primària, en un entorn que permeti la continuïtat de l'atenció integral i integrada, tal com promou el model sanitari català.

En els darrers anys, l'evidència ha documentat la influència de les cures infermeres en la seguretat del pacient i en els resultats en salut, i s'han publicat diversos estudis que descriuen els vincles entre la infermeria i la qualitat sobretot en l'àmbit hospitalari^{20,29,52-57} i menys en l'àmbit de l'atenció primària⁵⁸⁻⁵⁹.

Les investigacions disponibles en la literatura s'han centrat principalment en examinar l'associació de la dotació i el conjunt de capacitats o nivells d'habilitats del personal amb els resultats dels pacients. En menor mesura també s'han estudiat altres variables estructurals (com, per exemple, l'absentisme, la formació de les infermeres i l'abandó de la professió) i processos d'atenció (com l'assessorament per deixar de fumar) per la seva associació amb els resultats. Malgrat hi ha evidència d'una associació entre la dotació de personal d'infermeria i la mort de pacients hospitalitzats, les complicacions greus tractables dels pacients quirúrgics i les caigudes durant la hospitalització, l'evidència no és prou consistent pel que fa a l'associació de la infermeria amb la mortalitat hospitalària, la trombosi venosa profunda i les sèpsies²⁰.

D'acord amb Needleman i cols.²⁰ es considera que quan es dissenyen sistemes per a la mesura de l'acompliment infermer s'ha de prendre una decisió fonamental: decidir sota quins criteris s'acceptaran les mesures com a indicatius de l'acompliment infermer. El repte està en demostrar l'associació entre els elements clau dels processos infermers i les mesures de l'acompliment infermer i, l'associació entre aquests elements i els resultats en les persones. Pel que fa a les mesures de resultat emprades per avaluar les cures infermeres, aquestes estaran clarament associades als processos infermers, tot i que poden no estar ben documentades, mentre que la identificació de mesures associades a la infermeria amb impacte en els resultats dels pacients és més complexa, degut a que molts factors poden contribuir en un resultat.

Així, la defensa d'un resultat considerat sensible a la infermeria dependrà de la investigació primària, i aquest tipus de recerca es veu influenciada per diversos factors com les explicacions teòriques que associen la contribució i els processos infermers als resultats, i per altra banda, la disponibilitat i utilització de mesures que hagin demostrat la seva fiabilitat i validesa⁸¹. A més, a banda d'estar basades en l'evidència, aquestes mesures s'han de documentar i poder capturar mitjançant els sistemes d'informació existents.

Els resultats en els pacients més utilitzats associats a indicadors sensibles a la infermeria són les complicacions, com les infeccions nosocomials i les úlceres per pressió, les derivades d'un grup de mesures exploratòries, com per exemple l'hemorràgia gastrointestinal, i també les sèpsies o les aturades cardíques, les complicacions quirúrgiques com la infecció de la ferida o la insuficiència respiratòria, la durada de l'estada

del pacient, la fallida en la resposta a una condició urgent d'un pacient com una aturada cardíaca, i la trombosis venosa profunda, potencialment resultant en un increment de la morbimortalitat^{82,84,123-124}.

Quan es creua aquest coneixement amb els resultats avaluats en la part variable de la línia d'atenció primària a Catalunya, només algunes complicacions, com per exemple les úlceres per pressió, formen part dels ítems que es poden relacionar amb l'avaluació dels riscos geriàtrics realitzada a la població major de 74 anys.

Es considera que, en cas de dur a terme el mateix tipus d'estudi, o si es revisessin els indicadors de qualitat utilitzats per l'autoritat sanitària a Catalunya, centrat en les línies d'atenció hospitalària i de la sociosanitària, la major part de resultats en les persones que s'empren a l'actualitat per l'avaluació de la qualitat dels serveis, coincidiria amb els resultats esmentats anteriorment i, per tant, es podrien associar a indicadors sensibles a la infermeria àmpliament reconeguts.

En l'atenció primària del Regne Unit, es va poder associar significativament un major nivell de personal d'infermeria, millors registres clínics, de formació i de reflexió al voltant dels resultats de les enquestes als pacients, controlant l'efecte dels factors d'organització, a la millora de l'atenció clínica de la Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC), les malalties cardiovasculars, la diabetis i l'hipotiroidisme⁵⁸.

Pel que fa a la visió global del rol de les infermeres de l'*atenció ambulatoria*, entesa tal i com la defineix l' *American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN)*, en allò relatiu al seu valor econòmic directe i indirecte hi ha estudis⁵⁹ que mostren que les intervencions de les infermeres, com l'assessorament i l'educació, les visites telefòniques, la gestió de casos i el reclutament de pacients s'associen a la millora en la satisfacció del pacient relacionada amb la continuïtat de l'atenció i la comunicació amb els proveïdors, la millora de l'autocura, la qualitat de vida i els indicadors fisiològics com per exemple la pressió arterial i l'hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c), menys visites o reingressos hospitalaris; menys visites als serveis d'urgències, eficiència operativa millorada, millora de la gestió de la demanda de serveis i reducció del cost i/o l'estalvi. L'any 2006, Swan i cols.⁵⁹ ja indicava que les infermeres havien d'associar les seves intervencions a la seguretat del pacient, com per exemple l'educació sobre els riscos i la gestió de la severitat dels símptomes, i que havien de desenvolupar la capacitat de reconèixer el valor de la seva contribució. Aquest valor ha de ser identificable i quantificable, com a part d'un tot i no com a element aïllat.

A més, cal destacar que en un estudi realitzat per l'asseguradora *Kaiser Permanente* es va observar que el 75% dels serveis d'atenció primària els podien proveir les infermeres de pràctica avançada les quals proporcionen una atenció primària de qualitat acceptada i

reconeguda pels usuaris, malgrat que per facilitar la seva plena utilització era necessari el reemborsament directe del *Medicare* i del *Medicaid*¹²⁵. No obstant això, les barreres la incorporació d'infermeres de pràctica avançada es van fer evidents per la resistència dels metges, les restriccions legals, la manca de reemborsament i la cobertura limitada per a la promoció de la salut i l'atenció preventiva¹²⁵.

En resum, l'evidència disponible generada per les iniciatives internacionals de mesura de l'acompliment infermer i de les mesures sensibles a la infermeria, que fonamenten la determinació de quins indicadors es podrien considerar sensibles a la infermeria, és variada però està poc desenvolupada en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària. Tot i així, les revisions recents²⁰ i les recomanacions que han derivat dels estudis que descriuen els vincles entre la infermeria i la qualitat confirmen la naturalesa, la importància i la necessitat de mesurar la contribució de la infermeria en la qualitat de l'atenció².

La identificació de les contribucions individuals i col·lectives dels professionals d'infermeria fora de l'àmbit hospitalari, i el valor del seu impacte en els resultats de les persones, ha estat i és una preocupació constant^{59,71-72}. Tot i així, els experts afirmen que no es preveu en un futur pròxim un canvi ràpid i dramàtic en la mesura de l'acompliment infermer fora de l'àmbit hospitalari. D'acord amb Swan, aquest canvi només es podria donar fonamentat en el lideratge i la col·laboració⁷¹. No obstant, es considera que, degut als canvis en les polítiques sanitàries centrats en el procés de transformació del model de sanitari a Catalunya i a molts altres països, per a dirigir-lo més cap a la prevenció i l'atenció de les persones amb problemes de salut crònics, o amb risc de patir-los, amb un abordatge més comunitari i a partir de la coordinació d'una atenció integral i integrada, i amb un increment de la capacitat resolutiva de l'AP, fa imprescindible plantejar el desenvolupament de mesures d'acompliment infermer més enllà de l'àmbit hospitalari.

La necessitat de comprendre millor la influència de la infermeria en els resultats de les persones és vital per al desenvolupament de la confiança en les mesures que tenen aquesta finalitat. L'actual i creixent cos d'investigació empírica ha contribuït a una millor comprensió de l'actuació dels professionals d'infermera i de l'impacte de la infermeria en la qualitat²⁰. Els indicadors de qualitat d'infermeria poden ser de gran valor en el desenvolupament d'informes de salut basats en l'evidència i s'ha de defensar la utilització d'indicadors de qualitat sensibles a la infermeria⁶³.

S'ha de tenir en compte, però, que hi haurà molts factors que poden influenciar els resultats i que els professionals d'infermeria, malgrat la seva implicació, poden no tenir el paper més rellevant. Es suggereix també, en línia amb la iniciativa d'Indicadors per a la Millora de la Qualitat (IQI) del Regne Unit⁹⁵, que cal un enfocament infermer transversal al

marge del tipus de servei o centre en el que es proporciona l'atenció. Per tant, els indicadors que s'han suggerit al llarg de la literatura, la majoria centrats en l'àmbit hospitalari, com per exemple el consell en l'hàbit tabàquic, s'han pogut considerar igualment indicadors sensibles a la infermeria en estudis centrats en l'atenció primària i comunitària.

El aquest context, el marc conceptual descrit per Kurtzman¹⁵ ofereix un model per defensar un canvi en les polítiques a les infermeres i a les seves organitzacions professionals. Els directius del sistema sanitari que tenen la llibertat d'establir polítiques podrien implementar aquest marc conceptual per assolir una atenció de valor més alt. Els compradors de serveis públics i privats que implementin els programes de pagament basats en el rendiment poden utilitzar aquest marc conceptual com a base pels seus dissenys. Finalment, els que desenvolupen les mesures es poden sustentar en aquest full de ruta per superar els buits en la mesura i els àmbits prioritaris pel desenvolupament i validació de mesures. Finalment, aquest posicionament proporciona el context i els components d'un sistema que, si s'implementés, mesuraria, informaria i recompensaria la contribució infermera de qualitat.

Els resultats d'aquesta investigació emmarcats en el context actual, determinen que per obtenir els millors resultats en la salut en les persones, l'atenció s'ha de centrar en la triada: qualitat, contenció de costos i resultats¹³, per tal de fer un ús prudent dels recursos en benefici de les persones, tractar a un major nombre de persones i garantir que es compleixin els millors estàndards d'atenció. Cal tenir en compte de no caure només en una política d'estalvi en matèria de salut, sinó de fer un bon ús dels recursos disponibles per tal de garantir una atenció de qualitat per als ciutadans de Catalunya.

El fet que s'hagi observat un creixent interès internacional pel pagament per resultats (P4P) aplicat a l'atenció especialitzada i a l'atenció primària, amb un major desenvolupament en l'atenció aguda hospitalària, fa pensar en la necessitat d'estendre aquest treball a les àrees menys treballades.

Se sap que hi ha raons de pes per considerar a les infermeres com a agents de canvi, a més d'objecte del canvi, en el creixent nombre de reformes polítiques de millora de la qualitat i de la seguretat del pacient². Les infermeres proporcionen la major part d'atenció directa a les persones ateses i, per tant, es defensa que les intervencions de les infermeres estan directament relacionades amb els indicadors de qualitat inclosos en els programes de P4P, raó de pes per a que els professionals d'infermeria s'hi impliquin. Els indicadors de qualitat sensibles a la infermeria en l'atenció aguda s'han establert i han estat acceptats de manera nacional als EUA^{24,90}, i es considera que les infermeres han d'estar familiaritzades

amb aquest mètode de pagament, que es basa en els resultats i l'acompliment d'objectius, per tal que puguin participar en la seva implantació i avaluació³¹.

Davant d'aquests fets i en línia amb les recomanacions fetes per Keepnews⁷⁶, els professionals d'infermeria han de desenvolupar inquietuds i fer l'esforç per mantenir-se actualitzats, especialment pel que fa a les polítiques sanitàries i al coneixement relacionat amb el finançament dels serveis sanitaris, incloent les iniciatives relatives a la compra de serveis basada en l'acompliment de la qualitat assistencial. S'ha de preveure, però, que sovint el potencial de les infermeres s'enfronta a tensions professionals i a barreres normatives i polítiques⁴⁶.

En aquest marc, malgrat les limitacions i els reptes, la motivació per al desenvolupament i aplicació de mesures sensibles a la infermeria s'ha descrit com a irresistible³. Emmarcats en la discussió sobre els mèrits relatius d'aquestes mesures, en el Regne Unit, fins i tot els crítics més durs assenyalen el benefici potencial de l'aplicació de les mesures sensibles a la infermeria i reconeixen la manca d'alternatives clares en el context d'un sistema de salut finançat públicament³.

En els darrers anys, especialment als Estats Units, com a resposta a les experiències amb resultats de rendiment endarrerits i desiguals, als costos en salut creixents i als sistemes de reemborsament no alineats, han proliferat les intervencions dirigides a l'avaluació del rendiment a nivell nacional, a la publicació de la informació i a la compra en funció de la qualitat dels serveis¹⁶. També, s'ha defensat que el refinament continu del sistema de pagament no és una senyal de feblesa sinó una necessitat econòmica²⁸, a més d'una manera d'impulsar la qualitat. Així, els sistemes de pagament s'han desenvolupat per tal de disposar d'estructures d'incentius capaces de motivar comportaments desitjables (basats en l'evidència i, també, en els objectius del pagador).

Si la qualitat infermera es pot reflectir correctament en conjunts d'indicadors desenvolupats, la contribució infermera es podrà reconèixer més fàcilment a tots els nivells de la governança i de la gestió. La quantitat de treball necessari per a l'aprofitament d'aquesta oportunitat no s'ha de subestimar, cal tenir en compte que sense mètriques, els professionals d'infermeria s'enfronten a una creixent invisibilitat en el marc d'uns serveis de salut gestionats en base al seu compliment. La retroalimentació obtinguda a partir d'un exercici d'avaluació de l'acompliment, que es basi en mesures infermeres importants, pot millorar la qualitat de les cures infermeres. Això és així perquè proporcionaria informació sobre tendències, problemes i èxits emergents pels professionals de primera línia. La informació pot ajudar els gestors a articular la contribució infermera en termes tangibles quan busquin recursos per protegir i millorar la qualitat, i permet als que prenen decisions

"veure" aquesta contribució i donar suport adequat als professionals d'infermeria. Finalment, la mesura dels resultats mitjançant mètriques infermeres poden empoderar als ciutadans en la tria de les opcions de tractament infermer, basat en la qualitat de les cures infermeres³. Per tant, l'aprofitament de tot el potencial de la infermeria és cabdal per reduir les desigualtats en salut i la càrrega de la malaltia evitable⁴¹.

La pertinença dels indicadors analitzats corresponents a la línia d'atenció primària es basa en que, a l'actualitat, malgrat el sistema de pagament a Catalunya està en fase d'implantació del capítatiu que conviurà amb altres sistemes complementaris, tot sembla indicar que part de la compra de serveis continuarà fraccionada per línies de serveis i amb particularitats per a cadascuna. Tanmateix, en el projecte pilot d'implantació del sistema capítatiu, iniciat fa anys, es van seleccionar i definir un conjunt d'indicadors rellevants del procés assistencial, que coincideixen amb les prioritats en política sanitària dels darrers anys, fent que es continuïn incorporant la major part dels indicadors emprats en l'avaluació de la part variable de la compra de serveis d'anys anteriors.

Per tant, s'ha considerat que els beneficis d'analitzar i aprofundir una mica més en aquesta informació, des del punt de vista de l'anàlisi de l'evolució temporal, durant un quadrienni, i de l'anàlisi territorial, incorporant una perspectiva infermera, anava un pas més enllà del que es fa actualment amb aquestes dades, augmentant-ne l'aprofitament. A més, des del punt de vista de planificació de polítiques sanitàries, aporta informació que es podria emprar en la presa de decisions.

En línia del aquí s'exposa, cal tenir en compte que el present estudi, tot i que s'ha realitzat amb dades corresponents al període 2006 – 2009, està alineat amb les prioritats actuals en política sanitària basada en les necessitats de la població¹²⁶, i així ho contempla el Pla de Salut 2011-2015¹¹. A l'actualitat se sap que a Catalunya:

- El percentatge de població de 15 anys o més que pateix o ha patit hipertensió arterial presenta una tendència a l'alça en els darrers anys tant en homes com en les dones, que el nombre estimat de persones amb diabetis, a l'any 2010, estava al voltant de 400.000 amb una prevalença del 5,7 %, i que el percentatge de població de 15 anys o més que pateix o ha patit hipercolesterolèmia presenta una tendència a l'alça en els darrers anys tant en homes com en les dones. A més, la hipertensió i la hipercolesterolèmia se situen al capdamunt dels trastorns dels homes de 45 anys o més.
- En relació a l'avaluació de l'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010, malgrat no es va poder avaluar l'objectiu relacionat amb l'obesitat infantil i juvenil, es disposa de dades comparables pel que fa a l'obesitat

infantil (6-9 anys) que permeten apuntar una tendència favorable entre el 2000 i el 2010¹²⁷. Malgrat això, continua sent un problema important de salut pública.

- Pel que fa als hàbits poc saludables, el consum d'alcohol junt amb el tabaquisme, la nutrició i l'activitat física són els principals factors de risc d'estils de vida per a les malalties cròniques. Per una banda, el 29,5% de la població de 15 anys o més és fumadora (35,8% els homes i 23,4% les dones) i la prevalença més elevada de fumadors s'observa en el grup de població de 25 a 34 anys en els dos sexes, edat a partir de la qual la prevalença va disminuint. Entre els homes, el percentatge d'exfumadors augmenta amb l'edat fins al punt que a partir dels 65 anys quasi la meitat dels homes han fumat amb anterioritat (46,5%), tot el contrari de les dones de 65 anys i més, amb el 7,2% de dones exfumadores. La taxa d'abandonament en la població de 15 anys i més es manté elevada i ha passat del 30,4% l'any 2002 al 40,0% el 2011, amb valors similars en homes (41,4%) i en dones (37,7%). Per altra banda, el 4,7% de la població de 15 anys o més fa un consum de risc d'alcohol (7,2% els homes i 2,3% les dones) i el 63,4% de la població beu amb moderació (69,4%, els homes).
- En allò relatiu a la cobertura vacunal, el 60,8% de la població de 60 anys o més es vacuna anualment contra la grip, percentatge que arriba al 76,3% de la població de 75 anys o més, i no s'observen diferències per sexe.
- Un dels grans reptes de futur és la demanda d'atenció creixent i continuada per part d'una població cada vegada més envellida. Cal destacar que el 28,8% de les persones de 65 anys o més pertany a la classe social més desfavorida i el 17,6% de la població de 65 anys o més viu sola (11,0% dels homes i 22,4% de les dones). I, a més, entre la gent gran, les caigudes des d'un mateix nivell són el tipus d'accident més freqüent entre la població que ha patit una lesió no intencionada el darrer any (35,4% dels homes i 47,8% de les dones); aquests percentatges són més elevats com més gran és la persona.

Aquesta situació, entre altres, han fet que en el Pla de Salut 2011-2015 s'incloguin objectius per l'any 2015 dels projectes de la línia 1, *objectius i programes de salut*, , com per exemple. incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos ben controlats (per sota de 140/90); incrementar en un 15% la realització la valoració del risc cardiovascular en les persones entre 35 i 74 anys d'edat amb colesterolèmia (per sobre dels 200 mg/dl); reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis; i reduir la prevalença d'excés de pes en la població per sota dels nivells del 2010.

En el Pla de Salut 2011-2015 també destaquen que l'evidència disponible mostra l'existència d'una relació dels factors de risc, com ara el tabaquisme, el sedentarisme,

l'excés de pes, la hipertensió arterial i la hipercolesterolèmia, amb el desenvolupament de problemes crònics de salut. Entre les dades disponibles sobre la prevalença d'aquests factors, destaquen un estancament en el descens observat en el tabaquisme en els darrers anys, un increment del percentatge de la població sedentària i l'augment de l'excés de pes sobretot a expenses de la prevalença del sobrepès en els homes. A més, en el projecte 2.2, Potenciar els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties cròniques, de la línia 2, un sistema més orientat als malalts crònics, proposa com a objectiu pel 2015 cinc programes comunitaris territorials de salut pública, prioritàris per la promoció i prevenció de la salut, en els àmbits de alimentació saludable i activitat física, hàbit tabàquic, consum d'alcohol, vacunació i etapes infantils i prenatales. Tanmateix, hi ha altres àmbits que, si bé no han estat especialment prioritzats per al període 2011 – 2015, s'ha destacat que continuen sent àrees d'intervenció principals, amb plans i programes específics, com per exemple en el cas de la salut maternoinfantil.

1. Limitacions

La millora continua i sistemàtica de la qualitat dels sistemes sanitaris és una tasca complexa. De la mateixa manera, també ho és, analitzar en profunditat els resultats dels serveis sanitaris obtinguts mitjançant els instruments dels que disposa l'Administració pública catalana i, encara més, des d'una perspectiva infermera. Tot i així, la informació obtinguda a partir d'aquests instruments és necessària per a la presa de decisions relacionada amb la planificació i la gestió dels recursos sanitaris, que ha de donar resposta a la complexitat de l'atenció que requereixen els usuaris dels serveis.

Els professionals d'infermeria, que mantenen el contacte més íntim i constant amb les persones ateses, es troben en una posició important per determinar què necessiten les organitzacions per tal de satisfer les necessitats dels clients. Sovint, però, no s'inclou la seva perspectiva en el plantejament de les mesures emprades en la mesura de la qualitat dels serveis, i tampoc en la interpretació dels resultats obtinguts mitjançant els instruments disponibles. No obstant, l'evidència disponible ha permès identificar i considerar com a mesures sensibles a la infermeria alguns dels indicadors existents en els conjunts de mesures reals emprades en l'avaluació dels serveis sanitaris d'utilització pública.

Així, per al desenvolupament d'aquesta investigació s'ha triat *una* manera d'identificar i classificar mesures, a partir d'un conjunt d'indicadors existent, que s'utilitza el SCS com a mitjà pel pagament d'incentius als proveïdors. L'instrument en qüestió avalua l'assoliment

d'objectius prioritzats, detallats prèviament a les clàusules anuals de contractació dels serveis sanitaris de la xarxa d'utilització pública a Catalunya. S'empra com a mitjà pel rendiment de comptes i genera gran quantitat de dades cada any. L'ús d'aquest tipus de dades ofereix potencial per mesurar l'acompliment a un cost relativament baix²⁵, però cal tenir present que aquests instruments sovint tenen limitacions.

La particularitat que la pròpia avaluació de la compra tingui com a finalitat prioritària el pagament d'incentius anuals, és la responsable principal de la dificultat per a la comparació de la informació recollida. És a dir, les avaluacions anuals de la compra de serveis, i fonts de dades d'aquest estudi, es van concebre amb la finalitat d'avaluar de forma anual els resultats dels proveïdors. El fet que l'instrument d'avaluació estigui destinat al pagament d'incentius no facilita la comparació dels aspectes relacionats amb la qualitat, tant com si s'hagués dissenyat amb la finalitat exclusiva de mesurar la qualitat i fer-ne el seguiment. Per tant, ens trobem que hi ha objectius i indicadors que no s'han mantingut al llarg del quadrienni estudiat. A més, hi ha objectius i indicadors que malgrat han tingut continuïtat, han patit modificacions en el nom, en la formulació i, en conseqüència, en el criteri d'avaluació. Això ha fet que alguns indicadors no s'hagin pogut incloure en la present investigació. Cal destacar que s'ha utilitzat la mitjana de Catalunya en els casos en que no es disposava d'un estàndard previ com a valor de referència per a l'avaluació. També, cal recordar que els resultats es basen en dades declarades pels proveïdors subjectes a contraprestació econòmica en cas d'acompliment dels objectius. Aquest fet no es pot passar per alt en un marc de resultats de qualitat degut a l'impacte que podria tenir en la qualitat real dels serveis. Addicionalment, cal destacar que la cobertura de dades declarades pels proveïdors varia d'any en any.

La selecció del mètode per a la mesura de la contribució infermera a l'atenció primària de salut es podria haver plantejat utilitzant un enfocament més tradicional. Tot i així, en aquest estudi s'ha considerat que una anàlisi aïllada, centrat únicament en les intervencions que li són pròpies als professionals d'infermeria per tal de mesurar la seva contribució, corre el risc de perdre la visió global: aquesta visió global que requereix qualsevol mirada en clau de sistema, especialment pel que fa referència al rendiment de comptes dels proveïdores de l'atenció sanitària.

Cal tenir en compte que una de les grans limitacions d'aquest plantejament és la dificultat per a la comparació amb altres experiències, degut a la manca d'investigació infermera en aquest àmbit. A més, poden emergir dubtes sobre l'aplicabilitat i la transferibilitat dels resultats de la recerca atès que està dominada pels estudis nord americans, que fan referència a un sistema sanitari particular. Això augmenta la dificultat per relacionar l'evidència amb la complexitat dels problemes i la variabilitat en el context de cada país.

Per una major comprensió dels resultats, seria necessari entrar en el detall de les dades any a any i territori a territori dels resultats de les mesures sensibles a la infermeria, malgrat s'hagin calculat la variació i la tendència temporal així com la variabilitat territorial global. A més, la limitació més important de la mesura de l'acompliment de l'àmbit de l'atenció primària és la manca general de dades⁵⁰, malgrat això, l'ús de bases de dades de l'Administració pública sanitària en el seguiment dels resultats és atractiva perquè les dades es recullen de manera sistemàtica, es basen en la població i es poden vincular als diferents components de l'atenció⁵⁰. No obstant això, cal destacar que hi ha importants buits d'informació existent per als aspectes importants de l'atenció primària. A Catalunya, el Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Atenció Primària (CMBD-AP) és el que compta amb menys tradició i experiència. La major part de les dades relatives a l' AP es calculen a partir del proveïdor més important de serveis de l' AP a Catalunya, l' Institut Català de la Salut (ICS), al que pertanyen més del 72% dels proveïdors de l' AP.

En relació al fet d'haver realitzat un exercici complementari al càlcul de la variabilitat territorial com és el criteri d'aplicar un interval $\pm 10\%$ o de $\pm 5\%$, sobre l'estàndard predeterminat o sobre el valor de referència que marca la mitjana de Catalunya, malgrat aquest no segueix cap norma estricta, sí proporciona una resposta ràpida a la necessitat d'informació per a la presa de decisions a molt curt termini. Aquest tipus d'exercici pot ser molt útil des del punt de vista de la gestió, per tal de detectar de manera ràpida els territoris que es situen en els extrems, i es pot complementar amb el coneixement del comportament dels territoris que tinguin els propis professionals que es dediquen a la planificació sanitària. A partir de la interpretació i aprofundiment d'aquesta anàlisi es podrien identificar els territoris amb menor rendiment i els de millor rendiment, que alhora es podrien utilitzar com a resultat de referència o *benchmark*.

En relació a l'estudi estadístic, tot i que s'ha realitzat amb mostra molt gran, amb un total de 3.010 valors inclosos en l'anàlisi, i aquest fet podria posar en dubte la validesa de l'estudi en cas de obtenir una diferència estadísticament significativa degut a la grandària de la mostra, i que podria explicar l'obtenció d'una *p* significativa, s'ha de tenir en compte l'estructura de la informació analitzada. En aquest estudi no és possible treballar amb mostres petites atès que hi ha 33 indicadors amb resultats per a 37 territoris, i caldrien un mínim de 1221 valors per tenir representació d'un únic any per a cadascun dels indicadors en cadascun dels territoris. En aquest cas, en ocasions disposem només de dos anys de resultats pels indicadors analitzats i, malgrat que per alguns indicadors es disposa de quatre anys consecutius de resultats, es considera que per obtenir conclusions més robustes es recomanaria incloure encara algun any més.

2. Recomanacions

L'atenció sanitària d'alta qualitat i la rendició de comptes és un deure de tots²⁵. La mesura de l'acompliment en l'atenció sanitària dels darrers anys s'ha considerat un element clau per a la millora de la qualitat i la reducció dels errors, fomentant una major eficiència i la rendició de comptes. Tots els professionals dedicats a l'àmbit de la salut, que inclouen perfils sanitaris i no sanitaris, haurien de fer seu aquest moviment i participar en el seu desenvolupament, des de la fase de disseny, per tal de garantir que condueixi a una millor atenció sanitària²⁵. A més, és imprescindible realçar la importància creixent del treball en equip interdisciplinari, la presa de decisions, la promoció del treball en equip i la pràctica col·laborativa¹⁰. És a dir, a l'atenció primària el més important, després dels ciutadans és clar, és l'equip d'atenció a la salut de les persones que inclou a tots els professionals de la salut.

En el futur, mentre els recursos econòmics governamentals intenten aconseguir un ús més eficient dels fons limitats, emergirà cada vegada més sovint la qüestió sobre quina és la diferència que marquen les infermers en l'ampli ventall de professionals de la salut. Els estudis sobre l'efectivitat de les cures infermeres en la promoció i la protecció de la salut, així com els estudis de cost-benefici, són necessaris per respondre a aquesta pregunta i per augmentar el rendiment de comptes infermer vers la ciutadania. Les infermeres contribueixen en els resultats dels usuaris en el context d'un sistema interdisciplinari de la salut tal i com afirmen Head i cols.⁷⁰.

La construcció d'una infraestructura de suport a l'acompliment que contempli les mesures sensibles a la infermeria és enormement complexa i difícil. Hi ha qüestions operatives i de viabilitat que no són fàcils de conciliar². La necessitat de disposar de mesures de qualitat infermera estàndard basades en l'evidència, la disponibilitat de dades que siguin fàcils d'obtenir i de recollir en els centres proveïdors, fan palès que s'ha de disposar d'un repositori que permeti emmagatzemar, validar i analitzar dades per la mesura del rendiment infermer, d'un procés de validació per verificar la precisió i l'abast de les dades, d'una plataforma per a la publicació d'informació d'acompliment via web dirigit als consumidors, i d'una metodologia d'incentius vinculada a les mesures.

Els professionals d'infermeria han de prendre consciència de la qualitat i l'eficàcia de les seves intervencions. Les infermeres han de ser capaces d'aportar valor al conjunt de professionals de l'equip multidisciplinari, per a una atenció integral, d'alta qualitat i cost-

efectiva, alhora que ser capaces, també, d'articular la seva contribució específica en els objectius dels serveis⁶⁰.

A continuació, per tal d'avançar en aquestes línies, es fan una sèrie de recomanacions per a la recerca, la pràctica i la implicació dels agents del sistema de salut.

Recomanacions: línies de recerca

- Continuar realitzant estudis amb informació integrada a Catalunya, basada en l'acompliment d'objectius prioritaris, que permeti fer comparacions entre territoris i països, amb l'objectiu de construir sistemes d'atenció primària excel·lents que millorin l'estat de salut de la població.
- Replicar aquest estudi sobre la contribució infermera en les altres línies d'atenció sanitària i sociosanitària dels serveis d'utilització pública i estendre'l als serveis privats.
- Establir línies d'investigació per aprofundir en la relació entre les cures infermeres i els resultats en les persones usuàries dels serveis per una major comprensió de l'impacte de la l'expertesa infermera, dels costos directes de la infermeria, la preparació acadèmica, el conjunt de capacitats o nivells d'habilitats i altres característiques específiques de la infermeria, en el resultat en salut de les persones. D'aquesta manera es crearà evidència que permetrà debatre la pertinència de considerar alguns dels resultats com a sensibles a la infermeria.
- Estudiar els conjunts de mesures existents per al rendiment de comptes en el sector sanitari públic i privat a Catalunya, per a la identificació, anàlisi i consens previs a l'aprovació de mesures sensibles a la infermeria que permetin estudiar la contribució de la professió infermera als objectius prioritzats per a les diferents organitzacions sanitàries. Això ha de permetre contrarestar les limitacions dels treballs previs i, especialment, el desenvolupament d'evidència en aquest sentit fora de l'àmbit nord-americà que doni resposta a realitats com la catalana, amb un model sanitari particular.
- Desenvolupar mètodes per comparar l'acompliment infermer, que permetin identificar la variabilitat. Es fa necessari desenvolupar una base conceptual, comprovar i refinar metodologies pràctiques que es tradueixin en programes de compra basats en la qualitat que reflecteixin la contribució infermera².

Recomanacions: per la pràctica

- Continuar evolucionant cap a un sistema de salut que, com a criteri fonamental, no es basi únicament en el cost sinó també en l'excel·lència de l'atenció¹⁰.
- Dissenyar i implantar sistemes de mesura de l'acompliment eficaços en l'atenció primària. Això requereix la promoció de la recerca de mètodes de recollida de dades i presentació d'informes innovadors i eficients²⁵. L'aportació dels proveïdors, a nivell individual i col·lectiu, és essencial en totes les etapes, des del desenvolupament dels indicadors de qualitat fins a la recollida de dades i la presentació i interpretació dels resultats. Els professionals haurien de liderar la construcció d'aquests processos per garantir que siguin compatibles amb els principis i objectius de les pròpies professions sanitàries.
- Establir mecanismes de suport a la presa de decisions per tal d'integrar els resultats en la presa de decisions. Els professionals que elaboren les polítiques sanitàries, els proveïdors d'atenció primària i les persones usuàries dels serveis, tots ells necessiten disposar d'informació d'alta qualitat sobre el rendiment dels serveis del sistema d'atenció primària per una presa de decisions informada i una distribució eficient dels recursos⁵⁰. Les dades s'han d'estudiar, analitzar i interpretar; s'ha de co-responsabilitzar a tot el personal, a tots nivells. Les dades generades a partir de les mesures s'han de traduir en informació, en informes fàcils d'interpretar per tota la organització, i que es pugui utilitzar per la millora de la qualitat i la presa col·laborativa de decisions. Els enfocaments innovadors per estimular els incentius per a les infermeres que contribueixen a elevar els nivells de seguretat dels pacients i dels resultats en salut, han de ser una consideració prioritària per als líders de la infermeria. Aquest àmbit també es beneficiaria dels estudis d'investigació que exploren la relació entre les infermeres i el fet d'incentivar els avenços en la seguretat del pacient i d'una atenció de qualitat¹²⁸.
- Impulsar la divulgació pública dels resultats d'acompliment. Aquest és un mecanisme per a responsabilitzar els proveïdors pel que fa a la qualitat dels serveis². S'ha d'evitar però, el que han identificat varis autors^{25,29,129} que assenyalen que les polítiques que basen la compra de serveis en l'acompliment poden dirigir, en el cas de moltes organitzacions, a l'increment de la càrrega i de la culpabilització. Això és degut al perill que la mesura i presentació d'informes pugui crear una cultura de culpabilització, fent que no es vinculi a estratègies d'actuacions de millora o creant patrons de pràctiques dirigides als aspectes mesurats, enlloc de a l'atenció integral a

les persones. S'ha de promoure un actitud positiva cap a la publicació dels resultats pel bé de la millora del sistema sanitari en el seu conjunt.

- Promoure la pràctica basada en l'evidència i el *benchmarking* aplicat a les mesures sensibles a la infermeria. Cal que les infermers s'impliquin en totes les fases de l'avaluació del rendiment i del *benchmarking*.
- Tenir en compte les noves iniciatives de P4P, que es centren en identificar els incentius correctes per recompensar una atenció adequada de la més alta qualitat a un nombre més elevat de pacients, i no només molts serveis per molta gent²⁴. La introducció d'aquests sistemes de pagament en l'àmbit de l'atenció primària, reflecteix la preocupació sobre tres qüestions interrelacionades: la variabilitat, el *performance* (resultats) i la qualitat; posant l'èmfasi en el impuls de la millora dels resultats i la garantia d'una atenció primària d'alta qualitat¹²⁰.
- Avançar en la documentació de la relació entre la pràctica infermera i les mesures d'acompliment que s'han integrat com a part de la informació pública i les iniciatives de pagament per tal d'enfortir els arguments per incentivar econòmicament a les infermeres².

Recomanacions: els agents del sistema de salut català

L'autoritat sanitària a Catalunya

- Impulsar i tenir en compte els resultats de les investigacions centrades en la contribució infermera per tal de donar visibilitat als professionals d'infermeria, i reflexionar sobre la possibilitat d'explotació de les fonts de dades existents, sempre que sigui possible, per part dels professionals i altres agents del sistema de salut. Així, per exemple, es podrà aprofundir en la validesa dels indicadors existents.
- Utilitzar les mesures sensibles a la infermeria com a part de l'avaluació de la qualitat i avançar cap a la publicació d'aquests indicadors. Cal destacar que, a Catalunya, les polítiques de transparència s'han començat a aplicar recentment amb la publicació de resultats nominalitzats tant pel que fa a l'atenció hospitalària com a l'atenció primària, i el rendiment de comptes està evolucionant amb l'objectiu de millorar la qualitat dels serveis sanitaris. A partir de l'any 2012, l'autoritat sanitària ha posat a disposició dels centres el MSIQ, inspirat en els indicadors de qualitat de l'AHRQ nord-americana, que inclou mesures sensibles a la infermeria. Cal garantir, però, la

utilització d'aquesta informació per a la presa de decisions dels agents del sistema de salut que hi tinguin accés.

- Continuar desenvolupant una infraestructura adequada per donar suport a la recollida de resultats i processos clínics que permetin el càlcul d'indicadors infermers.
- Adaptar el pagament d'incentius, de manera dinàmica i continuada, a les realitats canviants, combinant les diverses possibilitats que ofereixen els sistemes de pagament basats en resultats en funció de cada cas: (1) la compensació només a aquells proveïdors que assoleixen o sobrepassen un llindar únic de rendiment; (2) recompensar de manera diferent als proveïdors per l'assoliment al llarg d'un continu de llindars de rendiment; (3) recompensar als proveïdors de manera continuada en proporció al nivell de canvi en el seu acompliment.
- Proposar una línia de treball per tal de començar a plantejar models de pagament per resultats que incloguin altres serveis assistencials que treballen conjuntament amb els serveis sanitaris, com per exemple els serveis assistencials socials.

Les organitzacions científiques i professionals d'infermeria

- Generar oportunitats per a la comunitat infermera, per tal d'elaborar un pla d'acció per treballar amb objectius compartits per la transformació de l'atenció sanitària.
- Promoure i defensar la mesura de la contribució infermera i l'ús de mètriques sensibles a la infermeria. Haurien de reforçar i insistir en la importància de la contribució infermera en tots els àmbits, tant pel que fa als resultats sensibles a la infermeria com dels resultats compartits. Els arguments s'han de basar en una evidència sòlida i la comunitat investigadora d'infermeria ha de centrar més esforços en l'anàlisi dels resultats. És important que els líders d'infermeria coneguin, tant en termes quantitius com qualitius, quina és la contribució infermera a la seguretat de les persones ateses, a la percepció sobre l'atenció rebuda i a la qualitat de l'atenció que reben els usuaris i les seves famílies. Han de advocar per al desenvolupament i la inclusió dels resultats del rendiment infermer en la presa de decisions i per a la recompensa de la contribució infermera a la qualitat i l'acompliment excel·lent.
- Promoure una major implicació i una actitud proactiva dels professionals d'infermeria en la definició dels objectius, les mesures i els estàndards per a l'avaluació i en el rendiment de comptes, aprofitant l'actual moment de canvi i el desenvolupament del sistema de pagament capítatiu a Catalunya. Cal tenir en compte però, que una de les

limitacions dels sistemes de pagaments és que la freqüència del pagament es veu limitada per la capacitat de processament de les dades dels sistemes de mesura dels resultats. Sovint, això provoca un decalatge entre la mesura, el feedback i el pagament. En termes teòrics s'afirma que el comportament i les conseqüències haurien d'estar el més a prop possible en el temps.

- Les organitzacions professionals han de ser socis clau en el desenvolupament i implementació de mesures i de sistemes fiables, rellevants, objectius i transparents per a la mesura i publicació de la informació⁵⁰. La participació d'aquests organismes podria aportar garanties als professionals en relació al desenvolupament i conducció dels treballs per a la mesura de l'acompliment que els podria animar a participar.

Les universitats en general i els estudis d'infermeria en particular

- Els plans d'estudis, des del grau d'infermeria, han d'incloure continguts sobre política sanitària, evidència actual de la qualitat en salut a més dels conceptes bàsics d'economia, finançament i pressupostos del sistema de salut. Els estudis de postgrau d'infermeria s'haurien de construir sobre aquest termes, per tal garantir que les infermeres amb rols avançats clínics, formadors, gestors o executius adquireixin competències en aquestes àrees i, alhora, puguin donar suport al desenvolupament i formació dels professionals d'infermeria.
- Establir sinèrgies amb la resta d'agents del sistema sanitari i oferir el seu potencial en recerca per l'estudi de les necessitats de la població i dels resultats en salut de les persones, entre altres, per la generació d'estudis i informació útil per la presa de decisions en política sanitària i gestió dels recursos limitats.
- Obrir línies de recerca infermera en serveis, a les quals les universitats aportin coneixement científic i metodològic, i els serveis aportin coneixement real de la situació.

Proveïdors dels serveis de salut

- Aplicar les recomanacions centrades en la pràctica, detallades anteriorment, i identificar mecanismes per garantir el retorn oportú de les mesures de qualitat, sensibles i no sensibles a la infermeria, i garantir que d'aquesta informació en resultin accions positives.

- Impulsar el desenvolupament dels professionals d'infermeria i planificar el dimensionament de les plantilles tenint en compte el coneixement i l'evidència associada a la millora dels resultats en les persones atribuïbles en gran part o sensibles a la infermeria.
- Posar en valor la traducció econòmica dels resultats de l'atenció infermera en l'assoliment dels objectius prioritaris en salut.

VII. Conclusions

Conclusions

1. Existeixen criteris que permeten identificar els indicadors de qualitat sensibles a la infermeria entre els objectius de la part variable de la compra de serveis de l'atenció primària formulats pel Servei Català de la Salut d'acord amb les prioritats en salut. Les evidències sobre la sensibilitat o no de les mesures a la infermeria es basa fonamentalment en les dades aportades per estudis anglosaxons.
2. Els professionals d'infermeria participen en la consecució dels objectius de compra dels contractes dels serveis sanitaris públics i el seu grau de participació és significatiu en un nombre important d'aquests objectius. De forma particular, el 40% dels indicadors inclosos en l'estudi són sensibles a la infermeria.
3. L'anàlisi de la variabilitat territorial ha demostrat que persisteixen diferències i desigualtats en la qualitat de l'atenció entre uns territoris i uns altres.
4. L'anàlisi de la variació que es produeix al llarg del temps mostra en prop del 90% dels resultats una evolució temporal que tendeix a la millora en l'acompliment dels objectius.
5. L'anàlisi de l'impacte de la contribució infermera en l'assoliment dels objectius que es desprèn de l'anàlisi dels resultats evidencia que els resultats associats a les mesures sensibles a la infermeria milloren quan es comparen any a any.
6. L'anàlisi i comparació any a any entre el grup d'indicadors considerats sensibles a la infermeria i el grup d'indicadors considerats no sensibles mostra que ambdós grups milloren i que el grup de resultats considerats sensibles a la infermeria presenta una millora més gran. Tot i que la diferència entre els resultats de les mesures considerades sensibles i no sensibles a la infermeria no és estadísticament significativa, s'observa que els valors de les mesures sensibles a la infermeria estan lleugerament per sobre dels no sensibles.

7. Aquest estudi s'ha mostrat útil per a evidenciar la rellevància de l'aportació infermera en l'assoliment dels objectius que determinen el finançament variable i per tant dóna major visibilitat a la professió infermera.
8. Es confirma la hipòtesi que els professionals d'infermeria contribueixen de forma determinant en l'assoliment d'alguns objectius de compra dels contractes dels serveis sanitaris públics i, per tant, una part de la retribució variable depèn dels professionals d'infermeria.
9. Tanmateix és confirma la hipòtesi que la professionalitat de les infermeres determina una millora continuada en l'evolució dels resultats dels objectius de la compra de serveis sanitaris.

VIII. Bibliografia

Bibliografia

1. Royal College of Nursing. Defining Nursing. [Online]. London: RCN; 2003 [cited 2010 Mar 1]. Available from: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78569/001998.pdf.
2. Kurtzman ET, Dawson EM, Johnson JE. The current state of nursing performance measurement, public reporting, and value-based purchasing. *Policy Polit Nurs Pract*. 2008 Aug;9(3):181-91.
3. Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrels T. State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal. National Nursing Research Unit. [Online]. London: King's College London; 2008 [cited 2012 Apr 22]. Available from: <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/publications/Reports/Metricsfinalreport.pdf>.
4. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L. Addressing financial sustainability in health systems. [Online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 [cited 2011 Nov 23]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf.
5. García-Altés A, Dalmau-Buena A, Colls C, Mendivila J, Benet J, Mompert A, et al. Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Catalunya: evaluación de los primeros resultados del proyecto demostrativo. *Gac San*. 2009;23(5):465-72.
6. Ocaña-Riola R. Métodos estadísticos en la gestión y política sanitaria. *Revista de Administración sanitaria*. 1999;III(9):141-5.
7. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*. 2000;78(6):717-31.
8. Hamilton KE, Coates V, Kelly B, Boore JR, Cundell JH, Gracey J, et al. Performance assessment in health care providers: a critical review of evidence and current practice. *J Nurs Manage*. 2007 Nov;15(8):77.
9. Halcomb E, Moujalli S, Griffiths R, Davidson P. Effectiveness of general practice nurse interventions in cardiac risk factor reduction among adults. *Int J Evid Based Healthc*. 2007 Sep;5(3):269-95.
10. Covaleski MA. The changing nature of the measurement of the economic impact of nursing care on health care organizations. *Nurs Outlook*. 2005 Nov-Dec;53(6):310-6.
11. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. [Online]. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012 [cited 2012 Jun 14]. Available from: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf.
12. Leatherman S, Sutherland K. Designing national quality reforms: a framework for action. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):334-40.
13. Melia MC. Pay-for-performance: will it work? *Nurs Manage*. 2006 Jul;37(7):14, 17-22.

14. DeLise DC, Leasure AR. Benchmarking: measuring the outcomes of evidence-based practice. *Outcomes Manag Nurs Pract*. 2001 Apr-Jun;5(2):70-4.
15. Kurtzman ET. A transparency and accountability framework for high-value inpatient nursing care. *Nurs Econ*. 2010 Sep-Oct;28(5):295-306.
16. Kurtzman ET, Jennings BM. Trends in transparency: nursing performance measurement and reporting. *J Nurs Adm*. 2008 Jul-Aug;38(7-8):349-54.
17. Hospital Compare. [Online]. Washington, DC: Medicare. US Department of Health & Human Services; 2012 [cited 2012 Jun 10]. Available from: www.hospitalcompare.hhs.gov.
18. Freeman T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Serv Manage Res*. 2002 May;15(2):126-37.
19. Thomson R, Taber S, Lally J, Kazandjian V. UK Quality Indicator Project (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development. *Int J Qual Health Care*. 2004 Apr;16 Suppl 1:i51-6.
20. Needleman J, Kurtzman ET, Kizer KW. Performance measurement of nursing care: state of the science and the current consensus. *Med Care Res Rev*. 2007 Apr;64(2 Suppl):10S-43S.
21. Juvé ME, Farrero S, Matud C, Monterde D, Fierro G, Marsal R, et al. ¿Cómo definen las enfermeras hospitalarias sus competencias asistenciales? *Nursing*. 2007;25(7):50-61.
22. Departament de Salut, Servei Català de la Salut, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Quart informe de la Central de Resultats. [Online]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012 [cited 2012 Oct 3]. Available from: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossccentralresultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_quartinforme_2012.pdf.
23. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Atenció primària. [Online]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012 [cited 2012 Dec 20]. Available from: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossccentralresultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_atencio_primaria_2012.pdf.
24. Swan BA. Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care. *Nursing Economic\$*. 2008 May-Jun;26(3):195-201, 205.
25. Johnston J, Dahrouge S, Hogg W. Gauging to gain: primary care performance measurement. *Can Fam Physician*. 2008 Sep;54(9):1215-7, 1220-2.

26. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(5):308-13.
27. Van Herck P, Annemans L, De Smedt D, Remmen R, Sermeus W. Pay-for-performance step-by-step: introduction to the MIMIQ model. *Health Policy*. 2011 Sep;102(1):8-17.
28. Street A, Maynard A. Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results. *Health Econ Policy Law*. 2007 Oct; 2(Pt 4): p. 419-27.
29. Keepnews D. Mapping the Economic Value of Nursing: A White Paper. [Online]. Washington State Nurses Association; 2011 [cited 2012 Oct 28]. Available from: <http://www.wsna.org/practice/publications/documents/economic%20value%20of%20nursing%20-%20white%20paper.pdf>.
30. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q*. 2001;79(2):149–77.
31. Maffei RM, Turner N, Dunn K. Building blocks to adopting a pay-for-performance model. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2008 Jul-Sep;10(3):64-9; quiz 70-1.
32. Gervas J, Pérez M. Pago por desempeño (Pay for Performance[P4P]). *AMF*. 2008;4(6):344-352.
33. Federal Register. Vol. 76 Friday, No. 88 May 6, 2011 Part V. Department of Health and Human Services. Centers for Medicare & Medicaid Services. 42 CFR Parts 422 and 480. Medicare Program; Hospital Inpatient Value-Based Purchasing Program; Final Rule. [Online]. [cited 2012 Jul 19]. Available from: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-05-06/pdf/2011-10568.pdf>.
34. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff*. 2006;25(6):w555–w71.
35. Brosa F, Agustí E. Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.
36. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletón Oficial del Estado, nº102, (29-04-1986).
37. Llei d'Ordenació Sanitària a Catalunya. Llei 15/1990 de 9 de juliol. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1324, (30-07-1990). [Correcció d'errades en el DOGC núm. 1372 (26.11.1990)].
38. Servei Català de la Salut. El Sistema d'atenció a la salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.

39. I Jornada d'intercanvi en l'àmbit de l'atenció primària de la salut. Regió Sanitària de Barcelona. 25 d'abril 2006. [Online]. Barcelona;; 2006 [cited 2012 Jul 17]. Available from: http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/jornada_bnch/.
40. Planas-Campmany C. Oportunitades de desarrollo profesional en la investigación clínica. *Nursing*. 2006;9(24):54-9.
41. Royal College of Nursing. Going upstream: nursing's contribution to public health. [Online]. London: RCN; 2012 [cited 2012 Jun 1]. Available from: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/433699/004203.pdf.
42. Spilsbury K, Meyer J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nursing*. 2001;10(1):3-14.
43. Lamb G, Jennings BM. National Priorities Partnership explores nursing's contributions to healthcare transformation. [Online]. *Am Nurse Today*; 2011;6(1). [cited 2012 May 1]. Available from: <http://www.americannursetoday.com/article.aspx?id=7416&fid=7360>.
44. Grant SM, Wild L, Vincent J. Process and outcome measures using nursing sensitive indicators. *Nurse Leader*. 2004 Apr;2(2):46-9.
45. World Health Organization. 2008-2013 Actions Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. [Online]. Geneva; 2008 [cited 2012 Jul 23]. Available from: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>.
46. Naylor MD, Kurtzman ET. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs*. 2010 May;29(5):893-9.
47. Consejo Internacional de Enfermeras. Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras en la vanguardia de los cuidados de las enfermedades crónicas. [Online]. Ginebra; 2010 [cited 2012 Set 4]. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010_sp.pdf.
48. Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L. Chronic disease management in Sub-Saharan Africa: whose business is it? *Int J Environ Res Public Health*. 2009 Aug;6(8):2258-70. Epub 2009 Aug 14.
49. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611-25.
50. Hogg W, Dyke E. Improving measurement of primary care system performance. *Can Fam Physician*. 2011 Jul;57(7):758-60.
51. Welton JM. Implications of Medicare reimbursement changes related to inpatient nursing care quality. *J Nurs Adm*. 2008 Jul-Aug;38(7-8):325-30.
52. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987-93.

53. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New Engl J Med*. 2002;346(22):1715-22.
54. Tourangeau AE, Doran DM, McGillis-Hal L, O'Brien-Pallas L, Pringle D, Tu JV, et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs*. 2007 Jan;57(1):32-44.
55. Needleman J, Buerhaus PI, Stewart M, Zelevinsky K, Mattke S. Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Aff*. 2006 Jan-Feb;25(1): 204-11.
56. Blegen MA, Vaughn TE, Goode CJ. Nurse experience and education: effect on quality of care. *J Nurs Adm*. 2001 Jan;31(1):33-9.
57. Kurtzman ET. Planning a National Nursing Quality and Safety Alliance: strengthening nursing's policy voice. *J Nurs Adm*. 2009 Feb;39(2):47-50.
58. Griffiths P, Maben J, Murrells T. Organisational quality, nurse staffing and the quality of chronic disease management in primary care: observational study using routinely collected data. *Int J Nurs Stud*. 2011 Oct;48(10):1199-210.
59. Swan BA, Conway-Phillips R, Griffin KF. Demonstrating the value of the RN in ambulatory care. *Nurs Econ*. 2006 Nov-Dec;24(6):315-22.
60. National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. Clinical outcomes - promoting patient safety and quality of care: implications for nurses and midwives. Discussion Paper 2. [Online]. NCNM, Dublin; Jun 2010 [cited 2012 Jun 3]. Available from: <http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/121490>.
61. Flodgren G, Rojas-Reyes MX, Cole N, Foxcroft DR. Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2012, Issue 2. Art. No.: CD002212.
62. Sorensen R, Iedema R, Severinsson E. Beyond profession: nursing leadership in contemporary healthcare. *J Nurs Manage*. 2008 Jul;16(5):535-44.
63. Dunton NE. Take a cue from the NDNQI. *Nurs Manage*. 2008 Apr;39(4): 20, 22-3.
64. Dubois C, Mckee M, Nolte E. Human Resources for Health in Europe. [Online]. 2006 [cited 2012 May 25]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf.
65. Buchan J, Ball J. Evaluating the impact of a new pay system on nurses in the UK. *J Clin Nurs*. 2011 Jan; 20(1-2): p. 50-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03310.x.
66. Nursing Quality and Safety Alliance. [Online]. Washington, DC: NQSA; 2012 [cited 2012 Jul 30]. Available from: <http://www.gwumc.edu/healthsci/departments/nursing/naqc/resources.cfm>.
67. Menehan K. Measuring the contributions of nurses to high-value health care. [Online]. Robert Wood Johnson; 2011 [cited 2012 Jan 3]. Available from: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2011/rwjf70343.

68. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4th ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
69. Head BJ, Maas M, Johnson M. Validity and community-health-nursing sensitivity of six outcomes for community health nursing with older clients. *Public Health Nurs.* 2003 Sep-Oct;20(5):385-98.
70. Head BJ, Aquilino ML, Johnson M, Reed D, Maas M, Moorhead S. Content validity and nursing sensitivity of community-level outcomes from the Nursing Outcomes Classification (NOC). *J Nurs Scholarsh.* 2004;36(3):251-9.
71. Swan BA, Haas SA, Chow M. Ambulatory care registered nurse performance measurement. *Nurs Econ.* 2010 Sep-Oct; 28(5):337-9, 342.
72. Rosenfeld P, Kim H, Londono G, Kovner C, Mezey M. Adult ambulatory care visits to nurses and physicians: methodological limitations of the medical expenditure panel survey data. *Policy Polit Nurs Pract.* 2005 Aug;6(3):221-8.
73. Departament de Salut. L'aportació de la infermera a l'atenció primària. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.
74. World Health Organization, UNICEF. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. [Online]. Ama-Ata, USSR: World Health Organization and UNICEF; 1978 [cited 2011 Jun 7]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>.
75. Departament de Salut. Pla d'innovació de l'atenció primària i de la salut comunitària. Elements estratègics i operatius. [Online]. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010 [cited 2010 Set 3]. Available from: <http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/piapisc/piapisc11febrer2010.pdf>.
76. Kendall S. Nursing perspectives and contribution to Primary Health Care. [Online]. Geneva: International Council of Nurses; 2008 [cited 2010 Mar 1]. Available from: [Disponibile a: http://www.icn.ch/congress2009/presentations.htm](http://www.icn.ch/congress2009/presentations.htm).
77. Planas-Campmany C. Aportación enfermera a la atención a la dependencia en Cataluña. *Nursing.* 2007;25(1):60-6.
78. Dossey B. Florence Nightingale: Mystic, Visionary, Healer. Springhouse, PA: Springhouse Corporation; 2000.
79. Maas ML, Johnson M, Moorhead S. Classifying nursing-sensitive patient outcomes. *Image J Nurs Sch.* 1996 Winter;28(4):295-301.
80. Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). [Online]. *Online Journal of issues in Nursing*; 2007 [cited 2012 Oct 28]. Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx>.
81. Doran D, Mildon B, Clarke S. Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2011 Jun;24(2):38-57.

82. International Council of Nurses. Closing the gap: from evidence to action. [Online]. Geneva, Switzerland; 2012 [cited 2012 Oct 28]. Available from: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit/ICN-Evidence-Based-Practice-Resource/Closing-the-Gap-from-Evidence-to-Action.pdf>.
83. Doran D. Nursing-sensitive outcomes: state of the science Pub JaB, editor. London: Sudbury; 2003.
84. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Care*. 2007;45(12):1195.
85. Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A. Nurse Staffing and Healthcare Outcomes: A Systematic Review of the International Research Evidence. *ANS Adv Nurs Sci*. 2005 Apr-Jun;28(2):163-74.
86. Kazanjian A, Green C, Wong J, Reid R. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2005 Apr;10(2):111-7.
87. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL. Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *J Nurs Adm*. 2004 Jul-Aug;34(7-8):326-37.
88. Gallagher RM, Rowell PA. Claiming the future of nursing through nursing-sensitive quality indicators. *Nurs Adm Q*. 2003 Oct-Dec;27(4):273-84.
89. American Nurses Association. Nursing-sensitive indicators. [Online]. Washington DC; 2012 [cited 2012 Jul 2]. Available from: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1.
90. Kurtzman ET, Corrigan JM. Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes. *Policy Polit Nurs Pract*. 2007 Feb;8(1):20-5.
91. National Quality Forum. [Online]. Washington, DC; 2012 [cited 2012 Jun 18]. Available from: <http://www.qualityforum.org/Home.aspx>.
92. Joint Commission. Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009. [Online]. Illinois; 2010. [cited 2013 Jan 2]. Available from: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf>.
93. American Nurses Association. Nursing quality indicators beyond acute care: Measurement instruments. Washington DC: American Nurses Publishing; 2000.
94. Clark CE, Smith LF, Taylor RS, Campbell JL. Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2011 Mar;28(3):250-61. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.03204.x.

95. Measuring for Quality Improvement. [Online]. London: The information centre for health and social care. The Health and Social Care Information Centre. National Health Service; 2012 [cited 2012 Jun 13]. Available from:
<http://www.ic.nhs.uk/services/measuring-for-quality-improvement/what-is-happening-on-indicators-for>.
96. Departament de Salut, Servei Català de la Salut, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Tercer informe de la Central de Resultats. [Online]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011 [cited 2012 Oct 3]. Available from:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossccentralresultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_tercerinforme_2011.pdf.
97. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003 Jun;348(26):2635-45.
98. Criteria to assess a measure for endorsement. [Online]. Washington, DC: National Quality Forum; 2012 [cited 2012 Aug 20]. Available from:
http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/ABCs/What_NQF_Endorsement_Means.aspx.
99. Zhan C, Miller MR. Administrative data based patient safety research: a critical review. *Qual Saf Health Care*. 2003 Dec;12(Suppl 2):ii58-63.
100. Departament de Salut. Els governs territorials de salut, un model de proximitat. [Online]. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut (CatSalut), Generalitat de Catalunya; 2010 [cited 20 Dec 2012]. Available from:
http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/gts/gts_model_proximitat.pdf.
101. National Quality Forum. Tracking NQF-Endorsed Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: A 15-Month Study. [Online]. Washington, DC: National Quality Forum; 2007 [cited 2012 Mar 3]. Available from:
http://www.qualityforum.org/Publications/2007/07/Tracking_NQF-Endorsed%20AE_Consensus_Standards_for_Nursing-Sensitive_Care_A_15-Month_Study.aspx.
102. Les regions sanitàries. [Online]. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010 [cited 2010 May 17]. Available from:
http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/coneix_lesregions.htm.
103. Prat E, Sánchez J, Pesquer L, Pons X, Olivet M, Aloy J, et al. Estudio sobre la accesibilidad de los centros sanitarios públicos de Cataluña. Generalitat de Catalunya. In : XIII Congreso Nacional de Tecnologías de la Información Geográfica, Tecnologías de la Información eográfica para el Desarrollo Territorial; 2008; Las Palmas de Gran Canaria.
104. Armitage P, Barry G. *Statistical Methods in Medical Research*. 3rd edition. Oxford; Boston, Blackwell Scientific Publications; 1994.
105. Goldstein H. *Multilevel Statistical Models*. 2nd ed. London: Edward Arnold; 1995.

106. StataCorp. Stata: Release 12. Statistical Software. College Station, TX: StataCorp LP; 2011.
107. Planas-Campmany C. Transparency, Accountability and Nursing-sensitive Indicators. In International Cientific Meeting. Sharing Nursing's Knowledge; 2013; Barcelona.
108. Pressupostos de la Generalitat de Catalunya. Departament d'Economia i Coneixement. [Online]. Barcelona; 2012 [cited 2013 feb 15]. Available from: http://www15.gencat.cat/ecofin_wpres12/02_llei.htm.
109. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar;17(3):CD005182.
110. Direcció General de Salut Pública. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. [Online]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008 [cited 2012 Oct 3]. Available from: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/17_salut_de_la_mare_i_de_linfant/documents/prtocolactivitatspreventives.pdf.
111. Hong WS. Evidence-based nursing practice for health promotion in adults with hypertension: a literature review. Asian Nurs Res. 2010;4(4):227–245.
112. Caruana E. Effectiveness of general practice nurse interventions in cardiac risk factor reduction among adults. J Adv Nurs. 2008 Jun;62(5):530-1.
113. Carey N, Courtenay M. A review of the activity and effects of nurse-led care in diabetes. J Clin Nurs. 2007;16(11c):296-304.
114. Welch G, Garb J, Zagarins S, Lendel I, Gabbay RA. Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: results of a meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract. 2010 Apr;88(1):1-6.
115. Marcus BH, Williams DM, Dubbert PM, Sallis JF, King AC, Yancey AK, et al. Physical activity intervention studies: what we know and what we need to know: a scientific statement from the AHA Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; CVDY; and the IWG on Quality of Care and Outcomes Research. Circulation. 2006 Dec 12;114(24):2739-52.
116. Laws R, Chan B, Williams A, Powell-Davies G, Jayasinghe U, Fanaian M, et al. An efficacy trial of brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial). BMC Nursing. 2010;9(4):doi:10.1186/1472-6955-9-4.
117. National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. Costing Report. Implementing NICE guidance. NICE Public Health Guidance 24. [Online]. London; 2010 [cited 2012 Set 13]. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/PH24/Guidance/pdf/English>.

118. National Institute for Health and Clinical Excellence. Rapid Review of the cost-effectiveness of interventions for smoking cessation. [Online]. London; 2006 [cited 2012 Oct 12]. Available from:
<http://www.gserve.nice.org.uk/nicemedia/live/11676/34636/34636.pdf>.
119. Barth J, Critchley J, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan;(1):CD006886.
120. Peckham S, Wallace A. Pay for performance schemes in primary care: what have we learnt? *Qual Prim Care*. 2010;18(2):111-6.
121. Büscher A, Sivertsen B, White J. Nursing and Midwifery. Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization. [Online]. Copenhagen; 2009 [cited 2012 Set 9]. Available from:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf.
122. World Health Organization. The new European policy for health – Health 2020. Policy framework and strategy. Draft 2. [Online]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012 [cited 2012 Aug 2]. Available from:
http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/Health2020_long.pdf.
123. Savitz LA, Jones CB, Bernard S. Quality indicators sensitive to nurse staffing in acute care settings. In Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville; 2005;375–85.
124. National Quality Forum. National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance Measure Set. A consensus report. [Online]. Washington, DC; 2004 [cited 2012 Mar 29]. Available from:
http://www.qualityforum.org/Publications/2004/10/National_Voluntary_Consensus_Standards_for_Nursing-Sensitive_Care_An_Initial_Performance_Measure_Set.aspx.
125. Sullivan-Marx EM. Lessons learned from advanced practice nursing payment. *Policy Polit Nurs Pract*. 2008 May;9(2):121-6.
126. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Enquesta de salut de Catalunya 2011. Informe dels principals resultats. [Online]. 4a ed. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012 [cited 2012 Set 29]. Available from:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/informeasca2011.pdf.

127. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya. Avaluació de l'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010. [Online]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012 [cited 2012 Set 3]. Available from:
[http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Salut i qualitat/Pla Salut Catalunya/Avaluacio objectius salut i disminucio risc 2010/Documents/Arxius/avaluacioobjectiussalut.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Salut%20i%20qualitat/Pla%20Salut%20Catalunya/Avaluacio%20objectius%20salut%20i%20disminucio%20risc%202010/Documents/Arxius/avaluacioobjectiussalut.pdf).
128. Kurtzman ET, Jennings BM. Capturing the imagination of nurse executives in tracking the quality of nursing care. *Nurs Adm Q*. 2008 Jul-Sep;32(3):235-46.
129. Kurtzman ET, O'Leary D, Sheingold BH, Devers KJ, Dawson EM, Johnson JE. Performance-based payment incentives increase burden and blame for hospital nurses. *Health Affair*. 2011;30(2):211-8.

IX. Annexes

Annexes

| | |
|---|-----|
| Annex 1. Els principals indicadors segons el Servei Català de la Salut inclosos per la prova pilot del sistema capitatiu ¹ | 233 |
| Annex 2. Governns territorials de salut..... | 235 |
| Annex 3. Autorització per l'ús de les dades per la present tesi de doctorat | 237 |
| Annex 4. Objectius de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis de Catalunya exclosos de la present investigació | 239 |
| Annex 5. Comparació dels resultats dels indicadors d'avaluació de la compra de serveis d'atenció primària del període 2006 - 2009 a Catalunya | 241 |

Annex 1. Els principals indicadors segons el Servei Català de la Salut inclosos per la prova pilot del sistema capitatiu¹

- Accessibilitat
 - Percentatge de població de 75 anys o més assignada a l'EAP atesa pel Programa d'Atenció Domiciliària (ATDOM)
 - Pacients en llista d'espera quirúrgica hospitalària: taxa de pacients x 1.000 habitants
 - Pacients en llista de espera quirúrgica hospitalària i temps de resolució en mesos
 - Participació en el Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama
 - Cobertura del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama
- Resolució/efectivitat
 - Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada
 - Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa assignada
 - Altes evitables amb ingrés hospitalari adequat
 - Percentatge de cesàries
 - Cirurgia radical de mama sobre el total de cirurgia per càncer de mama
 - Discrecionalitat (excloent-ne altes evitables amb ingrés hospitalari adequat i compra addicional)
 - Altes evitables amb ingrés hospitalari inadequat
 - Valor intrínsec elevat de la prescripció farmacèutica
- Eficiència
 - Percentatge de cirurgia major ambulatoria (CMA) finançat pel CatSalut sobre l'activitat programada quirúrgica
 - Prescripció farmacèutica d'indicadors de selecció (IS)
 - Prescripció farmacèutica de novetats terapèutiques (NT)
 - Prescripció de fàrmacs genèrics
 - Índex sintètic global de la prescripció farmacològica
- Satisfacció
 - Atenció primària: grau de satisfacció de l'usuari amb caràcter general (de 0 a 10)
 - Atenció primària: percentatge de pacients que tornaria a aquest centre de primària.
 - Atenció hospitalària: grau de satisfacció de l'usuari amb caràcter general (de 0 a 10)
 - Atenció hospitalària: percentatge de pacients que tornaria a aquest hospital

Bibliografia:

1. Brosa F, Agustí E. Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.

Annex 2. Governos territorials de salut

Les funcions bàsiques dels governos territorials de salut que inclouen, com a mínim, l'atenció primària, hospitalària i sociosanitària, i són l'ordenació i la coordinació dels recursos per garantir la millor prestació dels serveis sanitaris. L'exercici d'aquestes funcions es fa a partir de les directrius d'abast general determinades pel Departament de Salut, mitjançant l'aplicació de criteris de descentralització i coresponsabilització amb els ajuntaments¹.

Governos territorials de salut classificats per regions sanitàries:

- Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran
 - Alt Urgell
 - Alta Ribagorça
 - La Cerdanya
 - Pallars Jussà - Pallars Sobirà
 - Val d'Aran
- Regió Sanitària Barcelona
 - Alt Penedès
 - Baix Llobregat Centre -
Fontsanta
 - Baix Llobregat Litoral
 - Baix Llobregat Nord
 - Baix Montseny
 - Baix Vallès
 - Barcelona Ciutat
 - Barcelonès Nord - Baix Maresme
 - Garraf
 - L'Hospitalet i el Prat de Llobregat
 - Maresme Central
 - Vallès Occidental Est
 - Vallès Occidental Oest
 - Vallès Oriental Sector Central
- Regió Sanitària Catalunya Central
 - Anoia
- Bages-Solsonès
- Berguedà
- Osona
- Regió Sanitària Camp de Tarragona
 - Alt Camp i Conca de Barberà
 - Baix Camp
 - Baix Penedès
 - Tarragonès
- Regió Sanitària Girona
 - Alt Empordà
 - Alt Maresme i Selva Marítima
 - Baix Empordà
 - La Garrotxa
 - Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior
 - Ripollès
- Regió Sanitària Lleida
 - Lleida
- Regió Sanitària Terres de l'Ebre
 - Altebrat
 - Baix Ebre
 - Montsià

Bibliografia:

1. Departament de Salut. Els governos territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: 1a ed. Servei Català de la Salut (CatSalut). Generalitat de Catalunya; setembre de 2010.

Annex 3. Autorització per l'ús de les dades per la present tesi de doctorat

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
**Direcció General de Regulació,
Planificació i Recursos Sanitaris**

Carles Constante i Beitia, Director General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris del Departament de Salut,

CERTIFICO:

Que el **Sra. Carme Planas Campmany** te permís per a utilitzar les dades dels resultats de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis relativa al període 2006 – 2009 per a realitzar la seva tesi doctoral.

I perquè així consti i tingui els efectes que corresponguin, signo aquest certificat.



Carles Constante i Beitia
Director general de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Barcelona, 20 de desembre de 2012

Travessera de les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona
Tel. 93 227 29 00
Fax 93 227 29 90
<http://www.gencat.cat/salut>

Annex 4. Objectius de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis de Catalunya exclosos de la present investigació

| Objectius de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis de Catalunya exclosos de la present investigació: |
|--|
| Exclosos 2006: |
| AP08: Assolir un mínim d'un XX% de població atesa, assignada, major de 14 anys i en determinades situacions de risc de trastorns de l'estat d'ànim deprimit, amb cribatge de la depressió mitjançant entrevista semi estructurada. <i>Avaluació 2006 publicada: "No és possible valorar adequadament els valors mitjans d'aquest indicador ni tampoc el grau mitjà d'assoliment obtingut, atès el nombre tan baix d'EAP amb objectiu formulat i/o amb dades vàlides per calcular l'indicador".</i> |
| AP13: Assolir que com a mínim un XX% de les reclamacions tingui un temps de resposta inferior a 15 dies. No s'inclou a l'anàlisi per què tant l'any 2007 com l'any 2008, l'objectiu relacionat amb el tancament de reclamacions abans de 15 dies, per què no es disposava de suficients dades, per tant, <i>"no resulta factible la valoració global dels resultats de l'indicador ni del grau d'assoliment de l'objectiu".</i> |
| AP16: Oferir la realització de la prova de detecció de la infecció pel VIH a un XX% de la població de risc de 25 a 35 anys atesa assignada. <i>Avaluació 2006 publicada: "Aquest indicador es refereix al percentatge de població assignada i atesa de 25 a 35 anys amb risc d'infecció pel VIH a la qual s'ha ofert la realització de la prova de detecció de la infecció. El petit nombre d'EAP amb objectiu formulat i/o amb dades vàlides per calcular l'indicador impedeix valorar adequadament tant els valors mitjans d'aquest indicador com els graus mitjans d'assoliment obtinguts"</i> |
| AP22. Assolir un mínim d'un XX% de pacients atesos amb consum excessiu d'alcohol que es tornen abstinentes o que disminueixen el consum a nivells de baix risc. <i>Avaluació 2006 publicada: "Aquest indicador estava destinat a informar sobre el percentatge de població de 15 anys o més atesa, assignada i amb consum excessiu d'alcohol que se n'ha tornat abstinent o que n'ha reduït el consum fins a nivells de baix risc. La valoració global dels valors d'aquest indicador i del grau d'assoliment de l'objectiu obtingut es veu dificultada pel nombre baix d'EAP amb objectiu formulat i/o amb dades vàlides per calcular l'indicador.</i> |
| AP24. Derivar al PASSIR un mínim de XX% de pacients ateses de 25 a 64 anys en situació de cribatge inadequat del càncer de coll d'úter. <i>Aquest indicador va continuar a la línia d'atenció primària l'any 2007 i l'any 2008 va passar de la línia d'atenció a la salut sexual i reproductiva formulant l'indicador de manera inversa, passant de mesurar el % de cribatge inadequat durant les anys 2006 i 2007 a mesurar el % de cribatge adequat durant els anys 2008 i 2009. A més, avaluació 2006 i 2007: "no resulta gaire útil valorar globalment els valors mitjans d'aquest indicador ni tampoc els graus mitjans d'assoliment obtinguts, atès el nombre tan baix d'EAP amb objectiu formulat i/o amb dades vàlides per calcular l'indicador".</i> |
| AP26. Participar en un circuit de diagnòstic ràpid per als pacients amb sospita de càncer colo rectal, de mama i de pulmó. <i>Avaluació 2006 publicada: "Aquest percentatge d'EAP que participen en els circuits de diagnòstic ràpid (CDR) definits presenta valors molt alts i homogenis que indicarien que la pràctica totalitat dels EAP compleix l'objectiu formulat." Només es va incloure al 2006? Si és així, només te una dada anual (2006) que no permet càlcul evolució temporal i no te dades 2008 i 2009 per càlcul coeficient variació territorial.</i> |
| Exclosos 2007: |
| AP12: Assolir que com a mínim un XX% de les reclamacions tingui un temps de resposta inferior a 15 dies <i>Avaluació 2007 publicada: "Tant el percentatge de reclamacions rebudes al llarg de l'any i tancades abans de 15 dies com el grau d'assoliment de l'objectiu fixat estan referits només als EAP d'una sola regió sanitària, atès que no s'ha disposat d'informació vàlida sobre la resta d'EAP."</i> |
| AP22. Derivar al PASSIR un mínim de XX% de pacients ateses de 25 a 64 anys en situació de cribatge inadequat del càncer de coll d'úter. <i>Aquest indicador va continuar a la línia d'atenció primària l'any 2007 i l'any 2008 va passar de la Lina d'atenció a la salut sexual i reproductiva formulant l'indicador de manera inversa, passant de mesurar el % de cribatge inadequat durant les anys 2006 i 2007 a mesurar el % de cribatge adequat durant els anys 2008 i 2009. A més, avaluació 2006 i 2007: "no resulta gaire útil valorar globalment els valors mitjans d'aquest indicador ni tampoc els graus mitjans d'assoliment obtinguts, atès el nombre tan baix d'EAP amb objectiu formulat i/o amb dades vàlides per calcular l'indicador".</i> |
| Exclosos 2008: |
| AP13. Tancament de reclamacions abans de 15 dies. <i>Avaluació 2008 publicada: " Dels 183 EAP amb l'objectiu formulat i dades vàlides per avaluar-lo, 170 corresponen la Regió Sanitària Barcelona i no resulta, per tant, factible la valoració global dels resultats de l'indicador ni del grau d'assoliment de l'objectiu".</i> |
| Exclosos 2009: |
| AP07. Efectuar la revisió anual de l'estat bucodental d'un determinat percentatge mínim de la població assignada nascuda els anys 2000, 2001 o 2002. <i>Aquest indicador, tot i formar part de l'avaluació de la part variable de la compra de serveis del 2009, les dades per GTS no es van poder obtenir per l'anàlisi territorial d'aquest estudi.</i> |
| AP11. Utilització de nous medicaments amb valor afegit limitat. <i>Avaluació 2009 publicada: " Els valors globals dels indicadors són similars als de l'any anterior. Les mancances de dades vàlides per a calcular un dels indicadors dificulta la valoració del grau d'assoliment de l'objectiu que, en qualsevol cas, sembla haver disminuït notablement."</i> |

Annex 5. Comparació dels resultats dels indicadors d'avaluació de la compra de serveis d'atenció primària del període 2006 - 2009 a Catalunya

COMPARACIÓ DELS RESULTATS DELS INDICADORS D'AVALUACIÓ DE LA COMPRA DE 2006 - 2007 - 2008 - 2009
 AVALUACIÓ DE LA COMPRA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (AP)

CATALUNYA - ANÀLISI DE L'EVOLUCIÓ 2006 - 2009 I VARIABILITAT TERRITORIAL 2009

| Indicador AP | CODI 2006 | CODI 2007 | CODI 2008 | CODI 2009 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2006 - 2009 | | 2009 max (GTS) | Coeficient Variació (GTS) |
|--|----------------|-----------|-----------|-----------|----------------|---------|--------|--------|-------------|-----------|----------------------|---------------------------------|
| | | | | | | | | | Variació | Tendència | | |
| Control òptim de la hipertensió arterial (percentatge de persones) (1) <i>2007: control acceptable de la hipertensió arterial; resta d'anys control òptim</i> <i>Estandàrd: Pla de salut de Catalunya 2010: al menys el 44,7 % l'any 2010 -</i> <i>proporció de persones hipertenses controlades a la població</i> | AP01 | AP01 | AP01 | AP01 | 39,40% | 60,40% | 48,60% | 47,90% | 21,57% | + | 59,10% | 12,27% |
| Control acceptable de la diabetes (percentatge de persones) (2) <i>Estandàrd: > 60%</i> | AP02 | AP02 | AP02 | AP02 | 58,30% | 61,50% | 61,70% | 64,80% | 11,15% | + | 74,30% | 14,98% |
| Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl (percentatge de persones) <i>Referència: -----</i> | AP03 | AP03 | AP03 | AP03 | 45,20% | 56,00% | 58,90% | 63,70% | 40,93% | + | 78,20% | 14,59% |
| Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat (percentatge de persones) <i>Referència: -----</i> | ----- | ----- | ----- | AP04 | N/A | N/A | N/A | 91,10% | ----- | N/A | 97,30% | 5,91% |
| Cribatge del consum d'alcohol en població adulta (percentatge de persones) <i>Estandàrd: 70% Programa Beveu Menys</i> | AP05 | AP05 | AP05 | AP05 | 43,00% | 52,60% | 51,80% | 52,40% | 21,86% | + | 73,20% | 12,58% |
| Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys (percentatge de persones) <i>Estandàrd: ≥ 60%</i> | AP04 | AP04 | AP04 | AP06 | 47,80% | 73,00% | 67,90% | 75,40% | 57,74% | + | 93,00% | 16,28% |
| Aplicació de fluor tòpic en la població de 7 anys amb risc alt de càries (percentatge de persones) <i>Referència: -----</i> | AP06 | AP06 | AP06 | ----- | 54,80% | 69,00% | 78,30% | N/A | 42,88% | + | 96,34% | 35,50% |
| Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa (percentatge de persones) <i>Estandàrd: 95-98%</i> | AP17 | AP16 | AP07 | AP08 | 81,50% | 85,10% | 87,30% | 87,80% | 7,73% | + | 95,80% | 8,35% |
| Implantació del protocol PREALT (AE i SS) (percentatge d'EAP) <i>Referència: -----</i> | AP09a | AP08a | ----- | ----- | 99,10% | 100,00% | N/A | N/A | 0,91% | + | N/A | N/A |
| Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció socio sanitària d'intercanvi amb un contacte amb l'EAP <48h (percentatge de persones) (3) <i>Referència: -----</i> | AP09b AP09c | AP08b | AP08 | AP09 | 70,8% 78,0% | 73,20% | 82,40% | 78,80% | 7,65% | + | 100,00% | 17,44% |
| Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques (percentatge d'envasos) <i>Referència: -----</i> | AP10 | AP09 | AP09 | AP10 | 21,10% | 24,80% | 26,90% | 29,50% | 39,81% | + | 33,50% | 8,16% |
| Utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit (percentatge d'envasos) <i>Referència: -----</i> | AP11 | AP10 | AP10 | AP11 | 2,57% | 3,05% | 3,50% | 2,81% | 9,34% | + | 3,66% | 11,91% |

| Indicador AP | CODI 2006 | CODI 2007 | CODI 2008 | CODI 2009 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2006 - 2009 | | 2009 | | Coeficient Variació (GTS) |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|---------|---------|---------|-------------|-------------|-----------|-----------|---------------------------|
| | | | | | | | | | Variació | Tendència | min (GTS) | max (GTS) | |
| Cost mitjà per DDD d'IBP (mitjana d'euros) <i>Referència: -----</i> | ----- | ----- | ----- | ----- | N/A | N/A | 0,32 | 0,28 | -12,50% | (2006-2009) | 0,24 | 0,31 | 7,45% |
| Cost mitjà per DDD d'estalines (mitjana d'euros) (4) <i>Referència: -----</i> | ----- | ----- | ----- | ----- | N/A | N/A | 0,41 | N/A | ----- | N/A | 0,35 | 0,48 | 7,47% |
| Cost mitjà per DDD d'IECA + ARA II (mitjana d'euros) <i>Referència: -----</i> | ----- | ----- | ----- | ----- | N/A | N/A | 0,32 | 0,31 | -3,13% | (2006-2009) | 0,26 | 0,41 | 8,44% |
| Cost mitjà per DDD d'ISRS + AD de nova generació (mitjana d'euros) <i>Referència: -----</i> | ----- | ----- | ----- | ----- | N/A | N/A | 0,69 | 0,66 | -4,35% | (2006-2009) | 0,61 | 0,74 | 2,80% |
| Cost mitjà per DDD de bifosfonats (mitjana d'euros) <i>Referència: -----</i> | ----- | ----- | ----- | ----- | N/A | N/A | 1,09 | 0,98 | -10,09% | (2006-2009) | 0,92 | 1,19 | 6,17% |
| Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora (percentatge d'EAP) <i>Referència: -----</i> | AP12 | ----- | ----- | ----- | 56,70% | N/A | 100,00% | N/A | 76,37% | (2006-2008) | 100,00% | 100,00% | 0,00% |
| Implantació d'actuacions de millora sobre l'adequació de la informació (percentatge d'EAP) <i>Referència: -----</i> | ----- | AP11 | ----- | ----- | N/A | 100,00% | N/A | 100,00% | 0,00% | (2007-2009) | 100,00% | 100,00% | 0,00% |
| Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades (percentatge d'EAP) <i>Referència: -----</i> | ----- | ----- | ----- | ----- | N/A | N/A | N/A | 100,00% | ----- | N/A | 100,00% | 100,00% | 0,00% |
| Subministrament de dades al CatSalut (percentatge de dades) <i>Estàndard: mínim 90%</i> | AP14a | AP13a | AP14a | AP15a | 72,00% | 91,20% | 96,80% | 95,90% | 33,19% | (2006-2008) | 82,30% | 99,30% | 3,11% |
| Procés de transmissió de dades al CatSalut completat a la data establerta (percentatge d'EAP) <i>Data límit: abans de l'1 de març</i> | AP14b | AP13b | AP14b | AP15b | 96,30% | 73,90% | 50,90% | 89,30% | -7,27% | (2006-2008) | 0,00% | 100,00% | 45,36% |
| Participació en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i de bufeta urinària (sí/no) <i>Referència: -----</i> | ----- | AP15 | AP15 | ----- | N/A | 77,00% | 84,00% | N/A | 9,09% | (2007-2008) | 0,00% | 100,00% | 66,58% |
| Taxa d'hospitalitzacions evitables per ACSC (percentatge d'altres) (5) <i>Referència: -----</i> | AP07 | AP07 | AP16 | AP16 | 6,82% | 6,94% | 6,79% | 7,89% | 15,69% | (2006-2008) | 5,79% | 10,38% | 14,43% |
| Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa (percentatge de persones) <i>Estàndard: 60% (>19 anys), 95% (14-16 anys)</i> | AP18 | AP17 | AP17 | ----- | 42,40% | 48,50% | 48,50% | N/A | 14,39% | (2006-2008) | 7,56% | 68,97% | 23,36% |
| Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) <i>Estàndard: 85% (població de risc)</i> | AP19 | AP18 | AP18 | AP17 | 57,40% | 56,60% | 57,50% | 57,80% | 0,70% | (2006-2008) | 39,00% | 75,40% | 10,87% |
| Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) <i>Referència: -----</i> | AP20 | AP19 | AP19 | ----- | 46,70% | 52,80% | 56,00% | N/A | 19,91% | (2007-2008) | 33,47% | 73,89% | 15,22% |
| Pacients exfumadors de l'any (percentatge de persones) <i>Estàndard: 35%</i> | AP21 | AP20 | AP20 | AP18 | 32,60% | 28,40% | 49,70% | 31,60% | -3,07% | N/A | 4,60% | 77,60% | 74,74% |
| Cobertura de l'alletament matern exclusiu als tres mesos (percentatge de persones) <i>2008 era alletament als quatre mesos (Canvi de criteri)</i> <i>Estàndard: 60% (nadons de 3 mesos)</i> | AP23 | AP21 | AP21 | AP19 | 45,10% | 49,40% | 84,50% | 82,90% | 83,81% | (2006-2008) | 62,40% | 93,70% | 8,98% |
| Població >74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració (percentatge de pacients) <i>Referència: -----</i> | AP25 | AP23 | AP22 | AP20 | 51,10% | 80,60% | 70,90% | 72,00% | 40,90% | (2006-2008) | 39,60% | 100,00% | 16,42% |

| Indicador AP | CODI 2006 | CODI 2007 | CODI 2008 | CODI 2009 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2006 - 2009 | | 2009 | | Coeficient Variació (GTS) |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|--------|--------|--------|-------------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|
| | | | | | | | | | Variació | Tendència | min (GTS) | max (GTS) | |
| Població >74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics (percentatge de pacients) <i>Referència:</i> ----- | ----- | ----- | AP23 | ----- | N/A | N/A | 18,60% | N/A | ----- | N/A | 2,03% | 84,52% | 102,78% |
| Cost d'absorbents en la població amb incontinència urinària (mitjana d'euros) <i>Referència:</i> ----- | AP27 | AP24 | AP24 | AP21 | 404,98 | 403,95 | 421,23 | 434,58 | 7,31% | + | 330,48 | 533,59 | 10,99% |
| Programació de visites a través d'internet (percentatge d'EAP) <i>Referència:</i> ----- | AP14 | AP14 | ----- | ----- | 77,30% | 92,20% | N/A | N/A | 19,28% | + | N/A | N/A | N/A |

- (1) Al 2007 es va variar la formulació de l'indicador de control de la hipertensió arterial: acceptable enloc d'òptim (control òptim: PA sistòlica <140 mm Hg i PA diastòlica <90 mm Hg (la darrera determinació de PA és vàlida quan s'ha fet durant l'any avaluat); en pacients diabètics, es considerarà control òptim una PA sistòlica <130 mm Hg i una PA diastòlica <80 mm Hg)
- (2) A la compra de 2008 es va modificar el títol de l'indicador de control acceptable de la diabetes (abans control metabòlic de la diabetes) però mantenint els criteris de control: HbA1c <8% , o dues desviacions estàndard de la xifra òptima facilitada per cada laboratori de referència; per a l'indicador de bon control metabòlic, s'utilitzarà de manera preferent el criteri de l'hemoglobina glicada; que consisteix en estar dues desviacions estàndard per sota de la xifra òptima que facilita cada laboratori de referència; habitualment HbA1c <8%; si no es disposa dels valors de l'hemoglobina HbA1c, es pot utilitzar com a criteri de bon control metabòlic dues desviacions estàndard per sota de la xifra òptima per la l'HbA1 (habitualment <9,5%) o valors de glucèmia inferiors a 126 mg/dl. La darrera determinació d'hemoglobina glucosilada o de glucèmia és vàlida quan s'ha fet durant el segon semestre de l'any avaluat hipertensió arterial acceptable enloc d'òptim.
- (3) L'any 2006, es demanaven per separat les altes dels hospitals i les altes socio-sanitàries. L'any 2007, l'indicador ja no es desagrega.
- (4) Mancances de dades vàlides per a calcular l'indicador AP12b de l'avaluació del 2009
- (5) L'any 2009 hi va haver canvis en els criteris d'inclusió dels codis diagnòstics dels problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatoria (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSO); s'hi van afegir tots els casos amb diagnòstic de cardiopatia isquèmica i determinats diagnòstics secundaris com la HTA.

COMPARACIÓ DELS RESULTATS DELS INDICADORS D'AVALUACIÓ DE LA COMPRA DE 2006 - 2007 - 2008 - 2009
 AVALUACIÓ DE LA COMPRA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (AP)

CATALUNYA

| Indicador AP | CODI 2006 | CODI 2007 | CODI 2008 | CODI 2009 | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-------|--------|
| | | | | | Catalunya | % UP dades vàlides | Catalunya | % UP dades vàlides | Catalunya | % UP dades vàlides | Catalunya | % UP dades vàlides | | |
| Control òptim de la hipertensió arterial (percentatge de persones) (1) 2007: control acceptable de la hipertensió arterial; resta d'anys control òptim Estàndard: Pla de salut de Catalunya 2010: al menys el 44,7 % l'any 2010 - proporció de persones hipertenses controlades a la població | AP01 | AP01 | AP01 | AP01 | 39,40% | 99,43% | 60,40% | 305 | 86,89% | 48,60% | 335 | 94,10% | 321 | 89,92% |
| Control acceptable de la diabetes (percentatge de persones) (2) Estàndard: > 60% | AP02 | AP02 | AP02 | AP02 | 58,30% | 99,43% | 61,50% | 316 | 90,03% | 61,70% | 332 | 93,26% | 323 | 90,48% |
| Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl (percentatge de persones) Referència: | AP03 | AP03 | AP03 | AP03 | 45,20% | 97,42% | 56,00% | 351 | 100,00% | 58,90% | 350 | 98,31% | 356 | 99,72% |
| Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat (percentatge de persones) Referència: | AP04 | AP04 | AP04 | AP04 | N/A | ..... | N/A | ..... | ..... | N/A | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Cribatge del consum d'alcohol en població adulta (percentatge de persones) Estàndard: 70% Programa Beveu Menys | AP05 | AP05 | AP05 | AP05 | 43,00% | 93,41% | 52,60% | 337 | 96,01% | 51,80% | 346 | 97,19% | 349 | 97,76% |
| Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys (percentatge de persones) Estàndard: > 60% | AP04 | AP04 | AP04 | AP06 | 47,80% | 95,13% | 73,00% | 331 | 94,30% | 67,90% | 347 | 97,47% | 337 | 94,40% |
| Aplicació de fluor tòpic en la població de 7 anys amb risc alt de càries (percentatge de persones) Referència: | AP06 | AP06 | AP06 | AP06 | 54,80% | 72,49% | 69,00% | 116 | 33,05% | 78,30% | 248 | 69,66% | ..... | ..... |
| Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa (percentatge de persones) Estàndard: 95-98% | AP17 | AP16 | AP07 | AP08 | 81,50% | 90,83% | 85,10% | 327 | 93,16% | 87,30% | 341 | 95,79% | 340 | 95,24% |
| Implantació del protocol PREALT (AE I SS) (percentatge d'EAP) Referència: | AP09a | AP08a | ..... | ..... | 99,10% | 94,56% | 100,00% | 314 | 89,46% | N/A | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció socio sanitària d'inmetament amb un contacte amb l'EAP <48h (percentatge de persones) (3) Referència: | AP09b | AP08b | AP08 | AP09 | 70,8% | 74,21% | 73,20% | 178 | 50,71% | 82,40% | 279 | 78,37% | 319 | 89,36% |
| Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques (percentatge d'envasos) Referència: | AP10 | AP09 | AP09 | AP10 | 21,10% | 97,13% | 24,80% | 351 | 100,00% | 26,90% | 356 | 100,00% | 317 | 88,80% |
| Utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit (percentatge d'envasos) Referència: | AP11 | AP10 | AP10 | AP11 | 2,57% | 97,13% | 3,05% | 351 | 100,00% | 3,50% | 356 | 100,00% | 295 | 82,63% |
| Cost mitjà per DDD d'IBP (mitjana d'euros) Referència: | AP11a | AP11a | AP11a | AP12a | N/A | ..... | N/A | ..... | ..... | 0,320 | 356 | 100,00% | 284 | 79,55% |
| Cost mitjà per DDD d'estatines (mitjana d'euros) (4) Referència: | AP11b | AP11b | AP11b | AP12b | N/A | ..... | N/A | ..... | ..... | 0,410 | 354 | 99,44% | ..... | ..... |
| Cost mitjà per DDD d'IECA + ARA II (mitjana d'euros) Referència: | AP11c | AP11c | AP11c | AP12c | N/A | ..... | N/A | ..... | ..... | 0,320 | 356 | 100,00% | 284 | 79,55% |
| Cost mitjà per DDD d'ISRS + AD de nova generació (mitjana d'euros) Referència: | AP11d | AP11d | AP11d | AP12d | N/A | ..... | N/A | ..... | ..... | 0,690 | 356 | 100,00% | 77 | 21,57% |
| Cost mitjà per DDD de bifosfonats (mitjana d'euros) Referència: | AP11e | AP11e | AP11e | AP12e | N/A | ..... | N/A | ..... | ..... | 1,090 | 356 | 100,00% | 284 | 79,55% |
| Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora (sí/no) Referència: | AP12 | AP12 | AP12 | AP12 | 56,70% | 100,00% | 56,70% | 349 | 100,00% | 100,00% | 245 | 68,82% | ..... | ..... |

| Indicador AP | CODI 2006 | CODI 2007 | CODI 2008 | CODI 2009 | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----|---------|
| | | | | | Catalunya | % UP dades vàlides | Catalunya | % UP dades vàlides | Catalunya | % UP dades vàlides | Catalunya | % UP dades vàlides | | |
| Implantació d'actuacions de millora sobre l'adequació de la informació (percentatge d'EAP) <i>Referència:</i> | AP11 | | | AP13 | N/A | | 100,00% | 273 | 77,78% | N/A | | 100,00% | 302 | 84,59% |
| Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades (percentatge d'EAP) <i>Referència:</i> | AP14a | AP13a | AP14a | AP15a | N/A | | N/A | | | N/A | | 100,00% | 305 | 85,43% |
| Subministrament de dades al CatSalut (percentatge de dades) <i>Estàndard: mínim 90%</i> | AP14a | AP13a | AP14a | AP15a | 72,00% | 349 | 100,00% | 351 | 100,00% | 96,80% | 356 | 100,00% | 357 | 100,00% |
| Procediment de transmissió de dades al CatSalut completat a la data establerta (percentatge d'EAP) <i>Data límit: abans de l'1 de març</i> | AP14b | AP13b | AP14b | AP15b | 96,30% | 348 | 99,71% | 329 | 93,73% | 50,90% | 287 | 80,62% | 346 | 96,92% |
| Participació en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i de bufeta urinària (sí/no) <i>Referència:</i> | AP15 | AP15 | AP15 | AP15 | N/A | | | 183 | 52,14% | 84,00% | 243 | 68,26% | | |
| Taxa d'hospitalitzacions evitables per ACSC (percentatge d'altres) (5) <i>Referència:</i> | AP07 | AP07 | AP16 | AP16 | 6,82% | 346 | 99,14% | 351 | 100,00% | 6,79% | 355 | 99,72% | 355 | 99,44% |
| Cobertura vacunal antitètica en la població adulta atesa (percentatge de persones) <i>Estàndard: 60% (>19 anys), 95% (14-16 anys)</i> | AP18 | AP17 | AP17 | AP17 | 42,40% | 327 | 93,70% | 336 | 95,73% | 48,50% | 348 | 97,75% | | |
| Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) <i>Estàndard: 85% (població de risc)</i> | AP19 | AP18 | AP18 | AP17 | 57,40% | 340 | 97,42% | 345 | 98,29% | 57,50% | 353 | 99,16% | 346 | 96,92% |
| Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) <i>Referència:</i> | AP20 | AP19 | AP19 | AP19 | 46,70% | 339 | 97,13% | 347 | 98,86% | 56,00% | 352 | 98,88% | | |
| Pacients exfumadors de l'any (percentatge de persones) <i>Estàndard: 35%</i> | AP21 | AP20 | AP20 | AP18 | 32,60% | 345 | 98,85% | 267 | 76,07% | 49,70% | 231 | 64,89% | 297 | 83,19% |
| Cobertura de l'al·lèlament matern exclusiu als tres mesos (percentatge de persones) <i>2008 era al·lèlament als quatre mesos (Canvi de criteri)</i> <i>Estàndard: 60% (nadons de 3 mesos)</i> | AP23 | AP21 | AP21 | AP19 | 45,10% | 334 | 95,70% | 345 | 98,29% | 84,50% | 356 | 100,00% | 354 | 99,16% |
| Població >74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració (percentatge de persones) <i>Referència:</i> | AP25 | AP23 | AP22 | AP20 | 51,10% | 308 | 88,25% | 330 | 94,02% | 70,90% | 351 | 98,60% | 331 | 92,72% |
| Població >74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics (percentatge de persones) <i>Referència:</i> | AP27 | AP24 | AP24 | AP21 | N/A | | | | | N/A | | | | |
| Cost d'absorbents en la població amb incontinència urinària (mitjana d'euros) <i>Referència:</i> | AP14 | AP14 | AP24 | AP21 | 404,98 | 338 | 96,85% | 351 | 100,00% | 421,23 | 355 | 99,72% | 295 | 82,63% |
| Programació de visites a través d'internet (percentatge d'EAP) <i>Referència:</i> | AP14 | AP14 | AP24 | AP21 | 77,30% | 335 | 95,99% | 296 | 84,33% | N/A | | | | |

- (1) Al 2007 es va variar la formulació de l'indicador de control de la hipertensió arterial acceptable enloc d'òptim (control òptim: PA sistòlica <140 mm Hg i PA diastòlica <90 mm Hg (la darrera determinació de PA és vàlida quan s'ha fet durant l'any avaluat); en pacients diabètics, es considerarà control òptim una PA sistòlica <130 mm Hg i una PA diastòlica <80 mm Hg)
- (2) A la compra de 2008 es va modificar el títol de l'indicador de control acceptable de la diabetes (abans control metabòlic de la diabetes) però mantenint els criteris de control: HbA1c <8% , o dues desviacions estàndard de la xifra òptima facilitada per cada laboratori de referència; per a l'indicador de bon control metabòlic, s'utilitzarà de manera preferent el criteri de l'hemoglobina glicada; que consisteix en estar dues desviacions estàndard per sota de la xifra òptima que facilita cada laboratori de referència: habitualment HbA1c <8%; si no es disposa dels valors de l'hemoglobina HbA1c, es pot utilitzar com a criteri de bon control metabòlic dues desviacions estàndard per sota de la xifra òptima per la l'HbA1 (habitualment <9,5%) o valors de glucèmia inferiors a 126 mg/dl. La darrera determinació d'hemoglobina glicada o de glucèmia és vàlida quan s'ha fet durant el segon semestre de l'any avaluat/hipertensió arterial acceptable enloc d'òptim.
- (3) L'any 2006, es demanaven per separat les altes dels hospitals i les altes socio-sanitàries. L'any 2007, l'indicador ja no es desagrega.
- (4) Mancances de dades vàlides per a calcular l'indicador AP12b de l'avaluació del 2009
- (5) L'any 2009 hi va haver canvis en els criteris d'inclusió dels codis diagnòstics dels problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatoria (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC): s'hi van afegir tots els casos amb diagnòstic de cardiopatia isquèmica i determinats diagnòstics secundaris com la HTA.

COMPARACIÓ DELS RESULTATS DELS INDICADORS D'AVALUACIÓ DE LA COMPRA DE 2006 - 2007 - 2008 - 2009
AVALUACIÓ DE LA COMPRA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (AP)

REGIONS SANITÀRIES

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|---|------------|--------------------|----------------|------------|--------------------|----------------|------------|--------------------|----------------|------------|--------------------|
| | Indicador AP01 | n | % UP dades vàlides | Indicador AP01 | n | % UP dades vàlides | Indicador AP01 | n | % UP dades vàlides | Indicador AP01 | n | % UP dades vàlides |
| | Control òptim de la hipertensió arterial (percentatge de persones) (1) 2007: control acceptable de la hipertensió arterial; resta d'anys control òptim Estàndard del Pla de salut de Catalunya 2010: al menys el 44,7 % l'any 2010 ("proporció de persones hipertenses controlades a la població") | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 61,00% | 6 | 75,00% | | 0 | 0,00% | 47,60% | 6 | 85,71% | 46,50% | 7 | 100,0% |
| Barcelona | 39,00% | 203 | 100,00% | 60,20% | 195 | 94,66% | 50,70% | 206 | 98,10% | 48,10% | 203 | 98,5% |
| Camp de Tarragona | 49,50% | 34 | 100,00% | 62,80% | 27 | 79,41% | 43,50% | 32 | 94,12% | 45,60% | 29 | 87,9% |
| Catalunya Central | 39,40% | 35 | 100,00% | 59,40% | 17 | 48,57% | 42,20% | 23 | 63,89% | 45,70% | 22 | 59,5% |
| Girona | 39,00% | 36 | 100,00% | 62,10% | 33 | 91,67% | 46,80% | 36 | 100,00% | 51,30% | 39 | 95,1% |
| Leida | 33,40% | 22 | 100,00% | 61,90% | 22 | 100,00% | 42,50% | 21 | 95,45% | 44,90% | 21 | 95,5% |
| Terres de l'Ebre | 29,00% | 11 | 100,00% | 54,00% | 11 | 100,00% | 37,40% | 11 | 100,00% | | 0 | 0,0% |
| Catalunya | 39,40% | 347 | 99,43% | 60,40% | 305 | 86,89% | 48,60% | 335 | 94,10% | 47,90% | 321 | 89,9% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | 47,80% | 56 | 100,0% |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | 47,40% | 66 | 98,5% |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | 48,90% | 80 | 97,6% |
| Control acceptable de la diabetes (percentatge de persones) (2) Estàndard: > 60% | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 75,40% | 6 | 75,00% | | 0 | 0,00% | 61,80% | 5 | 71,43% | 55,50% | 5 | 71,4% |
| Barcelona | 57,70% | 203 | 100,00% | 60,90% | 199 | 96,60% | 61,10% | 207 | 98,57% | 64,50% | 204 | 99,0% |
| Camp de Tarragona | 57,80% | 34 | 100,00% | 60,70% | 28 | 82,35% | 63,30% | 26 | 76,47% | 63,70% | 23 | 69,7% |
| Catalunya Central | 55,40% | 35 | 100,00% | 61,50% | 25 | 71,43% | 63,10% | 26 | 72,22% | 67,60% | 20 | 54,1% |
| Girona | 62,40% | 36 | 100,00% | 65,50% | 31 | 86,11% | 63,90% | 36 | 100,00% | 66,40% | 39 | 95,1% |
| Leida | 57,60% | 22 | 100,00% | 59,90% | 22 | 100,00% | 59,40% | 21 | 95,45% | 65,60% | 21 | 95,5% |
| Terres de l'Ebre | 65,30% | 11 | 100,00% | 69,30% | 11 | 100,00% | 65,90% | 11 | 100,00% | 67,10% | 11 | 100,0% |
| Catalunya | 58,30% | 347 | 99,43% | 61,50% | 316 | 90,03% | 61,70% | 332 | 93,26% | 64,80% | 323 | 90,5% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | 65,20% | 56 | 100,0% |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | 65,70% | 66 | 98,5% |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | 63,00% | 81 | 98,8% |
| Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl (percentatge de persones) Referència: | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 60,40% | 6 | 75,00% | 59,70% | 7 | 100,00% | 53,50% | 6 | 85,71% | 50,80% | 7 | 100,0% |
| Barcelona | 47,10% | 203 | 100,00% | 56,50% | 206 | 100,00% | 60,30% | 208 | 99,05% | 64,60% | 206 | 100,0% |
| Camp de Tarragona | 37,00% | 34 | 100,00% | 63,20% | 34 | 100,00% | 63,40% | 33 | 97,06% | 66,60% | 33 | 100,0% |
| Catalunya Central | 35,50% | 28 | 80,00% | 52,40% | 35 | 100,00% | 54,70% | 36 | 100,00% | 60,40% | 36 | 97,3% |
| Girona | 22,10% | 36 | 100,00% | 46,90% | 36 | 100,00% | 49,90% | 35 | 97,22% | 60,30% | 41 | 100,0% |
| Leida | 39,60% | 22 | 100,00% | 50,60% | 22 | 100,00% | 52,80% | 22 | 100,00% | 55,60% | 22 | 100,0% |
| Terres de l'Ebre | 65,50% | 11 | 100,00% | 72,40% | 11 | 100,00% | 74,20% | 10 | 90,91% | 76,50% | 11 | 100,0% |
| Catalunya | 45,20% | 340 | 97,42% | 56,00% | 351 | 100,00% | 58,90% | 350 | 98,31% | 63,70% | 356 | 99,7% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | 73,50% | 56 | 100,0% |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | 63,20% | 67 | 100,0% |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | 62,70% | 82 | 100,0% |

| Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat (percentatge de persones) <i>Referència: >= 60%</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|--------------------|------------|----------------|--------------------|------------|----------------|--------------------|------------|----------------|--------------------|------------|
| | Indicador AP05 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP05 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP05 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP04 | % UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Camp de Tarragona | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Catalunya Central | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Girona | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Terres de l'Ebre | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Barcelona metropolitana sud | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Barcelona Ciutat | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Barcelona metropolitana nord | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Cribratge del consum d'alcohol en població adulta (percentatge de persones) <i>Estandard 70% Programa Beveu Menys</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 55,90% | 87,50% | 7 | 46,80% | 100,00% | 7 | 49,70% | 100,00% | 7 | 63,40% | 100,00% | 6 |
| Barcelona | 42,40% | 95,07% | 193 | 54,00% | 97,09% | 200 | 51,50% | 98,10% | 206 | 53,10% | 99,5% | 205 |
| Camp de Tarragona | 43,70% | 76,47% | 26 | 42,30% | 85,29% | 29 | 47,10% | 97,06% | 33 | 46,80% | 93,9% | 31 |
| Catalunya Central | 39,30% | 97,14% | 34 | 42,50% | 94,29% | 33 | 44,90% | 88,89% | 32 | 46,20% | 94,6% | 35 |
| Girona | 43,80% | 94,44% | 34 | 54,40% | 97,22% | 35 | 59,60% | 100,00% | 36 | 54,10% | 97,6% | 40 |
| Lleida | 49,30% | 95,45% | 21 | 57,80% | 100,00% | 22 | 57,10% | 95,45% | 21 | 56,30% | 95,5% | 21 |
| Terres de l'Ebre | 48,00% | 100,00% | 11 | 54,90% | 100,00% | 11 | 52,40% | 100,00% | 11 | 49,20% | 100,00% | 11 |
| Catalunya | 43,00% | 93,41% | 326 | 52,60% | 96,01% | 337 | 51,80% | 97,19% | 346 | 52,40% | 97,8% | 349 |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |
| Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys (percentatge de persones) <i>Estandard: >= 60%</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 63,00% | 75,00% | 6 | 33,60% | 100,00% | 7 | 77,20% | 71,43% | 5 | 60,90% | 100,00% | 7 |
| Barcelona | 48,80% | 97,54% | 198 | 74,90% | 96,60% | 199 | 68,50% | 99,05% | 208 | 75,90% | 96,6% | 199 |
| Camp de Tarragona | 58,90% | 94,12% | 32 | 85,40% | 76,47% | 26 | 71,90% | 97,06% | 33 | 76,30% | 100,00% | 33 |
| Catalunya Central | 49,10% | 97,14% | 34 | 63,50% | 100,00% | 35 | 63,40% | 97,22% | 35 | 71,40% | 97,3% | 36 |
| Girona | 39,40% | 88,89% | 32 | 63,30% | 91,67% | 33 | 68,30% | 100,00% | 36 | 74,90% | 100,00% | 41 |
| Lleida | 43,00% | 86,36% | 19 | 77,30% | 90,91% | 20 | 68,70% | 90,91% | 20 | 77,20% | 95,5% | 21 |
| Terres de l'Ebre | 23,00% | 100,00% | 11 | 70,10% | 100,00% | 11 | 45,20% | 90,91% | 10 | 77,20% | 0,0% | 0 |
| Catalunya | 47,80% | 95,13% | 332 | 73,00% | 94,30% | 331 | 67,90% | 97,47% | 347 | 75,40% | 94,4% | 337 |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |

| Aplicació de fluor tòpic en la població de 7 anys amb risc alt de càries (percentatge de persones) <i>Referència: 2007-2008</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|----------------|--------------------|------------|----------------|--------------------|------------|----------------|--------------------|------------|----------------|--------------------|--------------|
| | Indicador AP06 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP06 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP06 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP08 | % UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 100,00% | 37,50% | 3 | | 0,00% | 0 | 55,30% | 42,86% | N/A | | | |
| Barcelona | 57,70% | 75,86% | 154 | 73,00% | 33,01% | 68 | 82,00% | 84,76% | N/A | | | |
| Camp de Tarragona | 90,90% | 38,24% | 13 | 83,10% | 47,06% | 16 | 61,20% | 85,29% | N/A | | | |
| Catalunya Central | 42,80% | 54,29% | 19 | 60,50% | 2,86% | 1 | 74,20% | 22,22% | N/A | | | |
| Girona | 37,90% | 100,00% | 36 | 59,50% | 80,56% | 21 | 71,10% | 80,56% | N/A | | | |
| Leida | 70,80% | 77,27% | 17 | 76,80% | 9,09% | 2 | 87,70% | 4,55% | N/A | | | |
| Terres de l'Ebre | 48,60% | 100,00% | 11 | 54,40% | 72,73% | 8 | | | N/A | | | |
| Catalunya | 54,80% | 72,49% | 263 | 69,00% | 33,05% | 116 | 78,30% | 69,66% | N/A | | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | N/A | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | N/A | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | N/A | | | |
| Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa (percentatge de persones) <i>Estàndard: 95-98%</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 80,20% | 37,50% | 3 | 92,00% | 14,29% | 1 | 68,40% | 71,43% | 21 | 90,10% | 300,0% | 21 |
| Barcelona | 79,90% | 96,06% | 195 | 84,50% | 96,60% | 199 | 86,90% | 97,62% | 205 | 87,90% | 29 | 29 |
| Camp de Tarragona | 87,90% | 85,29% | 29 | 88,80% | 79,41% | 27 | 92,30% | 91,18% | 31 | 82,60% | 10 | 10 |
| Catalunya Central | 84,40% | 94,29% | 33 | 86,80% | 91,43% | 32 | 87,70% | 91,67% | 33 | 87,60% | 40 | 40 |
| Girona | 83,40% | 97,22% | 35 | 84,80% | 100,00% | 36 | 86,60% | 100,00% | 36 | 89,00% | 36 | 36 |
| Leida | 84,20% | 95,45% | 21 | 88,00% | 95,45% | 21 | 89,20% | 95,45% | 21 | 75,60% | 6 | 6 |
| Terres de l'Ebre | 56,00% | 9,09% | 1 | 82,70% | 100,00% | 11 | 84,10% | 90,91% | 10 | 87,90% | 198 | 1800,0% |
| Catalunya | 81,50% | 90,83% | 317 | 85,10% | 93,16% | 327 | 87,30% | 95,79% | 341 | 87,80% | 340 | 95,2% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |
| Implantació del protocol PREALT (AE i SS) (percentatge EAP) <i>Referència: 2007-2008</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 85,70% | 87,50% | 7 | 100,00% | 100,00% | 7 | 100,00% | 100,00% | N/A | | | |
| Barcelona | 100,00% | 100,00% | 203 | 100,00% | 100,00% | 206 | 100,00% | 100,00% | N/A | | | |
| Camp de Tarragona | 97,10% | 100,00% | 34 | 100,00% | 97,06% | 33 | 100,00% | 97,06% | N/A | | | |
| Catalunya Central | 100,00% | 57,14% | 20 | 100,00% | 57,14% | 20 | 100,00% | 57,14% | N/A | | | |
| Girona | 100,00% | 91,67% | 33 | 100,00% | 100,00% | 36 | 100,00% | 100,00% | N/A | | | |
| Leida | 95,50% | 100,00% | 22 | 100,00% | 4,55% | 1 | 100,00% | 4,55% | N/A | | | |
| Terres de l'Ebre | 100,00% | 100,00% | 11 | 100,00% | 100,00% | 11 | 100,00% | 100,00% | N/A | | | |
| Catalunya | 99,10% | 94,56% | 330 | 100,00% | 89,46% | 314 | 100,00% | 89,46% | N/A | | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | N/A | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | N/A | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | N/A | | | |

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|--|-------|--------------------|-----------------|--------|--------------------|----------------|---------|--------------------|----------------|---------|--------------------|
| | Indicador AP09b i c | n | % UP dades vàlides | Indicador AP08b | n | % UP dades vàlides | Indicador AP08 | n | % UP dades vàlides | Indicador AP09 | n | % UP dades vàlides |
| | Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció socio sanitària d'intermedietat amb un contacte amb l'EAP <48h (percentatge de persones) (3) <i>Referència: -----</i> | 72,7% | 4 | 50,00% | 89,60% | 6 | 85,71% | 100,00% | 7 | 100,00% | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Alt Pirineu i Aran | 83,3% | 2 | 25,00% | 160 | 160 | 78,82% | 100,00% | 210 | 100,00% | 202 | 202 | 98,1% |
| Barcelona | 58,3% | 1 | 100,00% | 115 | 115 | 56,55% | 100,00% | 175 | 83,33% | 201 | 201 | 97,6% |
| Camp de Tarragona | 100,0% | 31 | 91,18% | 32 | 32 | 94,12% | 100,00% | 23 | 67,65% | 33 | 33 | 100,0% |
| Catalunya Central | 66,4% | 13 | 37,14% | 20 | 20 | 57,14% | 100,00% | 16 | 45,71% | 15 | 15 | 40,5% |
| Girona | 78,0% | 31 | 86,11% | 9 | 9 | 25,00% | 100,00% | 15 | 41,67% | 41 | 41 | 100,0% |
| Leida | 93,9% | 9 | 40,91% | 17 | 17 | 77,27% | 100,00% | 21 | 95,45% | 22 | 22 | 100,0% |
| Terres de l'Ebre | 75,0% | 11 | 100,00% | 11 | 11 | 100,00% | 100,00% | 11 | 100,00% | 0 | 0 | 0,0% |
| Catalunya | 70,8% | 239 | 74,21% | 206 | 206 | 59,03% | 100,00% | 178 | 50,71% | 279 | 279 | 89,4% |
| Barcelona metropolitana sud | 78,0% | 206 | 59,03% | | | | | | | | | 74,00% |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | 89,10% |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | 85,60% |
| Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques (percentatge d'envasos) <i>Referència: -----</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 17,30% | 8 | 100,00% | 20,00% | 7 | 100,00% | 22,80% | 7 | 100,00% | 25,80% | 7 | 100,00% |
| Barcelona | 21,40% | 193 | 95,07% | 25,30% | 206 | 100,00% | 27,20% | 210 | 100,00% | 29,60% | 202 | 98,1% |
| Camp de Tarragona | 20,10% | 34 | 100,00% | 23,00% | 34 | 100,00% | 25,30% | 34 | 100,00% | 28,20% | 33 | 100,00% |
| Catalunya Central | 19,70% | 35 | 100,00% | 23,30% | 35 | 100,00% | 25,50% | 36 | 100,00% | 31,50% | 36 | 100,00% |
| Girona | 23,20% | 36 | 100,00% | 26,90% | 36 | 100,00% | 29,40% | 36 | 100,00% | 31,90% | 41 | 100,00% |
| Leida | 18,20% | 22 | 100,00% | 20,60% | 22 | 100,00% | 22,50% | 22 | 100,00% | 25,20% | 22 | 100,00% |
| Terres de l'Ebre | 21,00% | 11 | 100,00% | 23,30% | 11 | 100,00% | 25,60% | 11 | 100,00% | 29,70% | 11 | 100,00% |
| Catalunya | 21,10% | 339 | 97,13% | 24,80% | 351 | 100,00% | 26,90% | 356 | 100,00% | 29,50% | 317 | 88,8% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | 29,50% |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | 30,10% |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | 29,30% |
| Utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit (percentatge d'envasos) <i>Referència: -----</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 2,60% | 8 | 100,00% | 3,15% | 7 | 100,00% | 2,85% | 7 | 100,00% | 2,74% | 7 | 100,00% |
| Barcelona | 2,48% | 193 | 95,07% | 2,94% | 206 | 100,00% | 2,97% | 210 | 100,00% | 2,78% | 202 | 98,1% |
| Camp de Tarragona | 2,65% | 34 | 100,00% | 3,61% | 34 | 100,00% | 3,51% | 34 | 100,00% | 3,16% | 33 | 100,00% |
| Catalunya Central | 2,84% | 35 | 100,00% | 3,23% | 35 | 100,00% | 3,20% | 36 | 100,00% | 2,33% | 36 | 100,00% |
| Girona | 2,49% | 36 | 100,00% | 2,89% | 36 | 100,00% | 2,74% | 36 | 100,00% | 2,62% | 41 | 100,00% |
| Leida | 3,15% | 22 | 100,00% | 3,49% | 22 | 100,00% | 3,46% | 22 | 100,00% | 3,29% | 22 | 100,00% |
| Terres de l'Ebre | 3,13% | 11 | 100,00% | 3,62% | 11 | 100,00% | 3,69% | 11 | 100,00% | 3,29% | 11 | 100,00% |
| Catalunya | 2,57% | 339 | 97,13% | 3,05% | 351 | 100,00% | 3,50% | 356 | 100,00% | 2,81% | 295 | 82,6% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | 2,68% |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | 2,85% |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | 2,79% |

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|------------|---|--------------------|------------|---|--------------------|-----------------|------------|--------------------|-----------------|------------|--------------------|
| | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador AP11a | n | % UP dades vàlides | Indicador AP12a | n | % UP dades vàlides |
| Cost mitjà per DDD d'IBP (mitjana d'euros) <i>Referència:</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 7 | 100,00% | 0,28 | 7 | 100,00% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 210 | 100,00% | 0,28 | 202 | 98,06% |
| Camp de Tarragona | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 34 | 100,00% | 0,28 | 33 | 100,00% |
| Catalunya Central | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 36 | 100,00% | 0,24 | 1 | 2,70% |
| Girona | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 36 | 100,00% | 0,26 | 41 | 100,00% |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 0,36 | 22 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Terres de l'Ebre | N/A | | | N/A | | | 0,35 | 11 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 356 | 100,00% | 0,28 | 284 | 79,55% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |
| Cost mitjà per DDD d'estaines (mitjana d'euros) (4) <i>Referència:</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | | | N/A | | | 0,42 | 7 | 100,00% | N/A | | |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 0,40 | 208 | 99,05% | N/A | | |
| Camp de Tarragona | N/A | | | N/A | | | 0,40 | 34 | 100,00% | N/A | | |
| Catalunya Central | N/A | | | N/A | | | 0,41 | 36 | 100,00% | N/A | | |
| Girona | N/A | | | N/A | | | 0,40 | 36 | 100,00% | N/A | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 0,44 | 22 | 100,00% | N/A | | |
| Terres de l'Ebre | N/A | | | N/A | | | 0,42 | 11 | 100,00% | N/A | | |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 0,41 | 354 | 99,44% | N/A | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |
| Cost mitjà per DDD d'IECA + ARA II (mitjana d'euros) <i>Referència:</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | | | N/A | | | 0,36 | 7 | 100,00% | 0,34 | 7 | 100,00% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 210 | 100,00% | 0,30 | 202 | 98,06% |
| Camp de Tarragona | N/A | | | N/A | | | 0,35 | 34 | 100,00% | 0,34 | 33 | 100,00% |
| Catalunya Central | N/A | | | N/A | | | 0,34 | 36 | 100,00% | 0,35 | 1 | 2,70% |
| Girona | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 36 | 100,00% | 0,30 | 41 | 100,00% |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 0,36 | 22 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Terres de l'Ebre | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 11 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 356 | 100,00% | 0,31 | 284 | 79,55% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|---------------|------------|--------------------|------------|---|--------------------|-----------------|------------|--------------------|-----------------|------------|--------------------|
| | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador AP11d | n | % UP dades vàlides | Indicador AP12d | n | % UP dades vàlides |
| Cost mitjà per DDD d'ISRS + AD de nova generació (mitjana d'euros) | | | | | | | | | | | | |
| Referència: | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | | | N/A | | | 0,75 | 7 | 100,00% | 0,70 | 7 | 100,00% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 0,68 | 210 | 100,00% | 0,00 | 0 | 0,00% |
| Camp de Tarragona | N/A | | | N/A | | | 0,73 | 34 | 100,00% | 0,69 | 33 | 100,00% |
| Catalunya Central | N/A | | | N/A | | | 0,72 | 36 | 100,00% | 0,61 | 1 | 2,70% |
| Girona | N/A | | | N/A | | | 0,67 | 36 | 100,00% | 0,64 | 36 | 87,80% |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 0,76 | 22 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Terres de l'Ebre | N/A | | | N/A | | | 0,71 | 11 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 0,69 | 356 | 100,00% | 0,66 | 77 | 21,57% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |
| Cost mitjà per DDD de bifosfonats (mitjana d'euros) | | | | | | | | | | | | |
| Referència: | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | | | N/A | | | 1,16 | 7 | 100,00% | 1,13 | 7 | 100,00% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 1,08 | 210 | 100,00% | 0,96 | 202 | 96,06% |
| Camp de Tarragona | N/A | | | N/A | | | 1,11 | 34 | 100,00% | 1,04 | 33 | 100,00% |
| Catalunya Central | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 36 | 100,00% | 0,92 | 1 | 2,70% |
| Girona | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 36 | 100,00% | 1,04 | 41 | 100,00% |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 1,18 | 22 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Terres de l'Ebre | N/A | | | N/A | | | 1,12 | 11 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 356 | 100,00% | 0,98 | 284 | 79,55% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |
| Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora (sí/no) | | | | | | | | | | | | |
| Referència: (5) | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 7 | 100,00% | N/A | | |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 122 | 58,10% | N/A | | |
| Camp de Tarragona | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 33 | 97,06% | N/A | | |
| Catalunya Central | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 15 | 41,67% | N/A | | |
| Girona | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 35 | 97,22% | N/A | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 22 | 100,00% | N/A | | |
| Terres de l'Ebre | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 11 | 100,00% | N/A | | |
| Catalunya | 56,70% | 349 | 100,00% | N/A | | | 100,00% | 245 | 68,82% | N/A | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |

| | 2006 | | | | 2007 | | | | 2008 | | | | 2009 | | | |
|--|-----------------|--------------------|------------|--|-----------------|--------------------|------------|--|-----------------|--------------------|------------|--|-----------------|--------------------|------------|--|
| | Indicador | % UP dades vàlides | n | | Indicador AP11 | % UP dades vàlides | n | | Indicador | % UP dades vàlides | n | | Indicador AP13 | % UP dades vàlides | n | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implantació d'actuacions de millora sobre l'adequació de la informació (percentatge d'EAP) <i>Referència: '.....'</i> | N/A | 100,00% | 7 | | 100,00% | 100,00% | N/A | | N/A | 100,00% | 7 | | 100,00% | 100,00% | 7 | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | 100,00% | 7 | | 100,00% | 100,00% | N/A | | N/A | 100,00% | 7 | | 100,00% | 100,00% | 7 | |
| Barcelona | N/A | 100,00% | 147 | | 100,00% | 71,36% | N/A | | N/A | 100,00% | 154 | | 100,00% | 74,76% | 154 | |
| Camp de Tarragona | N/A | 100,00% | 34 | | 100,00% | 100,00% | N/A | | N/A | 100,00% | 31 | | 100,00% | 93,94% | 31 | |
| Catalunya Central | N/A | 100,00% | 16 | | 100,00% | 45,71% | N/A | | N/A | 100,00% | 36 | | 100,00% | 97,30% | 36 | |
| Girona | N/A | 100,00% | 36 | | 100,00% | 100,00% | N/A | | N/A | 100,00% | 41 | | 100,00% | 100,00% | 41 | |
| Lleida | N/A | 100,00% | 22 | | 100,00% | 100,00% | N/A | | N/A | 100,00% | 22 | | 100,00% | 100,00% | 22 | |
| Terres de l'Ebre | N/A | 100,00% | 11 | | 100,00% | 100,00% | N/A | | N/A | 100,00% | 11 | | 100,00% | 100,00% | 11 | |
| Catalunya | N/A | 100,00% | 273 | | 100,00% | 77,78% | N/A | | N/A | 100,00% | 302 | | 100,00% | 84,59% | 302 | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades (percentatge d'EAP) <i>Referència: '.....'</i> | N/A | 100,00% | 7 | | N/A | 100,00% | N/A | | N/A | 100,00% | 7 | | 100,00% | 100,00% | 7 | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | 100,00% | 7 | | N/A | 100,00% | N/A | | N/A | 100,00% | 7 | | 100,00% | 100,00% | 7 | |
| Barcelona | N/A | 100,00% | 158 | | 100,00% | 76,70% | N/A | | 100,00% | 158 | | | 100,00% | 76,70% | 158 | |
| Camp de Tarragona | N/A | 100,00% | 30 | | 100,00% | 90,91% | N/A | | 100,00% | 30 | | | 100,00% | 90,91% | 30 | |
| Catalunya Central | N/A | 100,00% | 36 | | 100,00% | 97,30% | N/A | | 100,00% | 36 | | | 100,00% | 97,30% | 36 | |
| Girona | N/A | 100,00% | 41 | | 100,00% | 100,00% | N/A | | 100,00% | 41 | | | 100,00% | 100,00% | 41 | |
| Lleida | N/A | 100,00% | 22 | | 100,00% | 100,00% | N/A | | 100,00% | 22 | | | 100,00% | 100,00% | 22 | |
| Terres de l'Ebre | N/A | 100,00% | 11 | | 100,00% | 100,00% | N/A | | 100,00% | 11 | | | 100,00% | 100,00% | 11 | |
| Catalunya | N/A | 100,00% | 305 | | 100,00% | 85,43% | N/A | | 100,00% | 305 | | | 100,00% | 85,43% | 305 | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subministrament de dades al CatSalut (percentatge de dades) <i>E estàndard: mínim 90%</i> | Indicador AP14a | %UP dades vàlides | n | | Indicador AP13a | %UP dades vàlides | n | | Indicador AP14a | %UP dades vàlides | n | | Indicador AP15a | %UP dades vàlides | n | |
| Alt Pirineu i Aran | 58,70% | 100,00% | 8 | | 84,10% | 100,00% | 7 | | 95,60% | 100,00% | 7 | | 96,80% | 100,00% | 7 | |
| Barcelona | 68,50% | 100,00% | 203 | | 91,70% | 100,00% | 206 | | 96,80% | 100,00% | 210 | | 96,70% | 100,00% | 206 | |
| Camp de Tarragona | 86,80% | 100,00% | 34 | | 95,90% | 100,00% | 34 | | 95,90% | 100,00% | 34 | | 97,20% | 100,00% | 33 | |
| Catalunya Central | 66,30% | 100,00% | 35 | | 85,70% | 100,00% | 35 | | 97,00% | 100,00% | 36 | | 95,90% | 100,00% | 37 | |
| Girona | 87,70% | 100,00% | 36 | | 94,70% | 100,00% | 36 | | 98,20% | 100,00% | 36 | | 98,40% | 100,00% | 41 | |
| Lleida | 88,00% | 100,00% | 22 | | 90,60% | 100,00% | 22 | | 96,70% | 100,00% | 22 | | 82,30% | 100,00% | 22 | |
| Terres de l'Ebre | 36,90% | 100,00% | 11 | | 77,80% | 100,00% | 11 | | 95,80% | 100,00% | 11 | | 94,00% | 100,00% | 11 | |
| Catalunya | 72,00% | 100,00% | 349 | | 91,20% | 100,00% | 351 | | 96,80% | 100,00% | 356 | | 95,90% | 100,00% | 357 | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procés de transmissió de dades al CatSalut completat a la data establerta (percentatge d'EAP) <i>Data límit: abans de l'1 de març</i> | Indicador AP14b | %UP dades vàlides | n | | Indicador AP13b | %UP dades vàlides | n | | Indicador AP14b | %UP dades vàlides | n | | Indicador AP15b | %UP dades vàlides | n | |
| Alt Pirineu i Aran | 100,00% | 87,50% | 7 | | 0,00% | 100,00% | 7 | | 100,00% | 100,00% | 7 | | 0,00% | 100,00% | 7 | |
| Barcelona | 100,00% | 100,00% | 203 | | 61,70% | 100,00% | 206 | | 36,70% | 100,00% | 210 | | 100,00% | 100,00% | 206 | |
| Camp de Tarragona | 100,00% | 100,00% | 34 | | 100,00% | 100,00% | 34 | | 100,00% | 100,00% | 1 | | 100,00% | 100,00% | 33 | |
| Catalunya Central | 94,30% | 100,00% | 35 | | 100,00% | 100,00% | 35 | | 75,00% | 88,89% | 32 | | 69,20% | 70,3% | 26 | |
| Girona | 100,00% | 100,00% | 36 | | 100,00% | 100,00% | 36 | | 100,00% | 100,00% | 36 | | 100,00% | 100,00% | 41 | |
| Lleida | 100,00% | 100,00% | 22 | | 0,00% | 100,00% | 0 | | 100,00% | 4,55% | 1 | | 0,00% | 100,00% | 22 | |
| Terres de l'Ebre | 0,00% | 100,00% | 11 | | 100,00% | 100,00% | 11 | | 0,00% | 0,00% | 0 | | 100,00% | 100,00% | 11 | |
| Catalunya | 96,30% | 99,71% | 348 | | 73,90% | 93,75% | 329 | | 50,90% | 80,82% | 287 | | 89,30% | 96,9% | 346 | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 2006 | | | | 2007 | | | | 2008 | | | | 2009 | | | |
|--|---------------|------------|-------------------|-------------------|---------------|------------|-------------------|-------------------|---------------|------------|-------------------|-------------------|---------------|------------|-------------------|-------------------|
| | Indicador | | %UP dades vàlides | | Indicador | | %UP dades vàlides | | Indicador | | %UP dades vàlides | | Indicador | | %UP dades vàlides | |
| | AP18 | n | n | | AP15 | n | n | | AP16 | n | n | | AP17 | n | n | |
| Participació en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i de bufeta urinària (sí/no) <i>Referència:</i> | N/A | | 1 | 14,29% | 100,00% | | 7 | 100,00% | 0,00% | | 7 | 100,00% | N/A | | | |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | | 67 | 32,52% | 100,00% | | 110 | 52,38% | 100,00% | | 110 | 52,38% | N/A | | | |
| Barcelona | N/A | | 34 | 100,00% | 97,10% | | 33 | 3,00% | 100,00% | | 33 | 97,06% | N/A | | | |
| Camp de Tarragona | N/A | | 12 | 34,29% | 33,30% | | 35 | 97,22% | 100,00% | | 35 | 97,22% | N/A | | | |
| Catalunya Central | N/A | | 36 | 100,00% | 38,90% | | 36 | 100,00% | 100,00% | | 36 | 100,00% | N/A | | | |
| Girona | N/A | | 11 | 100,00% | 0,00% | | 0 | 0,00% | 100,00% | | 0 | 0,00% | N/A | | | |
| Leida | N/A | | 183 | 52,14% | 77,00% | | 243 | 68,26% | 100,00% | | 243 | 68,26% | N/A | | | |
| Terres de l'Ebre | N/A | | | | | | | | | | | | | | | |
| Catalunya | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taxa d'hospitalitzacions evitables per ACSC (percentatge d'altres) (6) <i>Referència:</i> | Indicador | n | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | n | %UP dades vàlides |
| Alt Pirineu i Aran | 6,38% | 8 | 7 | 100,00% | 6,77% | 7 | 7 | 100,00% | 6,39% | 7 | 7 | 100,00% | 7,88% | 7 | 7 | 100,00% |
| Barcelona | 6,92% | 200 | 206 | 98,52% | 7,03% | 206 | 209 | 100,00% | 6,94% | 209 | 209 | 99,52% | 8,02% | 205 | 205 | 99,5% |
| Camp de Tarragona | 6,28% | 34 | 34 | 100,00% | 6,15% | 34 | 34 | 100,00% | 5,80% | 34 | 34 | 100,00% | 6,88% | 33 | 33 | 100,00% |
| Catalunya Central | 7,47% | 35 | 35 | 100,00% | 8,02% | 35 | 35 | 100,00% | 7,99% | 35 | 35 | 100,00% | 8,92% | 37 | 37 | 100,00% |
| Girona | 6,75% | 36 | 36 | 100,00% | 6,78% | 36 | 36 | 100,00% | 6,53% | 36 | 36 | 100,00% | 7,56% | 40 | 40 | 97,6% |
| Leida | 6,00% | 22 | 22 | 100,00% | 6,52% | 22 | 22 | 100,00% | 6,09% | 22 | 22 | 100,00% | 7,54% | 22 | 22 | 100,00% |
| Terres de l'Ebre | 6,25% | 11 | 11 | 100,00% | 5,83% | 11 | 11 | 100,00% | 5,60% | 11 | 11 | 100,00% | 6,87% | 11 | 11 | 100,00% |
| Catalunya | 6,82% | 348 | 351 | 99,14% | 6,94% | 351 | 355 | 100,00% | 6,79% | 355 | 355 | 99,72% | 7,89% | 355 | 355 | 99,4% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cobertura vacunal antitètica en la població adulta atesa (percentatge de persones) <i>Estàndard: 60% (>19 anys), 95% (14-16 anys)</i> | Indicador | n | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | n | %UP dades vàlides |
| Alt Pirineu i Aran | 49,00% | 7 | 6 | 87,50% | 62,60% | 6 | 6 | 85,71% | 46,40% | 6 | 6 | 100,00% | N/A | | | |
| Barcelona | 37,80% | 199 | 200 | 98,03% | 45,30% | 200 | 209 | 97,09% | 44,20% | 209 | 209 | 99,52% | N/A | | | |
| Camp de Tarragona | 50,00% | 24 | 29 | 70,59% | 49,90% | 29 | 33 | 85,29% | 55,40% | 33 | 33 | 97,06% | N/A | | | |
| Catalunya Central | 56,30% | 34 | 33 | 97,14% | 57,10% | 33 | 31 | 94,29% | 59,50% | 31 | 31 | 86,11% | N/A | | | |
| Girona | 54,40% | 34 | 35 | 94,44% | 57,20% | 35 | 36 | 97,22% | 60,50% | 36 | 36 | 100,00% | N/A | | | |
| Leida | 56,30% | 21 | 22 | 95,45% | 57,70% | 22 | 21 | 95,45% | 58,90% | 21 | 21 | 100,00% | N/A | | | |
| Terres de l'Ebre | 38,60% | 8 | 11 | 72,73% | 43,80% | 11 | 11 | 100,00% | 47,80% | 11 | 11 | 100,00% | N/A | | | |
| Catalunya | 42,40% | 327 | 336 | 93,70% | 48,50% | 336 | 348 | 95,73% | 48,50% | 348 | 348 | 97,75% | N/A | | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) <i>Estàndard: 85% (població de risc)</i> | Indicador | n | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | n | %UP dades vàlides |
| Alt Pirineu i Aran | 59,50% | 7 | 7 | 87,50% | 60,20% | 7 | 7 | 100,00% | 55,90% | 7 | 7 | 100,00% | 58,00% | 7 | 7 | 100,00% |
| Barcelona | 54,60% | 202 | 202 | 99,51% | 53,90% | 202 | 210 | 98,06% | 55,70% | 210 | 210 | 100,00% | 56,30% | 205 | 205 | 99,5% |
| Camp de Tarragona | 63,80% | 33 | 34 | 97,06% | 63,10% | 34 | 32 | 100,00% | 66,00% | 32 | 32 | 94,12% | 63,30% | 30 | 30 | 90,9% |
| Catalunya Central | 66,90% | 32 | 33 | 91,43% | 64,00% | 33 | 35 | 97,22% | 60,10% | 35 | 35 | 97,22% | 58,70% | 30 | 30 | 81,1% |
| Girona | 62,90% | 36 | 36 | 100,00% | 60,40% | 36 | 36 | 100,00% | 58,90% | 36 | 36 | 100,00% | 58,50% | 41 | 41 | 100,00% |
| Leida | 64,80% | 22 | 22 | 100,00% | 64,20% | 22 | 22 | 100,00% | 63,90% | 22 | 22 | 100,00% | 66,20% | 22 | 22 | 100,00% |
| Terres de l'Ebre | 59,10% | 8 | 11 | 72,73% | 60,80% | 11 | 11 | 100,00% | 62,20% | 11 | 11 | 100,00% | 63,20% | 11 | 11 | 100,00% |
| Catalunya | 57,40% | 340 | 345 | 97,42% | 56,60% | 345 | 353 | 98,23% | 57,50% | 353 | 353 | 99,16% | 57,80% | 346 | 346 | 96,9% |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 2006 | | | | 2007 | | | | 2008 | | | | 2009 | | | |
|---|----------------|------------|-------------------|------------|----------------|------------|-------------------|---------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|----------------|--------------|-------------------|--|
| | Indicador AP20 | | %UP dades vàlides | | Indicador AP19 | | %UP dades vàlides | | Indicador AP19 | | %UP dades vàlides | | Indicador AP18 | | %UP dades vàlides | |
| | n | | n | | n | | n | | n | | n | | n | | n | |
| Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) <i>Referència: -----</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 3,40% | 6 | 75,00% | 7 | 39,90% | 7 | 100,00% | 43,00% | 7 | 100,00% | N/A | | | | | |
| Barcelona | 44,30% | 202 | 99,51% | 203 | 50,30% | 203 | 98,54% | 53,90% | 210 | 100,00% | N/A | | | | | |
| Camp de Tarragona | 55,10% | 32 | 94,12% | 34 | 57,80% | 34 | 100,00% | 66,10% | 31 | 91,18% | N/A | | | | | |
| Catalunya Central | 56,60% | 34 | 97,14% | 34 | 58,80% | 34 | 97,14% | 58,30% | 35 | 97,22% | N/A | | | | | |
| Girona | 52,60% | 36 | 100,00% | 36 | 57,80% | 36 | 100,00% | 58,50% | 36 | 100,00% | N/A | | | | | |
| Leida | 51,80% | 22 | 100,00% | 22 | 61,20% | 22 | 100,00% | 64,00% | 22 | 100,00% | N/A | | | | | |
| Terres de l'Ebre | 49,00% | 7 | 63,64% | 11 | 59,30% | 11 | 100,00% | 62,60% | 11 | 100,00% | N/A | | | | | |
| Catalunya | 46,70% | 339 | 97,13% | 347 | 52,80% | 347 | 98,86% | 56,00% | 352 | 98,88% | N/A | | | | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pacients extumadors de l'any (percentatge de persones) <i>Estandard: 38%</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 16,20% | 6 | 75,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 7,80% | 6 | 85,71% | 7 | 8,20% | 7 | 100,00% | | |
| Barcelona | 37,50% | 203 | 100,00% | 200 | 30,10% | 200 | 97,09% | 38,10% | 154 | 73,33% | 158 | 34,50% | 158 | 76,7% | | |
| Camp de Tarragona | 21,70% | 32 | 94,12% | 2 | 5,88% | 2 | 0,00% | 13,00% | 10 | 29,41% | 26 | 32,50% | 26 | 78,8% | | |
| Catalunya Central | 28,60% | 35 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 25,70% | 21 | 58,33% | 36 | 25,10% | 36 | 97,3% | | |
| Girona | 23,40% | 36 | 100,00% | 33 | 91,67% | 33 | 100,00% | 48,50% | 14 | 38,89% | 39 | 37,80% | 39 | 95,1% | | |
| Leida | 17,40% | 22 | 100,00% | 21 | 95,45% | 21 | 100,00% | 8,50% | 20 | 8,50% | 22 | 8,60% | 22 | 100,0% | | |
| Terres de l'Ebre | 18,60% | 11 | 100,00% | 11 | 100,00% | 11 | 100,00% | 10,80% | 6 | 54,55% | 9 | 13,30% | 9 | 81,8% | | |
| Catalunya | 32,60% | 345 | 98,85% | 267 | 28,40% | 267 | 76,07% | 49,70% | 231 | 64,89% | 297 | 31,60% | 297 | 83,2% | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cobertura de l'al·letament matern exclusiu als tres mesos (percentatge de persones) <i>2008 era al·letament als quatre mesos (Canvi de criteri)</i> <i>Estandard: 60% (nadons de 3 mesos)</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 21,00% | 5 | 62,50% | 1 | 14,29% | 1 | 14,29% | 83,60% | 7 | 100,00% | 6 | 86,40% | 6 | 85,7% | | |
| Barcelona | 45,60% | 197 | 97,04% | 206 | 45,60% | 206 | 100,00% | 85,30% | 210 | 100,00% | 204 | 83,10% | 204 | 99,0% | | |
| Camp de Tarragona | 54,60% | 32 | 94,12% | 34 | 52,90% | 34 | 100,00% | 77,70% | 34 | 100,00% | 33 | 75,30% | 33 | 100,0% | | |
| Catalunya Central | 47,30% | 35 | 100,00% | 35 | 60,80% | 35 | 100,00% | 85,30% | 36 | 100,00% | 37 | 85,00% | 37 | 100,0% | | |
| Girona | 47,40% | 36 | 100,00% | 36 | 65,80% | 36 | 100,00% | 84,80% | 36 | 100,00% | 41 | 83,60% | 41 | 100,0% | | |
| Leida | 22,80% | 21 | 95,45% | 22 | 59,30% | 22 | 100,00% | 84,90% | 22 | 100,00% | 22 | 84,30% | 22 | 100,0% | | |
| Terres de l'Ebre | 21,20% | 8 | 72,73% | 11 | 35,80% | 11 | 100,00% | 89,30% | 11 | 100,00% | 11 | 92,40% | 11 | 100,0% | | |
| Catalunya | 45,10% | 334 | 95,70% | 345 | 49,40% | 345 | 98,29% | 84,50% | 356 | 100,00% | 354 | 82,90% | 354 | 99,2% | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Població > 74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració (percentatge de persones) <i>Referència: -----</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alt Pirineu i Aran | 39,00% | 6 | 75,00% | 1 | 14,29% | 1 | 14,29% | 55,60% | 6 | 85,71% | 7 | 59,50% | 7 | 100,0% | | |
| Barcelona | 53,10% | 186 | 91,63% | 197 | 82,40% | 197 | 95,63% | 71,40% | 208 | 99,05% | 203 | 72,90% | 203 | 98,5% | | |
| Camp de Tarragona | 40,90% | 34 | 100,00% | 32 | 77,90% | 32 | 94,12% | 72,20% | 34 | 100,00% | 32 | 78,10% | 32 | 97,0% | | |
| Catalunya Central | 52,70% | 25 | 71,43% | 36 | 71,90% | 36 | 100,00% | 66,70% | 34 | 94,44% | 36 | 72,50% | 36 | 97,3% | | |
| Girona | 50,40% | 35 | 97,22% | 36 | 77,30% | 36 | 100,00% | 71,80% | 36 | 100,00% | 41 | 64,40% | 41 | 100,0% | | |
| Leida | 53,50% | 22 | 100,00% | 22 | 80,30% | 22 | 100,00% | 67,80% | 22 | 100,00% | 2 | 56,40% | 2 | 9,1% | | |
| Terres de l'Ebre | 0 | 0 | 0,00% | 10 | 78,20% | 10 | 90,91% | 67,90% | 11 | 100,00% | 10 | 72,70% | 10 | 90,9% | | |
| Catalunya | 51,10% | 308 | 88,25% | 330 | 80,60% | 330 | 94,02% | 70,90% | 351 | 98,60% | 351 | 72,00% | 351 | 92,7% | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|---------------|-------------------|------------|---------------|-------------------|------------|---------------|-------------------|------------|---------------|-------------------|------------|
| | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n |
| Alt Pirineu i Aran | N/A | | | N/A | | | 3.70% | 4 | N/A | 57.14% | | |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 17.00% | 60 | N/A | 28.57% | | |
| Camp de Tarragona | N/A | | | N/A | | | 26.40% | 13 | N/A | 38.24% | | |
| Catalunya Central | N/A | | | N/A | | | 7.40% | 4 | N/A | 11.11% | | |
| Girona | N/A | | | N/A | | | 34.40% | 13 | N/A | 36.11% | | |
| Leida | N/A | | | N/A | | | 4.90% | 4 | N/A | 18.18% | | |
| Terrres de l'Ebre | N/A | | | N/A | | | 8.30% | 2 | N/A | 18.18% | | |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 18.60% | 100 | N/A | 28.09% | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |
| 2006 | | | | | | | | | | | | |
| Cost d'absorbents en la població amb incontinència urinària (mitjana d'euros) | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n |
| | AP27 | | | AP24 | | | AP24 | | | AP21 | | |
| Alt Pirineu i Aran | 340,09 | 100,00% | 8 | 332,10 | 100,00% | 7 | 353,29 | 100,00% | 7 | 374,49 | 100,00% | 7 |
| Barcelona | 410,72 | 94,58% | 192 | 417,04 | 100,00% | 206 | 431,35 | 100,00% | 210 | 433,98 | 98,1% | 202 |
| Camp de Tarragona | 424,20 | 100,00% | 34 | 406,27 | 100,00% | 34 | 411,15 | 100,00% | 34 | 432,61 | 100,00% | 33 |
| Catalunya Central | 403,39 | 100,00% | 35 | 366,52 | 100,00% | 35 | 383,36 | 100,00% | 36 | 533,59 | 2,7% | 1 |
| Girona | 378,87 | 100,00% | 36 | 368,18 | 100,00% | 36 | 418,22 | 100,00% | 35 | 430,05 | 100,00% | 41 |
| Leida | 358,81 | 100,00% | 22 | 354,20 | 100,00% | 22 | 356,45 | 100,00% | 22 | 356,45 | 0,0% | 0 |
| Terrres de l'Ebre | 404,60 | 100,00% | 11 | 393,10 | 100,00% | 11 | 445,36 | 100,00% | 11 | 478,65 | 100,00% | 11 |
| Catalunya | 404,98 | 96,85% | 338 | 403,95 | 100,00% | 351 | 421,23 | 100,00% | 355 | 434,58 | 82,6% | 295 |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |
| 2007 | | | | | | | | | | | | |
| 2008 | | | | | | | | | | | | |
| 2009 | | | | | | | | | | | | |
| 2006 | | | | | | | | | | | | |
| Programació de visites a través d'internet (percentatge d'EAP) | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n |
| | AP15 | | | AP14 | | | AP14 | | | AP14 | | |
| Alt Pirineu i Aran | 85,70,00% | 87,50% | 7 | 0,00% | 14,29% | 1 | 0,00% | N/A | | N/A | | |
| Barcelona | 73,40% | 100,00% | 203 | 88,50% | 76,21% | 157 | 88,50% | N/A | | N/A | | |
| Camp de Tarragona | 63,60% | 97,06% | 33 | 97,10% | 100,00% | 34 | 97,10% | N/A | | N/A | | |
| Catalunya Central | 97,10% | 97,14% | 34 | 100,00% | 100,00% | 35 | 100,00% | N/A | | N/A | | |
| Girona | 80,60% | 100,00% | 36 | 94,40% | 100,00% | 36 | 94,40% | N/A | | N/A | | |
| Leida | 95,50% | 100,00% | 22 | 100,00% | 100,00% | 22 | 95,50% | N/A | | N/A | | |
| Terrres de l'Ebre | | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 11 | 100,00% | N/A | | N/A | | |
| Catalunya | 77,30% | 95,99% | 335 | 92,20% | 84,33% | 296 | 92,20% | N/A | | N/A | | |
| Barcelona metropolitana sud | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona Ciutat | | | | | | | | | | | | |
| Barcelona metropolitana nord | | | | | | | | | | | | |

(1) Al 2007 es va variar la formulació de l'indicador de control de la hipertensió arterial acceptable enlloc d'òptim (control òptim: PA sistòlica <140 mm Hg i PA diastòlica <90 mm Hg) (la darrera determinació de PA és vàlida quan s'ha fet durant l'any avaluat); en pacients diabètics, es considerarà control òptim una PA sistòlica <130 mm Hg i una PA diastòlica <80 mm Hg)

(2) A la compra de 2008 es va modificar el títol de l'indicador de control acceptable de la diabetes (abans control metabòlic de la diabetes) però mantenint els criteris de control: HbA1c <8% , o dues desviacions estàndard de la xifra òptima facilitada per cada laboratori de referència; per a l'indicador de bon control metabòlic, s'utilitzarà de manera preferent el criteri de l'hemoglobina glicada; que consisteix en estar dues desviacions estàndard per sota de la xifra òptima que facilita cada laboratori de referència: habitualment HbA1c <8%; si no es disposa dels valors de l'hemoglobina HbA1c, es pot utilitzar com a criteri de bon control metabòlic dues desviacions estàndard per sota de la xifra òptima per la HbA1 (habitualment <9,5%) o valors de glucèmia inferiors a 126 mg/dl. La darrera determinació d'hemoglobina glucosilada o de glucèmia és vàlida quan s'ha fet durant el segon semestre de l'any avaluat i hipertensió arterial acceptable enlloc d'òptim.

(3) L'any 2006, es demanaven per separat, les altes dels hospitals i les altes socio sanitàries. L'any 2007, l'indicador ja no es desagrega.

(4) Mancances de dades vàlides per a calcular l'indicador AP12b de l'avaluació del 2009

(5) No es disposa de les dades amb el detall per RST per GTS de l'avaluació de l'any 2006

(6) L'any 2009 hi va haver canvis en els criteris d'inclusió dels codis diagnòstics dels problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatoria (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC); s'hi van afegir tots els casos amb diagnòstic de cardiopatia isquèmica i determinats diagnòstics secundaris com la HTA.

COMPARACIÓ DELS RESULTATS DELS INDICADORS D'AVALUACIÓ DE LA COMPRA DE 2006 - 2007 - 2008 - 2009
AVALUACIÓ DE LA COMPRA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (AP)

GOVERNOS TERRITORIALS DE SALUT

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|--|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|
| | Indicador AP01 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP01 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP01 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP01 | % UP dades vàlides | n |
| | Control òptim de la hipertensió arterial (percentatge de persones) (1) 2007: control acceptable de la hipertensió arterial; resta d'anys control òptim Estàndard del Pla de salut de Catalunya 2010: al menys el 44,7 % l'any 2010 ('proporció de persones hipertenses controlades a la població') | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 63,30% | 100,00% | 2 | | 0,00% | 0 | 46,53% | 100,00% | 2 | 49,6% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | 24,8% | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 59,20% | 100,00% | 3 | | 0,00% | 0 | 47,76% | 100,00% | 3 | 49,3% | 100,00% | 3 |
| Val d'Aran | | 0,00% | 0 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 33,44% | 100,00% | 22 | 61,87% | 100,00% | 22 | 42,52% | 95,45% | 21 | 44,9% | 95,5% | 21 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 46,14% | 100,00% | 4 | 64,63% | 100,00% | 4 | 49,06% | 100,00% | 4 | 50,3% | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 54,32% | 100,00% | 12 | 62,91% | 100,00% | 12 | 43,70% | 100,00% | 12 | 46,1% | 91,7% | 11 |
| Baix Penedès | 40,88% | 100,00% | 3 | 63,81% | 100,00% | 3 | 41,94% | 100,00% | 3 | 40,3% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 48,53% | 100,00% | 13 | 61,33% | 100,00% | 8 | 41,56% | 84,62% | 11 | 44,6% | 76,9% | 10 |
| Alt Empordà | 36,40% | 100,00% | 4 | 62,98% | 100,00% | 4 | 44,70% | 100,00% | 4 | 59,1% | 25,0% | 1 |
| Baix Ebre | 24,94% | 100,00% | 5 | 48,75% | 100,00% | 5 | 33,69% | 100,00% | 5 | | 0,00% | 0 |
| Montsià | 33,40% | 100,00% | 3 | 55,64% | 100,00% | 3 | 38,27% | 100,00% | 3 | | 0,00% | 0 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 42,60% | 100,00% | 8 | 65,27% | 100,00% | 7 | 60,24% | 87,50% | 7 | 58,1% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 31,16% | 100,00% | 5 | 52,68% | 100,00% | 4 | 38,78% | 100,00% | 5 | 44,2% | 60,0% | 3 |
| Alt Empordà | 36,64% | 100,00% | 8 | 60,56% | 100,00% | 8 | 42,55% | 100,00% | 8 | 46,3% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 45,70% | 100,00% | 4 | 63,77% | 100,00% | 4 | 50,65% | 100,00% | 4 | 52,1% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 39,34% | 100,00% | 14 | 63,80% | 100,00% | 12 | 48,69% | 85,7% | 14 | 50,9% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 45,71% | 100,00% | 3 | 67,83% | 100,00% | 3 | 46,25% | 100,00% | 3 | 47,8% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 31,02% | 100,00% | 8 | 57,70% | 100,00% | 8 | 40,69% | 100,00% | 6 | 40,4% | 71,4% | 5 |
| Bages - Solsonès | 42,64% | 100,00% | 15 | 60,84% | 100,00% | 10 | 43,29% | 66,67% | 8 | 47,8% | 46,7% | 7 |
| Berguedà | 44,70% | 100,00% | 3 | | 0,00% | 0 | 44,51% | 66,7% | 2 | 48,1% | 66,7% | 2 |
| Osona | 40,06% | 100,00% | 10 | | 0,00% | 0 | 41,73% | 0,00% | 8 | 45,7% | 72,7% | 8 |
| Alt Penedès | 34,29% | 100,00% | 3 | 58,02% | 100,00% | 3 | 45,53% | 100,00% | 3 | 42,7% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fontsanja | 36,07% | 100,00% | 13 | 58,40% | 100,00% | 14 | 56,22% | 100,00% | 14 | 46,7% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 36,92% | 100,00% | 15 | 64,87% | 100,00% | 15 | 55,01% | 100,00% | 15 | 48,5% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 34,49% | 100,00% | 11 | 62,67% | 100,00% | 10 | 58,01% | 100,00% | 12 | 49,5% | 100,00% | 12 |
| Baix Llobregat Nord | 38,23% | 100,00% | 5 | 58,05% | 100,00% | 6 | 51,98% | 100,00% | 7 | 47,2% | 100,00% | 7 |
| Baix Montseny | 36,48% | 100,00% | 1 | 62,59% | 100,00% | 1 | 63,02% | 100,00% | 2 | 46,5% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 39,01% | 100,00% | 66 | 59,38% | 95,45% | 63 | 45,67% | 100,00% | 66 | 47,4% | 98,5% | 66 |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 37,62% | 100,00% | 23 | 62,66% | 90,91% | 20 | 52,83% | 100,00% | 23 | 48,0% | 100,00% | 23 |
| Garraf | 41,16% | 100,00% | 5 | 62,61% | 80,00% | 4 | 56,08% | 80,00% | 4 | 48,5% | 100,00% | 5 |
| Maresme | 36,65% | 100,00% | 10 | 58,92% | 80,00% | 8 | 56,32% | 90,00% | 9 | 42,7% | 90,00% | 9 |
| Vallès Oriental Central | 45,00% | 100,00% | 12 | 58,79% | 100,00% | 12 | 49,67% | 100,00% | 12 | 48,7% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 39,41% | 100,00% | 5 | 62,40% | 100,00% | 5 | 61,38% | 80,00% | 4 | 42,8% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 38,57% | 100,00% | 18 | 63,48% | 94,44% | 17 | 50,01% | 100,00% | 18 | 47,9% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 48,16% | 100,00% | 10 | 52,62% | 90,91% | 10 | 49,76% | 100,00% | 12 | 56,6% | 91,7% | 11 |
| Alta Ribagorça | 58,83% | 100,00% | 1 | | 0,00% | 0 | 51,93% | 100,00% | 1 | 49,3% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 39,40% | 99,43% | 347 | 60,40% | 86,8% | 305 | 48,60% | 94,10% | 335 | 47,9% | 89,9% | 321 |

| Control acceptable de la diabetes (percentatge de persones) (2) Estandard: > 60% | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|
| | Indicador AP02 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP02 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP02 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP02 | % UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 75,19% | 100,00% | 2 | 59,90% | 100,00% | 22 | 57,06% | 100,00% | 2 | 64,3% | 100,00% | 1 |
| Cerdània | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | 11,80% | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 79,57% | 100,00% | 3 | | 100,00% | 0 | 69,13% | 66,67% | 2 | 69,5% | 66,7% | 2 |
| Vall d'Aran | | 0,00% | 0 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 57,56% | 100,00% | 22 | 59,90% | 100,00% | 22 | 59,45% | 95,45% | 21 | 65,6% | 95,45% | 21 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 58,78% | 100,00% | 4 | 74,35% | 100,00% | 4 | 65,11% | 100,00% | 4 | 65,7% | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 57,52% | 100,00% | 12 | 58,13% | 100,00% | 12 | 61,87% | 83,33% | 10 | 62,6% | 75,0% | 9 |
| Baix Penedès | 61,48% | 100,00% | 3 | 70,51% | 100,00% | 1 | 65,19% | 100,00% | 3 | 65,9% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 57,19% | 100,00% | 13 | 57,86% | 100,00% | 9 | 63,25% | 53,85% | 7 | 62,3% | 46,2% | 6 |
| Altrebat | 49,72% | 100,00% | 4 | 57,30% | 100,00% | 4 | 63,12% | 100,00% | 4 | 65,2% | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | 67,19% | 100,00% | 5 | 70,51% | 100,00% | 5 | 68,14% | 100,00% | 5 | 66,4% | 100,00% | 5 |
| Montsià | 71,86% | 100,00% | 3 | 74,92% | 100,00% | 3 | 68,96% | 100,00% | 3 | 69,4% | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 53,23% | 100,00% | 8 | 56,27% | 100,00% | 8 | 60,34% | 100,00% | 8 | 64,3% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 56,74% | 100,00% | 5 | 57,22% | 100,00% | 4 | 54,77% | 80,00% | 5 | 67,6% | 100,00% | 5 |
| Alt Empordà | 57,79% | 100,00% | 8 | 66,53% | 100,00% | 8 | 62,23% | 100,00% | 8 | 66,3% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 71,88% | 100,00% | 4 | 69,96% | 100,00% | 4 | 67,15% | 100,00% | 4 | 65,9% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 66,07% | 100,00% | 14 | 69,25% | 100,00% | 10 | 68,38% | 100,00% | 14 | 67,9% | 85,7% | 12 |
| Ripollès | 62,45% | 100,00% | 3 | 63,97% | 100,00% | 3 | 69,47% | 100,00% | 3 | 65,6% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 54,21% | 100,00% | 8 | 56,89% | 100,00% | 5 | 58,32% | 62,50% | 7 | 87,50% | 42,9% | 3 |
| Bages - Solsonès | 56,29% | 100,00% | 15 | 62,92% | 100,00% | 12 | 66,88% | 80,00% | 10 | 67,7% | 66,7% | 10 |
| Berguedà | 51,20% | 100,00% | 3 | 63,85% | 100,00% | 3 | 65,48% | 100,00% | 2 | 66,67% | 74,30% | 1 |
| Osona | 56,47% | 100,00% | 10 | 60,25% | 100,00% | 6 | 61,62% | 60,00% | 8 | 72,73% | 54,5% | 6 |
| Alt Penedès | 47,08% | 100,00% | 3 | 53,27% | 100,00% | 3 | 56,17% | 100,00% | 3 | 58,5% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fonsanta | 56,36% | 100,00% | 13 | 60,72% | 100,00% | 14 | 61,36% | 100,00% | 14 | 65,0% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 58,79% | 100,00% | 15 | 62,00% | 100,00% | 15 | 62,77% | 100,00% | 15 | 66,7% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 53,34% | 100,00% | 11 | 61,11% | 100,00% | 10 | 61,82% | 100,00% | 12 | 67,2% | 100,00% | 12 |
| Baix Llobregat Nord | 54,45% | 100,00% | 5 | 55,93% | 100,00% | 6 | 62,28% | 100,00% | 7 | 63,9% | 100,00% | 7 |
| Baix Montseny | 57,75% | 100,00% | 1 | 60,00% | 100,00% | 1 | 62,79% | 100,00% | 2 | 56,7% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 58,67% | 100,00% | 66 | 61,23% | 100,00% | 63 | 61,29% | 95,45% | 66 | 65,7% | 98,5% | 66 |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 64,31% | 100,00% | 23 | 63,15% | 100,00% | 20 | 63,25% | 80,91% | 23 | 66,6% | 100,00% | 23 |
| Garrraf | 54,56% | 100,00% | 5 | 58,78% | 100,00% | 4 | 60,87% | 80,00% | 4 | 63,1% | 100,00% | 5 |
| Vallès Oriental Central | 58,94% | 100,00% | 10 | 61,98% | 100,00% | 10 | 61,12% | 100,00% | 10 | 60,7% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 54,53% | 100,00% | 12 | 57,59% | 100,00% | 12 | 61,46% | 100,00% | 12 | 60,7% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 58,53% | 100,00% | 5 | 59,23% | 100,00% | 5 | 58,79% | 100,00% | 5 | 58,7% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 57,41% | 100,00% | 18 | 62,10% | 100,00% | 18 | 56,95% | 100,00% | 18 | 59,2% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 56,01% | 100,00% | 10 | 62,46% | 100,00% | 10 | 62,02% | 90,91% | 10 | 66,7% | 91,7% | 11 |
| Alt Ribagorça | 53,68% | 100,00% | 1 | | 0,00% | 0 | 60,00% | 100,00% | 1 | 63,3% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 58,30% | 99,43% | 347 | 61,50% | 90,03% | 316 | 61,70% | 93,26% | 332 | 64,8% | 90,5% | 323 |

| Cobertura del càlcul del risc cardiovascular en pacients de 35 a 74 anys amb colesterolèmia total >200 mg/dl (percentatge de persones) <i>Referència:</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|----------------|--------------------|--------|----------------|--------------------|--------|----------------|--------------------|--------|----------------|--------------------|----|
| | Indicador AP03 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP03 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP03 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP03 | % UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 60,72% | 100,00% | 2 | 59,27% | 100,00% | 2 | 58,62% | 100,00% | 2 | 44,80% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | | 0,00% | 0 | 54,84% | 100,00% | 1 | 81,61% | 100,00% | 1 | 47,30% | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 58,68% | 100,00% | 3 | 59,80% | 100,00% | 3 | 51,96% | 100,00% | 2 | 57,40% | 100,00% | 3 |
| Vall d'Aran | | 0,00% | 0 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Leida | 39,59% | 100,00% | 22 | 50,56% | 100,00% | 22 | 52,82% | 100,00% | 22 | 55,60% | 100,00% | 22 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 46,14% | 100,00% | 4 | 56,85% | 100,00% | 4 | 61,95% | 100,00% | 4 | 64,90% | 100,00% | 4 |
| Alt Camp | 58,25% | 100,00% | 12 | 62,05% | 100,00% | 12 | 62,10% | 100,00% | 11 | 65,30% | 100,00% | 12 |
| Baix Penedès | 60,41% | 100,00% | 3 | 67,72% | 100,00% | 3 | 73,76% | 100,00% | 3 | 67,00% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 58,10% | 100,00% | 13 | 64,39% | 100,00% | 13 | 62,64% | 100,00% | 13 | 67,50% | 100,00% | 13 |
| Altrebrat | 60,62% | 100,00% | 4 | 69,17% | 100,00% | 4 | 59,42% | 100,00% | 4 | 67,30% | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | 65,97% | 100,00% | 5 | 72,69% | 100,00% | 5 | 74,95% | 100,00% | 4 | 80,00% | 100,00% | 5 |
| Montsià | 66,90% | 100,00% | 3 | 73,71% | 100,00% | 3 | 73,90% | 100,00% | 3 | 77,00% | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 40,50% | 100,00% | 8 | 55,55% | 100,00% | 8 | 59,18% | 100,00% | 8 | 66,70% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 34,04% | 100,00% | 5 | 37,77% | 100,00% | 5 | 40,78% | 100,00% | 5 | 56,20% | 100,00% | 5 |
| Alt Empordà | 20,58% | 100,00% | 8 | 51,28% | 100,00% | 8 | 52,74% | 100,00% | 8 | 60,80% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 8,06% | 100,00% | 4 | 40,86% | 100,00% | 4 | 45,54% | 100,00% | 4 | 51,50% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 19,47% | 100,00% | 14 | 49,39% | 100,00% | 14 | 52,57% | 100,00% | 14 | 58,70% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 15,95% | 100,00% | 3 | 40,15% | 100,00% | 3 | 39,52% | 100,00% | 2 | 58,70% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 54,03% | 12,50% | 1 | 67,21% | 100,00% | 8 | 65,74% | 100,00% | 8 | 72,10% | 100,00% | 7 |
| Bages - Solsonès | 33,53% | 100,00% | 15 | 45,81% | 100,00% | 15 | 49,94% | 100,00% | 15 | 59,90% | 100,00% | 15 |
| Berguedà | 39,96% | 100,00% | 3 | 67,41% | 100,00% | 3 | 59,38% | 100,00% | 3 | 64,30% | 100,00% | 3 |
| Osona | 37,34% | 100,00% | 10 | 47,19% | 100,00% | 10 | 49,46% | 100,00% | 11 | 55,60% | 100,00% | 11 |
| Alt Penedès | 43,48% | 100,00% | 3 | 55,26% | 100,00% | 3 | 54,75% | 100,00% | 3 | 62,20% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fontsanja | 50,57% | 100,00% | 13 | 64,20% | 100,00% | 14 | 69,31% | 100,00% | 14 | 76,40% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 47,77% | 100,00% | 15 | 64,02% | 100,00% | 15 | 70,83% | 100,00% | 15 | 76,80% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 51,70% | 100,00% | 11 | 62,83% | 100,00% | 10 | 67,74% | 100,00% | 12 | 73,00% | 100,00% | 12 |
| Baix Llobregat Nord | 46,65% | 100,00% | 5 | 61,34% | 100,00% | 6 | 66,04% | 100,00% | 7 | 71,30% | 100,00% | 7 |
| Baix Montseny | 76,65% | 100,00% | 1 | 57,05% | 100,00% | 1 | 54,34% | 100,00% | 2 | 59,20% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 45,75% | 66 | 57,38% | 100,00% | 66 | 58,64% | 100,00% | 64 | 63,20% | 100,00% | 67 | |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 57,33% | 23 | 65,50% | 100,00% | 22 | 60,84% | 100,00% | 23 | 63,80% | 100,00% | 23 | |
| Garrraf | 49,48% | 5 | 60,94% | 100,00% | 5 | 63,60% | 100,00% | 5 | 66,70% | 100,00% | 5 | |
| Vallès Oriental Central | 61,02% | 10 | 50,39% | 100,00% | 10 | 52,72% | 100,00% | 10 | 57,10% | 100,00% | 10 | |
| Maresme | 43,48% | 12 | 56,73% | 100,00% | 12 | 60,00% | 100,00% | 12 | 66,00% | 100,00% | 12 | |
| Baix Vallès | 63,73% | 5 | 51,14% | 100,00% | 5 | 51,27% | 100,00% | 5 | 55,10% | 100,00% | 5 | |
| Vallès Occidental Est | 38,81% | 18 | 47,33% | 100,00% | 18 | 51,18% | 100,00% | 18 | 52,40% | 100,00% | 18 | |
| Vallès Occidental Oest | 27,60% | 10 | 36,58% | 100,00% | 11 | 70,84% | 100,00% | 12 | 73,40% | 100,00% | 12 | |
| Alta Ribagorça | 69,96% | 1 | 63,09% | 100,00% | 1 | 46,15% | 100,00% | 1 | 50,80% | 100,00% | 1 | |
| Catalunya | 45,20% | 340 | 56,00% | 97,42% | 351 | 58,90% | 98,31% | 350 | 63,70% | 99,7% | 356 | |

| Pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat (percentatge de persones) <i>Referència:</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|-----------|--------------------|---|-----------|--------------------|---|-----------|--------------------|---|----------------|--------------------|---------|
| | Indicador | % UP dades vàlides | n | Indicador | % UP dades vàlides | n | Indicador | % UP dades vàlides | n | Indicador AP04 | % UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 92,20% | 2 | 100,0% |
| Cerdanya | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | 0 | 0,0% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 91,20% | 3 | 100,0% |
| Val d'Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 91,70% | 18 | 81,8% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 92,00% | 4 | 100,0% |
| Baix Camp | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 91,20% | 7 | 58,3% |
| Baix Penedès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 63,90% | 1 | 33,3% |
| Taragonès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 87,10% | 10 | 76,9% |
| Altrebrat | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 94,40% | 4 | 100,0% |
| Baix Ebre | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 89,80% | 5 | 100,00% |
| Montsià | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 90,40% | 3 | 100,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 87,50% | 8 | 100,0% |
| Baix Empordà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 84,50% | 5 | 100,0% |
| Alt Empordà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 92,10% | 7 | 87,5% |
| Garroixa | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 93,40% | 4 | 100,0% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 84,60% | 13 | 92,9% |
| Ripollès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 87,00% | 2 | 66,7% |
| Anoia | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 90,30% | 8 | 114,3% |
| Bages - Solsonès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 91,20% | 10 | 66,7% |
| Berguedà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 94,60% | 3 | 100,0% |
| Osona | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 92,70% | 11 | 100,0% |
| Alt Penedès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 91,70% | 3 | 100,0% |
| Baix Llobregat Centre - Fonsarria | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 92,20% | 13 | 92,9% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 91,50% | 14 | 93,3% |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 92,20% | 12 | 100,0% |
| Baix Llobregat Nord | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 91,80% | 5 | 71,4% |
| Baix Montseny | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 94,00% | 2 | 100,0% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 90,90% | 64 | 95,5% |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 89,50% | 16 | 69,6% |
| Garraf | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 93,10% | 5 | 100,0% |
| Vallès Oriental Central | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 93,10% | 9 | 90,0% |
| Maresme | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 92,30% | 9 | 75,0% |
| Baix Vallès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 91,40% | 5 | 100,0% |
| Vallès Occidental Est | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 93,20% | 17 | 94,4% |
| Vallès Occidental Oest | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 97,30% | 8 | 66,7% |
| Alta Ribagorça | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 94,20% | 1 | 100,0% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 91,10% | 311 | 87,1% |

| Cribatge del consum d'alcohol en població adulta (percentatge de persones) <i>Estandard 70% Programa Beveu Menys</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|
| | Indicador AP05 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP05 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP05 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP05 | % UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 76,29% | 100,00% | 2 | 72,12% | 100,00% | 2 | 74,31% | 100,00% | 2 | 73,20% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | 0,29% | 100,00% | 1 | 1,33% | 100,00% | 1 | 1,24% | 100,00% | 1 | 0,00% | 0,00% | 0 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 61,94% | 100,00% | 3 | 49,67% | 100,00% | 3 | 52,55% | 100,00% | 3 | 53,20% | 100,00% | 3 |
| Vall d'Aran | 0,00% | N/A | 0 | N/A | N/A | 0 | N/A | N/A | 0 | N/A | N/A | 0 |
| Lleida | 49,28% | 95,45% | 21 | 57,76% | 100,00% | 22 | 57,05% | 100,00% | 21 | 56,30% | 95,45% | 21 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 44,90% | 75,00% | 3 | 49,12% | 100,00% | 4 | 47,97% | 100,00% | 4 | 50,00% | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 48,37% | 91,67% | 11 | 43,32% | 100,00% | 12 | 41,57% | 100,00% | 12 | 44,10% | 91,7% | 11 |
| Baix Penedès | 61,23% | 33,33% | 1 | 62,14% | 33,33% | 1 | 66,46% | 100,00% | 3 | 65,50% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 37,13% | 76,92% | 10 | 36,54% | 100,00% | 10 | 44,20% | 92,31% | 12 | 41,20% | 92,3% | 12 |
| Albairat | 36,81% | 75,00% | 3 | 47,38% | 100,00% | 4 | 47,36% | 100,00% | 4 | 45,30% | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | 50,07% | 100,00% | 5 | 53,28% | 100,00% | 5 | 53,60% | 100,00% | 5 | 47,90% | 100,00% | 5 |
| Montsià | 51,81% | 100,00% | 3 | 61,10% | 100,00% | 3 | 53,80% | 100,00% | 3 | 53,30% | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 43,94% | 87,50% | 7 | 54,24% | 100,00% | 8 | 60,64% | 100,00% | 8 | 67,60% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 55,52% | 100,00% | 5 | 56,09% | 100,00% | 5 | 57,39% | 100,00% | 5 | 61,30% | 80,0% | 4 |
| Alt Empordà | 36,61% | 100,00% | 8 | 55,00% | 100,00% | 8 | 61,19% | 100,00% | 8 | 51,60% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 38,59% | 100,00% | 4 | 56,47% | 100,00% | 4 | 58,83% | 100,00% | 4 | 48,10% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 44,02% | 85,71% | 12 | 53,48% | 92,86% | 13 | 59,70% | 100,00% | 14 | 51,50% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 39,97% | 100,00% | 3 | 51,59% | 100,00% | 3 | 60,18% | 100,00% | 3 | 55,10% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 32,34% | 100,00% | 8 | 40,67% | 100,00% | 8 | 42,24% | 100,00% | 8 | 45,60% | 114,3% | 8 |
| Bages - Solsonès | 42,87% | 93,33% | 14 | 41,36% | 100,00% | 14 | 42,24% | 80,00% | 12 | 45,40% | 86,7% | 13 |
| Berguedà | 39,74% | 100,00% | 3 | 46,24% | 100,00% | 3 | 53,69% | 100,00% | 2 | 54,00% | 100,00% | 3 |
| Osona | 39,72% | 100,00% | 10 | 44,31% | 90,00% | 9 | 46,17% | 100,00% | 11 | 46,00% | 100,00% | 11 |
| Alt Penedès | 38,55% | 100,00% | 3 | 48,47% | 100,00% | 3 | 48,15% | 100,00% | 3 | 52,70% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 41,61% | 92,31% | 12 | 48,18% | 100,00% | 14 | 48,42% | 100,00% | 14 | 52,60% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 44,69% | 100,00% | 15 | 59,47% | 100,00% | 15 | 55,15% | 100,00% | 15 | 56,50% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 46,36% | 100,00% | 11 | 56,31% | 100,00% | 10 | 54,89% | 100,00% | 12 | 57,00% | 100,00% | 12 |
| Baix Llobregat Nord | 36,04% | 100,00% | 5 | 52,28% | 100,00% | 6 | 56,62% | 100,00% | 7 | 57,10% | 100,00% | 7 |
| Baix Montseny | 26,98% | 100,00% | 1 | 41,74% | 100,00% | 1 | 45,36% | 100,00% | 2 | 48,10% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 44,36% | 90,91% | 60 | 56,27% | 95,45% | 63 | 50,97% | 95,45% | 63 | 53,90% | 98,5% | 66 |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 51,62% | 100,00% | 23 | 61,40% | 80,91% | 20 | 56,47% | 100,00% | 23 | 49,70% | 100,00% | 23 |
| Garraf | 43,78% | 80,00% | 4 | 48,61% | 80,00% | 4 | 48,53% | 80,00% | 4 | 54,00% | 100,00% | 5 |
| Vallès Oriental Central | 27,53% | 100,00% | 10 | 37,65% | 100,00% | 10 | 41,96% | 100,00% | 10 | 45,80% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 46,51% | 100,00% | 12 | 62,54% | 100,00% | 12 | 62,66% | 100,00% | 12 | 55,10% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 36,89% | 100,00% | 5 | 45,24% | 100,00% | 5 | 42,39% | 100,00% | 5 | 46,40% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 44,23% | 100,00% | 18 | 50,85% | 100,00% | 18 | 49,37% | 100,00% | 18 | 49,30% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 26,88% | 90,00% | 9 | 52,66% | 100,00% | 11 | 46,60% | 100,00% | 12 | 56,30% | 100,00% | 12 |
| Alta Ribagorça | 56,23% | 100,00% | 1 | 61,12% | 100,00% | 1 | 65,83% | 100,00% | 1 | 63,90% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 43,00% | 93,41% | 326 | 52,60% | 96,01% | 337 | 51,80% | 97,19% | 346 | 52,4 | 97,8% | 349 |

| Avaluació del sobrepès i l'obesitat en la població de 6 a 14 anys (percentatge de persones) Estandard: ≥ 60% | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|--------------------|------------|----------------|--------------------|------------|----------------|--------------------|------------|----------------|--------------------|------------|
| | Indicador AP04 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP04 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP04 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP06 | % UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 47,07% | 100,00% | 2 | 6,86% | 100,00% | 2 | 69,87% | 100,00% | 2 | 73,00% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | | 0,00% | 0 | 97,95% | 100,00% | 1 | | 0,00% | 0 | 17,00% | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 81,71% | 100,00% | 3 | 6,34% | 100,00% | 3 | 83,74% | 66,67% | 2 | 80,00% | 100,00% | 3 |
| Vall d'Aran | | 0,00% | 0 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Leida | 43,04% | 86,36% | 19 | 77,35% | 90,91% | 20 | 68,67% | 90,91% | 20 | 77,20% | 95,5% | 21 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 44,19% | 100,00% | 4 | 82,98% | 75,00% | 3 | 72,22% | 75,00% | 3 | 78,50% | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 78,91% | 91,67% | 11 | 88,87% | 83,33% | 10 | 78,44% | 100,00% | 12 | 84,40% | 100,00% | 12 |
| Baix Penedès | 63,73% | 66,67% | 2 | | 0,00% | 0 | 74,24% | 100,00% | 3 | 75,30% | 100,00% | 3 |
| Taragonès | 48,74% | 100,00% | 13 | 84,41% | 84,62% | 11 | 65,78% | 100,00% | 13 | 69,80% | 100,00% | 13 |
| Altrebat | 51,22% | 100,00% | 4 | 78,53% | 100,00% | 4 | 63,27% | 75,00% | 3 | 90,80% | 25,0% | 1 |
| Baix Ebre | 12,39% | 100,00% | 5 | 70,11% | 100,00% | 5 | 44,19% | 100,00% | 5 | | 0,00% | 0 |
| Montsià | 23,80% | 100,00% | 3 | 67,51% | 100,00% | 3 | 42,45% | 100,00% | 3 | | 0,00% | 0 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 31,22% | 100,00% | 8 | 64,27% | 87,50% | 7 | 62,99% | 100,00% | 8 | 74,10% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 58,26% | 100,00% | 5 | 89,45% | 100,00% | 4 | 78,70% | 100,00% | 5 | 80,80% | 100,00% | 5 |
| Alt Empordà | 45,78% | 87,50% | 7 | 67,02% | 100,00% | 8 | 72,12% | 100,00% | 8 | 75,80% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 21,62% | 100,00% | 4 | 78,17% | 100,00% | 4 | 80,37% | 100,00% | 4 | 85,40% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 37,47% | 85,71% | 12 | 55,36% | 85,71% | 12 | 64,65% | 100,00% | 14 | 72,00% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 18,62% | 66,67% | 2 | 34,58% | 100,00% | 3 | 49,52% | 100,00% | 3 | 68,70% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 5,66% | 100,00% | 8 | 16,53% | 100,00% | 8 | 43,00% | 100,00% | 8 | 64,80% | 114,3% | 8 |
| Bages - Solsonès | 61,49% | 93,33% | 14 | 73,04% | 100,00% | 15 | 64,62% | 93,33% | 14 | 72,00% | 93,3% | 14 |
| Berguedà | 70,46% | 100,00% | 3 | 81,08% | 100,00% | 3 | 67,31% | 100,00% | 3 | 71,80% | 100,00% | 3 |
| Osona | 59,43% | 100,00% | 10 | 79,59% | 100,00% | 10 | 74,84% | 100,00% | 11 | 76,40% | 100,00% | 11 |
| Alt Penedès | 4,96% | 100,00% | 3 | 28,00% | 100,00% | 3 | 30,16% | 100,00% | 3 | 61,80% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 32,41% | 100,00% | 13 | 76,97% | 100,00% | 14 | 53,54% | 100,00% | 14 | 70,70% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 52,94% | 100,00% | 15 | 84,26% | 100,00% | 15 | 65,40% | 100,00% | 15 | 74,20% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 42,71% | 100,00% | 11 | 82,22% | 100,00% | 10 | 62,29% | 100,00% | 12 | 73,20% | 83,3% | 10 |
| Baix Llobregat Nord | 34,63% | 100,00% | 5 | 70,44% | 100,00% | 6 | 59,31% | 100,00% | 7 | 69,40% | 85,7% | 6 |
| Baix Montseny | 70,82% | 100,00% | 1 | 82,87% | 100,00% | 1 | 74,40% | 100,00% | 2 | 81,10% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 57,94% | 96,97% | 64 | 79,38% | 96,97% | 64 | 73,99% | 100,00% | 66 | 78,10% | 95,5% | 64 |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | 42,90% | 95,65% | 22 | 77,00% | 86,36% | 19 | 69,66% | 100,00% | 23 | 73,00% | 100,00% | 23 |
| Garraf | 2,62% | 80,00% | 4 | 28,60% | 80,00% | 4 | 50,86% | 80,00% | 4 | 77,40% | 80,00% | 4 |
| Vallès Oriental Central | 59,46% | 100,00% | 10 | 80,48% | 100,00% | 10 | 72,21% | 100,00% | 10 | 79,00% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 42,28% | 100,00% | 12 | 64,61% | 100,00% | 12 | 65,11% | 100,00% | 12 | 68,70% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 58,21% | 100,00% | 5 | 80,22% | 100,00% | 5 | 68,34% | 100,00% | 5 | 77,50% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 59,65% | 100,00% | 18 | 80,49% | 100,00% | 18 | 71,72% | 100,00% | 18 | 75,50% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 57,30% | 90,00% | 9 | 68,63% | 100,00% | 11 | 85,50% | 100,00% | 11 | 83,80% | 100,00% | 12 |
| Altà Ribagorça | 67,91% | 100,00% | 1 | 9,92% | 100,00% | 1 | 93,07% | 100,00% | 1 | 93,00% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 47,80% | 95,13% | 332 | 73,00% | 94,30% | 331 | 67,90% | 97,47% | 347 | 75,40% | 94,4% | 337 |

| Aplicació de fluor tòpic en la població de 7 anys amb risc alt de càries (percentatge de persones) <i>Referència: -----</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|-----------|--------------------|-----|
| | Indicador AP06 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP06 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP06 | % UP dades vàlides | n | Indicador | % UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | | 57,14% | 1 | | 50,00% | N/A |
| Cerdanya | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | | | | | 0,00% | N/A |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 100,00% | 66,67% | 2 | | 66,67% | 0 | | 20,00% | 1 | | 33,33% | N/A |
| Vall d'Aran | | 0,00% | 0 | | N/A | | | N/A | | | N/A | |
| Lleida | 70,82% | 77,27% | 17 | | 76,79% | 2 | | 87,72% | 1 | | 4,55% | N/A |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 100,00% | 25,00% | 1 | | 76,92% | 2 | | 68,42% | 4 | | 100,00% | N/A |
| Baix Camp | 94,23% | 41,67% | 5 | | 84,62% | 5 | | 74,76% | 10 | | 83,33% | N/A |
| Baix Penedès | 91,67% | 66,67% | 2 | | 95,80% | 2 | | 0,00% | 1 | | 33,33% | N/A |
| Tarragonès | 83,56% | 30,77% | 4 | | 66,36% | 6 | | 54,26% | 13 | | 100,00% | N/A |
| Alt Ebre | 43,55% | 75,00% | 3 | | 74,07% | 3 | | 5,26% | 1 | | 25,00% | N/A |
| Baix Ebre | 46,79% | 100,00% | 5 | | 51,10% | 4 | | | 0 | | 0,00% | N/A |
| Montsià | 51,93% | 100,00% | 3 | | 54,41% | 2 | | | 0 | | 0,00% | N/A |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 62,83% | 87,50% | 7 | | 68,59% | 6 | | 81,92% | 6 | | 75,00% | N/A |
| Baix Empordà | 27,17% | 100,00% | 5 | | 33,49% | 4 | | 54,36% | 4 | | 80,00% | N/A |
| Alt Empordà | 28,49% | 100,00% | 8 | | 53,28% | 3 | | 72,44% | 6 | | 75,00% | N/A |
| Garrotxa | 24,47% | 100,00% | 4 | | 98,89% | 1 | | 84,00% | 3 | | 75,00% | N/A |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 35,04% | 100,00% | 14 | | 60,73% | 11 | | 75,90% | 11 | | 78,57% | N/A |
| Ripollès | 18,00% | 100,00% | 3 | | | 0 | | 94,29% | 3 | | 100,00% | N/A |
| Anoia | 9,30% | 100,00% | 8 | | | 0 | | 64,19% | 5 | | 62,50% | N/A |
| Bages - Solsonès | 78,43% | 20,00% | 3 | | | 0 | | 64,71% | 1 | | 6,67% | N/A |
| Berguedà | | 0,00% | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0,00% | N/A |
| Osona | 50,98% | 90,00% | 9 | | 60,47% | 1 | | 96,34% | 2 | | 18,18% | N/A |
| Alt Penedès | 29,82% | 66,67% | 2 | | 22,58% | 1 | | 57,14% | 3 | | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 44,72% | 92,31% | 12 | | 51,55% | 4 | | 70,14% | 12 | | 85,71% | N/A |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 53,24% | 80,00% | 12 | | 55,49% | 5 | | 81,07% | 15 | | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat Litoral | 50,68% | 45,45% | 5 | | 83,15% | 3 | | 82,14% | 10 | | 83,33% | N/A |
| Baix Llobregat Nord | 29,70% | 100,00% | 5 | | 70,27% | 1 | | 85,00% | 6 | | 85,71% | N/A |
| Baix Montseny | 59,46% | 100,00% | 1 | | 73,33% | 1 | | 83,05% | 1 | | 50,00% | N/A |
| Barcelona | 67,26% | 74,24% | 49 | | 83,92% | 18 | | 88,79% | 55 | | 83,33% | N/A |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 56,96% | 78,26% | 18 | | 76,70% | 6 | | 86,54% | 20 | | 86,96% | N/A |
| Garraf | 26,15% | 40,00% | 4 | | 30,21% | 3 | | 33,46% | 5 | | 100,00% | N/A |
| Vallès Oriental Central | 42,73% | 40,00% | 4 | | 94,18% | 3 | | 92,06% | 6 | | 60,00% | N/A |
| Maresme | 67,26% | 91,67% | 11 | | 74,42% | 3 | | 77,81% | 11 | | 91,67% | N/A |
| Baix Vallès | 30,00% | 20,00% | 1 | | 65,15% | 3 | | 62,98% | 5 | | 100,00% | N/A |
| Vallès Occidental Est | 47,32% | 94,44% | 17 | | 61,60% | 8 | | 89,76% | 18 | | 100,00% | N/A |
| Vallès Occidental Oest | 84,60% | 80,00% | 8 | | 90,62% | 5 | | 88,89% | 7 | | 58,33% | N/A |
| Alta Ribagorça | 100,00% | 100,00% | 1 | | | 0 | | | 1 | | 100,00% | N/A |
| Catalunya | 54,80% | 72,49% | 253 | | 69,00% | 116 | | 78,30% | 248 | | 69,66% | N/A |

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|
| | Indicador AP17 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP16 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP07 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP08 | % UP dades vàlides | n |
| Cobertura vacunal en la població infantil assignada i atesa (percentatge de persones) <i>Estandard: 95-98%</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 77,65% | 100,00% | 2 | 91,97% | 50,00% | 1 | 86,29% | 100,00% | 2 | 85,80% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | 30,49% | 100,00% | 1 | 49,70% | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 87,21% | 33,33% | 1 | | 0,00% | 0 | 86,52% | 66,67% | 2 | 88,20% | 66,67% | 2 |
| Val d'Aran | | 0,00% | 0 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 84,16% | 95,45% | 21 | 88,04% | 95,45% | 21 | 89,20% | 95,45% | 21 | 90,10% | 95,45% | 21 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 85,86% | 75,00% | 3 | 88,89% | 75,00% | 3 | 89,79% | 75,00% | 3 | 86,30% | 75,00% | 4 |
| Baix Camp | 87,86% | 83,33% | 10 | 88,35% | 91,67% | 11 | 89,96% | 100,00% | 12 | 90,00% | 100,00% | 11 |
| Baix Penedès | 88,67% | 100,00% | 3 | | 0,00% | 0 | 100,00% | 66,67% | 2 | 95,80% | 66,67% | 2 |
| Tarragonès | 87,83% | 84,62% | 11 | 88,78% | 84,62% | 11 | 92,11% | 92,31% | 12 | 85,20% | 84,62% | 11 |
| Altrebat | 67,52% | 50,00% | 2 | 84,94% | 100,00% | 4 | 86,33% | 75,00% | 3 | 87,70% | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | | 0,00% | 0 | 81,17% | 100,00% | 5 | 82,62% | 100,00% | 5 | 84,40% | 100,00% | 5 |
| Montsià | | 0,00% | 0 | 84,47% | 100,00% | 3 | 85,80% | 100,00% | 3 | 77,80% | 66,67% | 2 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 77,61% | 87,50% | 7 | 84,86% | 100,00% | 8 | 84,93% | 87,50% | 7 | 87,90% | 87,50% | 7 |
| Baix Empordà | 78,02% | 100,00% | 5 | 79,76% | 100,00% | 5 | 82,69% | 100,00% | 5 | 83,70% | 100,00% | 5 |
| Baix Empordà | 84,25% | 100,00% | 8 | 84,71% | 100,00% | 8 | 86,19% | 100,00% | 8 | 87,00% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 80,94% | 100,00% | 4 | 85,76% | 100,00% | 4 | 85,62% | 100,00% | 4 | 86,20% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 87,66% | 92,86% | 13 | 87,26% | 100,00% | 14 | 89,32% | 100,00% | 14 | 89,70% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 80,12% | 100,00% | 3 | 82,64% | 100,00% | 3 | 79,90% | 100,00% | 3 | 84,30% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 83,17% | 100,00% | 8 | 87,82% | 100,00% | 8 | 88,78% | 100,00% | 8 | 90,30% | 114,3% | 8 |
| Bages - Solsonès | 82,77% | 100,00% | 15 | 85,16% | 93,33% | 14 | 86,30% | 93,33% | 14 | 87,60% | 93,33% | 14 |
| Berguedà | 76,81% | 66,67% | 2 | 83,42% | 100,00% | 3 | 86,70% | 100,00% | 3 | 87,90% | 100,00% | 3 |
| Osona | 88,88% | 90,00% | 9 | 89,04% | 80,00% | 8 | 88,90% | 81,82% | 9 | 90,60% | 100,00% | 11 |
| Alt Penedès | 70,22% | 100,00% | 3 | 76,74% | 100,00% | 3 | 80,00% | 100,00% | 3 | 83,00% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 73,56% | 100,00% | 13 | 81,70% | 100,00% | 14 | 84,39% | 100,00% | 14 | 86,20% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 84,10% | 100,00% | 15 | 86,36% | 100,00% | 15 | 88,11% | 100,00% | 15 | 89,20% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 75,15% | 100,00% | 11 | 81,10% | 100,00% | 10 | 86,16% | 91,67% | 11 | 87,70% | 100,00% | 10 |
| Baix Llobregat Nord | 77,80% | 100,00% | 5 | 83,24% | 100,00% | 6 | 85,40% | 85,71% | 6 | 87,90% | 85,71% | 6 |
| Baix Montseny | 86,33% | 100,00% | 1 | 86,23% | 100,00% | 1 | 85,69% | 100,00% | 2 | 87,10% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 80,54% | 96,97% | 64 | 84,77% | 96,97% | 64 | 86,91% | 100,00% | 66 | 87,10% | 95,5% | 64 |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | 83,01% | 100,00% | 23 | 85,92% | 86,36% | 19 | 87,95% | 100,00% | 23 | 87,90% | 100,00% | 23 |
| Garraf | 75,63% | 80,00% | 4 | 82,02% | 80,00% | 4 | 85,24% | 80,00% | 4 | 88,40% | 80,00% | 5 |
| Vallès Oriental Central | 81,47% | 100,00% | 10 | 83,65% | 100,00% | 10 | 84,71% | 90,00% | 9 | 86,50% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 75,12% | 83,33% | 10 | 81,66% | 100,00% | 12 | 85,43% | 100,00% | 12 | 86,60% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 77,12% | 100,00% | 5 | 80,90% | 100,00% | 5 | 83,43% | 100,00% | 5 | 85,20% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 83,39% | 94,44% | 17 | 87,10% | 100,00% | 18 | 87,83% | 100,00% | 18 | 89,30% | 100,00% | 16 |
| Vallès Occidental Oest | 82,82% | 90,00% | 9 | 88,64% | 90,91% | 10 | 91,75% | 100,00% | 12 | 91,40% | 100,00% | 12 |
| Alta Ribagorça | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 1 |
| Catalunya | 81,50% | 90,83% | 317 | 85,10% | 93,16% | 327 | 87,30% | 95,79% | 341 | 87,80% | 95,2% | 340 |

| Implantació del protocol PREALT (AE i SS) (percentatge EAP) <i>Referència:</i> | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | |
|---|-----------------|------------|--------------------|-----------------|------------|--------------------|------------|---|--------------------|
| | Indicador AP09a | n | % UP dades vàlides | Indicador AP08a | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides |
| Alt Urgell | 100,00% | 2 | 100,00% | 100,00% | 2 | 100,00% | N/A | | |
| Cerdanya | 0,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 1 | 100,00% | N/A | | |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Val d'Aran | | 0 | 0,00% | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 95,45% | 22 | 100,00% | 100,00% | 1 | 4,55% | N/A | | |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 100,00% | 4 | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Camp | 100,00% | 12 | 100,00% | 100,00% | 12 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Penedès | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Tarragonès | 92,31% | 13 | 100,00% | 100,00% | 12 | 92,31% | N/A | | |
| Allebrat | 100,00% | 4 | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Ebre | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | |
| Montsià | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 100,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Empordà | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | |
| Alt Empordà | 100,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | N/A | | |
| Garrotxa | 100,00% | 4 | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | N/A | | |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 100,00% | 14 | 100,00% | 100,00% | 14 | 100,00% | N/A | | |
| Ripollès | | 0 | 0,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Anoia | 100,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | N/A | | |
| Bages - Solsonès | 100,00% | 3 | 20,00% | 100,00% | 3 | 20,00% | N/A | | |
| Berguedà | | 0 | 0,00% | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Osona | 100,00% | 10 | 100,00% | 100,00% | 10 | 100,00% | N/A | | |
| Alt Penedès | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat Centre - Fontsaeta | 100,00% | 13 | 100,00% | 100,00% | 14 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 100,00% | 15 | 100,00% | 100,00% | 15 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat Litoral | 100,00% | 11 | 100,00% | 100,00% | 10 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat Nord | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 6 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Montseny | 100,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 1 | 100,00% | N/A | | |
| Barcelona | 100,00% | 66 | 100,00% | 100,00% | 66 | 100,00% | N/A | | |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 100,00% | 23 | 100,00% | 100,00% | 22 | 100,00% | N/A | | |
| Garraf | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | |
| Vallès Oriental Central | 100,00% | 10 | 100,00% | 100,00% | 10 | 100,00% | N/A | | |
| Maresme | 100,00% | 12 | 100,00% | 100,00% | 12 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Vallès | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | |
| Vallès Occidental Est | 100,00% | 18 | 100,00% | 100,00% | 18 | 100,00% | N/A | | |
| Vallès Occidental Oest | 100,00% | 10 | 100,00% | 100,00% | 11 | 100,00% | N/A | | |
| Alta Ribagorça | 100,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 1 | 100,00% | N/A | | |
| Catalunya | 99,10% | 330 | 94,56% | 100,00% | 314 | 89,46% | N/A | | |

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | | |
|--|--------------------------|--------------------|-----|-----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|---------|
| | Indicador AP09b i c | % UP dades vàlides | n | Indicador AP08b | % UP dades vàlides | n | Indicador AP08 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP09 | % UP dades vàlides | n | |
| Pacients inclosos en el protocol PREALT donats d'alta pels serveis d'atenció especialitzada i d'atenció socio sanitària d'infermament amb un contacte amb l'EAP <48h (percentatge de persones) (3) | <i>Referència: -----</i> | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 100,00% | 100,00% | 2 | 100,00% | 100,00% | 2 | 100,00% | 100,00% | 2 | 100,00% | 100,00% | 2 | 100,00% |
| Cerdanya | 0,00% | 0,00% | 0 | 58,06% | 100,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 1 | 100,00% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 30,00% | 66,67% | 2 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% |
| Val d'Aran | 0,00% | 0,00% | 0 | N/A | N/A | 0 | N/A | N/A | 0 | N/A | N/A | 0 | 100,00% |
| Lleida | 75,00% | 77,27% | 17 | 49,43% | 90,91% | 20 | 54,23% | 95,45% | 21 | 52,20% | 95,45% | 22 | 100,00% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 100,00% | 100,00% | 4 | 99,40% | 100,00% | 4 | 72,91% | 100,00% | 4 | 89,20% | 100,00% | 4 | 100,00% |
| Baix Camp | 100,00% | 100,00% | 12 | 100,00% | 91,67% | 11 | 100,00% | 41,67% | 5 | 93,10% | 100,00% | 12 | 100,00% |
| Baix Penedès | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 0 | 92,00% | 0,00% | 3 | 100,00% |
| Tarragonès | 100,00% | 92,31% | 12 | 100,00% | 100,00% | 3 | 94,27% | 100,00% | 13 | 96,50% | 100,00% | 13 | 100,00% |
| Altrebrat | 100,00% | 75,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | 75,00% | 3 | 80,00% | 75,00% | 1 | 25,00% |
| Baix Ebre | 98,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 0,00% |
| Montsià | 98,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 0,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 94,34% | 100,00% | 3 | 94,72% | 62,50% | 5 | 88,27% | 87,50% | 7 | 78,10% | 87,50% | 8 | 100,00% |
| Baix Empordà | 93,33% | 40,00% | 3 | 98,41% | 80,00% | 4 | 94,74% | 40,00% | 2 | 100,00% | 40,00% | 5 | 100,00% |
| Alt Empordà | 100,00% | 100,00% | 2 | 98,18% | 25,00% | 2 | 96,00% | 25,00% | 2 | 98,40% | 25,00% | 8 | 100,00% |
| Garrotxa | 79,33% | 12,50% | 4 | 82,26% | 50,00% | 2 | 87,04% | 100,00% | 4 | 96,10% | 100,00% | 4 | 100,00% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 74,92% | 21,43% | 3 | 71,94% | 21,43% | 3 | 76,03% | 35,71% | 5 | 91,40% | 35,71% | 14 | 100,00% |
| Ripollès | 71,78% | 100,00% | 3 | 100,00% | 33,33% | 1 | 100,00% | 33,33% | 1 | 100,00% | 33,33% | 3 | 100,00% |
| Anoia | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% |
| Bages - Solsonès | 65,00% | 87,50% | 7 | 87,50% | 0,00% | 0 | 73,79% | 0,00% | 8 | 84,60% | 14,3% | 1 | 14,3% |
| Berguedà | 99,50% | 20,00% | 3 | 68,17% | 93,33% | 14 | 52,82% | 100,00% | 15 | 80,50% | 100,00% | 3 | 20,00% |
| Osona | 52,17% | 0,00% | 10 | 70,24% | 0,00% | 0 | 89,66% | 0,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Alt Penedès | 47,20% | 100,00% | 10 | 70,24% | 20,00% | 2 | 65,59% | 18,18% | 2 | 54,40% | 18,18% | 11 | 100,00% |
| Baix Llobregat Centre - Font Santia | 83,33% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 94,81% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 65,00% | 0,00% | 12 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 0,00% | 14 | 59,10% | 0,00% | 14 | 100,00% |
| Baix Llobregat Litoral | 73,68% | 60,00% | 9 | 100,00% | 13,33% | 2 | 98,37% | 86,67% | 13 | 90,90% | 100,00% | 15 | 100,00% |
| Baix Llobregat Nord | 91,43% | 100,00% | 0 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 0,00% | 0 | 62,20% | 0,00% | 12 | 100,00% |
| Baix Montseny | 81,25% | 100,00% | 5 | 94,55% | 100,00% | 6 | 95,85% | 100,00% | 7 | 93,80% | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Barcelona | 75,00% | 100,00% | 1 | 100,00% | 0,00% | 0 | 97,89% | 50,00% | 1 | 68,20% | 50,00% | 2 | 100,00% |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 64,73% | 95,45% | 55 | 73,02% | 54,55% | 36 | 81,05% | 86,36% | 57 | 89,10% | 86,36% | 62 | 92,5% |
| Barcelonès Sud - Baix Maresme | 76,34% | 69,57% | 10 | 30,39% | 63,64% | 14 | 80,23% | 91,30% | 21 | 74,70% | 91,30% | 23 | 100,00% |
| Garraf | 94,12% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% |
| Vallès Oriental Central | 63,42% | 90,00% | 9 | 100,00% | 0,00% | 0 | 94,30% | 50,00% | 5 | 67,60% | 50,00% | 10 | 100,00% |
| Vallès Oriental Litoral | 58,33% | 90,00% | 9 | 100,00% | 0,00% | 0 | 88,68% | 100,00% | 12 | 86,30% | 100,00% | 12 | 100,00% |
| Maresme | 23,07% | 100,00% | 2 | 81,93% | 83,33% | 10 | 88,68% | 100,00% | 12 | 86,30% | 100,00% | 12 | 100,00% |
| Baix Vallès | 60,00% | 100,00% | 9 | 100,00% | 0,00% | 0 | 98,41% | 20,00% | 1 | 64,10% | 20,00% | 5 | 100,00% |
| Vallès Occidental Est | 95,24% | 100,00% | 5 | 100,00% | 0,00% | 0 | 93,39% | 100,00% | 18 | 98,20% | 100,00% | 18 | 100,00% |
| Vallès Occidental Oest | 66,67% | 5,56% | 1 | 71,43% | 16,67% | 3 | 95,06% | 100,00% | 12 | 93,30% | 100,00% | 12 | 100,00% |
| Alta Ribarroca | 77,93% | 90,00% | 9 | 67,47% | 63,64% | 7 | 100,00% | 100,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 1 | 100,00% |
| Catalunya | 70,8% | 59,03% | 206 | 73,20% | 50,71% | 178 | 82,40% | 78,37% | 279 | 78,80% | 89,4% | 319 | 89,4% |

| Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques (percentatge d'emvasos) <i>Referència:</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|----------------|--------------------|-----|
| | Indicador AP10 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP09 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP09 | % UP dades vàlides | n | Indicador AP10 | % UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 19,87% | 100,00% | 2 | 22,51% | 100,00% | 2 | 25,28% | 100,00% | 2 | 27,70% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | 11,66% | 100,00% | 1 | 15,66% | 100,00% | 1 | 18,80% | 100,00% | 1 | 21,80% | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 17,19% | 100,00% | 3 | 20,50% | 100,00% | 3 | 23,13% | 100,00% | 3 | 26,50% | 100,00% | 3 |
| Vall d'Aran | 23,40% | 100,00% | 1 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Leida | 18,24% | 100,00% | 22 | 20,61% | 100,00% | 22 | 22,51% | 100,00% | 22 | 25,20% | 100,00% | 22 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 18,92% | 100,00% | 4 | 21,88% | 100,00% | 4 | 25,15% | 100,00% | 4 | 29,30% | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 21,36% | 100,00% | 12 | 23,88% | 100,00% | 12 | 26,21% | 100,00% | 12 | 28,20% | 100,00% | 12 |
| Baix Penedès | 20,32% | 100,00% | 3 | 23,75% | 100,00% | 3 | 26,04% | 100,00% | 3 | 28,80% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 19,21% | 100,00% | 13 | 22,17% | 100,00% | 13 | 24,19% | 100,00% | 13 | 27,60% | 100,00% | 13 |
| Altrebrat | 21,54% | 100,00% | 4 | 23,47% | 100,00% | 4 | 26,03% | 100,00% | 4 | 29,30% | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | 21,06% | 100,00% | 5 | 24,13% | 100,00% | 5 | 26,66% | 100,00% | 5 | 30,10% | 100,00% | 5 |
| Montsià | 20,65% | 100,00% | 3 | 22,65% | 100,00% | 3 | 24,54% | 100,00% | 3 | 29,70% | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 22,27% | 100,00% | 8 | 26,85% | 100,00% | 8 | 30,73% | 100,00% | 8 | 33,20% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 27,29% | 100,00% | 5 | 30,60% | 100,00% | 5 | 32,19% | 100,00% | 5 | 33,50% | 100,00% | 5 |
| Alt Empordà | 23,93% | 100,00% | 8 | 27,86% | 100,00% | 8 | 30,40% | 100,00% | 8 | 32,80% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 20,61% | 100,00% | 4 | 24,00% | 100,00% | 4 | 26,93% | 100,00% | 4 | 30,30% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 21,67% | 100,00% | 14 | 25,25% | 100,00% | 14 | 27,68% | 100,00% | 14 | 30,00% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 22,24% | 100,00% | 3 | 24,70% | 100,00% | 3 | 27,05% | 100,00% | 3 | 29,60% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 19,78% | 100,00% | 8 | 23,58% | 100,00% | 8 | 26,32% | 100,00% | 8 | 31,50% | 100,00% | 8 |
| Bages - Solsonès | 16,72% | 100,00% | 15 | 20,59% | 100,00% | 15 | 22,70% | 100,00% | 15 | 24,3% | 100,00% | 15 |
| Berguedà | 19,79% | 100,00% | 3 | 24,13% | 100,00% | 3 | 26,65% | 100,00% | 3 | 28,80% | 100,00% | 3 |
| Osona | 24,25% | 100,00% | 10 | 27,05% | 100,00% | 10 | 28,91% | 100,00% | 10 | 30,80% | 100,00% | 10 |
| Alt Penedès | 18,50% | 100,00% | 3 | 22,78% | 100,00% | 3 | 25,02% | 100,00% | 3 | 27,40% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fontsebia | 21,84% | 100,00% | 13 | 25,58% | 100,00% | 13 | 27,37% | 100,00% | 13 | 29,90% | 100,00% | 13 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 20,42% | 100,00% | 15 | 24,41% | 100,00% | 15 | 26,45% | 100,00% | 15 | 29,20% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 20,80% | 100,00% | 11 | 25,20% | 100,00% | 11 | 27,88% | 100,00% | 11 | 30,60% | 100,00% | 11 |
| Baix Llobregat Nord | 22,47% | 100,00% | 5 | 26,44% | 100,00% | 5 | 28,49% | 100,00% | 5 | 31,00% | 100,00% | 5 |
| Baix Montseny | 20,93% | 100,00% | 1 | 23,59% | 100,00% | 1 | 25,61% | 100,00% | 1 | 28,40% | 100,00% | 1 |
| Barcelona | 22,44% | 93,94% | 62 | 26,17% | 100,00% | 66 | 27,96% | 100,00% | 66 | 30,10% | 97,0% | 65 |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 22,26% | 73,91% | 17 | 26,35% | 100,00% | 22 | 27,88% | 100,00% | 23 | 30,10% | 95,7% | 22 |
| Garraf | 18,33% | 100,00% | 5 | 22,65% | 100,00% | 5 | 24,94% | 100,00% | 5 | 27,20% | 80,0% | 4 |
| Vallès Oriental Central | 21,19% | 100,00% | 10 | 24,53% | 100,00% | 10 | 26,48% | 100,00% | 10 | 29,50% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 21,42% | 100,00% | 12 | 25,85% | 100,00% | 12 | 27,73% | 100,00% | 12 | 29,80% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 19,78% | 100,00% | 5 | 23,19% | 100,00% | 5 | 25,28% | 100,00% | 5 | 27,60% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 19,92% | 100,00% | 18 | 23,40% | 100,00% | 18 | 25,27% | 100,00% | 18 | 28,10% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 20,70% | 100,00% | 10 | 23,74% | 100,00% | 11 | 26,20% | 100,00% | 12 | 29,40% | 100,00% | 12 |
| Alta Ribagorça | 12,53% | 100,00% | 1 | 16,99% | 100,00% | 1 | 19,89% | 100,00% | 1 | 24,60% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 21,10% | 97,13% | 339 | 24,80% | 100,00% | 351 | 26,90% | 100,00% | 356 | 29,50% | 100,00% | 377 |

| Utilització de nous medicaments que no aporten valor afegit (percentatge d'envasos) <i>Referència:</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|-----|--------------------|----------------|-----|--------------------|----------------|-----|--------------------|----------------|-----|--------------------|
| | Indicador AP11 | n | % UP dades vàlides | Indicador AP10 | n | % UP dades vàlides | Indicador AP10 | n | % UP dades vàlides | Indicador AP11 | n | % UP dades vàlides |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 2,69% | 2 | 100,00% | 3,25% | 2 | 100,00% | 2,84% | 2 | 100,00% | 2,67% | 2 | 100,00% |
| Cerdanya | 2,73% | 1 | 100,00% | 3,14% | 1 | 100,00% | 3,05% | 1 | 100,00% | 3,28% | 1 | 100,00% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 2,47% | 3 | 100,00% | 3,00% | 3 | 100,00% | 2,68% | 3 | 100,00% | 2,42% | 3 | 100,00% |
| Vall d'Aran | 2,26% | 1 | 100,00% | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Leida | 3,15% | 22 | 100,00% | 3,49% | 22 | 100,00% | 3,46% | 22 | 100,00% | | 0 | 0,0% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 2,73% | 4 | 100,00% | 3,62% | 4 | 100,00% | 3,69% | 4 | 100,00% | 3,36% | 4 | 100,00% |
| Baix Camp | 2,46% | 12 | 100,00% | 3,33% | 12 | 100,00% | 3,26% | 12 | 100,00% | 3,11% | 12 | 100,00% |
| Baix Penedès | 2,90% | 3 | 100,00% | 3,72% | 3 | 100,00% | 3,73% | 3 | 100,00% | 3,43% | 3 | 100,00% |
| Tarragonès | 2,73% | 13 | 100,00% | 3,86% | 13 | 100,00% | 3,63% | 13 | 100,00% | 3,06% | 13 | 100,00% |
| Alt Empordà | 2,73% | 4 | 100,00% | 3,53% | 4 | 100,00% | 3,26% | 4 | 100,00% | 2,94% | 4 | 100,00% |
| Baix Ebre | 2,95% | 5 | 100,00% | 3,29% | 5 | 100,00% | 3,47% | 5 | 100,00% | 3,10% | 5 | 100,00% |
| Montsià | 3,51% | 3 | 100,00% | 3,96% | 3 | 100,00% | 4,06% | 3 | 100,00% | 3,66% | 3 | 100,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 2,63% | 8 | 100,00% | 2,62% | 8 | 100,00% | 2,52% | 8 | 100,00% | 2,53% | 8 | 100,00% |
| Baix Empordà | 2,36% | 5 | 100,00% | 2,90% | 5 | 100,00% | 2,80% | 5 | 100,00% | 2,72% | 5 | 100,00% |
| Alt Empordà | 2,53% | 8 | 100,00% | 2,79% | 8 | 100,00% | 2,73% | 8 | 100,00% | 2,61% | 8 | 100,00% |
| Garrotxa | 2,44% | 4 | 100,00% | 2,83% | 4 | 100,00% | 2,68% | 4 | 100,00% | 2,52% | 4 | 100,00% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 2,44% | 14 | 100,00% | 2,97% | 14 | 100,00% | 2,78% | 14 | 100,00% | 2,62% | 14 | 100,00% |
| Ripollès | 2,59% | 3 | 100,00% | 2,85% | 3 | 100,00% | 2,93% | 3 | 100,00% | 2,69% | 3 | 100,00% |
| Anoia | 3,12% | 8 | 100,00% | 3,43% | 8 | 100,00% | 3,32% | 8 | 100,00% | 3,32% | 1 | 14,3% |
| Bages - Solsonès | 3,36% | 15 | 100,00% | 3,83% | 15 | 100,00% | 3,78% | 15 | 100,00% | | 0 | 0,0% |
| Berguedà | 2,65% | 3 | 100,00% | 2,91% | 3 | 100,00% | 2,84% | 3 | 100,00% | | 0 | 0,0% |
| Osona | 1,82% | 10 | 100,00% | 2,21% | 10 | 100,00% | 2,27% | 11 | 100,00% | | 0 | 0,0% |
| Alt Penedès | 2,42% | 3 | 100,00% | 2,86% | 3 | 100,00% | 2,87% | 3 | 100,00% | 2,69% | 3 | 100,00% |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 2,27% | 13 | 100,00% | 2,79% | 14 | 100,00% | 2,83% | 14 | 100,00% | 2,72% | 14 | 100,00% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 2,45% | 15 | 100,00% | 2,83% | 15 | 100,00% | 2,78% | 15 | 100,00% | 2,56% | 15 | 100,00% |
| Baix Llobregat Litoral | 2,68% | 11 | 100,00% | 3,10% | 10 | 100,00% | 3,05% | 12 | 100,00% | 2,78% | 12 | 100,00% |
| Baix Llobregat Nord | 2,51% | 5 | 100,00% | 2,65% | 6 | 100,00% | 2,60% | 7 | 100,00% | 2,27% | 7 | 100,00% |
| Baix Montseny | 2,45% | 1 | 100,00% | 2,87% | 1 | 100,00% | 3,00% | 2 | 100,00% | 2,78% | 2 | 100,00% |
| Barcelona | 2,33% | 62 | 93,94% | 2,92% | 66 | 100,00% | 2,98% | 66 | 100,00% | 2,85% | 65 | 97,0% |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 2,55% | 17 | 73,91% | 2,99% | 22 | 100,00% | 3,06% | 23 | 100,00% | 2,84% | 22 | 85,7% |
| Garraf | 2,69% | 5 | 100,00% | 3,12% | 5 | 100,00% | 3,05% | 5 | 100,00% | 3,18% | 4 | 80,0% |
| Vallès Oriental Central | 2,69% | 10 | 100,00% | 3,23% | 10 | 100,00% | 3,36% | 10 | 100,00% | 3,11% | 10 | 100,00% |
| Maresme | 2,54% | 12 | 100,00% | 2,83% | 12 | 100,00% | 2,84% | 12 | 100,00% | 2,55% | 12 | 100,00% |
| Baix Vallès | 3,07% | 5 | 100,00% | 3,36% | 5 | 100,00% | 3,55% | 5 | 100,00% | 3,27% | 5 | 100,00% |
| Vallès Occidental Est | 2,68% | 18 | 100,00% | 3,04% | 18 | 100,00% | 3,10% | 18 | 100,00% | 2,65% | 18 | 100,00% |
| Vallès Occidental Oest | 2,46% | 10 | 100,00% | 2,81% | 11 | 100,00% | 2,89% | 12 | 100,00% | 2,68% | 12 | 100,00% |
| Alta Ribagorça | 2,90% | 1 | 100,00% | 3,38% | 1 | 100,00% | 3,12% | 1 | 100,00% | 3,19% | 1 | 100,00% |
| Catalunya | 2,57% | 339 | 97,13% | 3,05% | 351 | 100,00% | 3,50% | 356 | 100,00% | 2,81% | 295 | 87,6% |

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|-----------|---|--------------------|-----------|---|--------------------|-----------------|-----|--------------------|-----------------|-----|--------------------|
| | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador AP11a | n | % UP dades vàlides | Indicador AP12a | n | % UP dades vàlides |
| Alt Urgell | N/A | | | N/A | | | 0,28 | 2 | 100,00% | 0,25 | 2 | 100,00% |
| Cerdanya | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 1 | 100,00% | 0,29 | 1 | 100,00% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 3 | 100,00% | 0,29 | 3 | 100,00% |
| Val d'Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | N/A | | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 0,36 | 22 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 4 | 100,00% | 0,26 | 4 | 100,00% |
| Baix Camp | N/A | | | N/A | | | 0,34 | 12 | 100,00% | 0,30 | 12 | 100,00% |
| Baix Penedès | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 3 | 100,00% | 0,28 | 3 | 100,00% |
| Tarragonès | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 13 | 100,00% | 0,28 | 13 | 100,00% |
| Alt Ebre | N/A | | | N/A | | | 0,36 | 4 | 100,00% | 0,26 | 1 | 25,00% |
| Baix Ebre | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 5 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Montsià | N/A | | | N/A | | | 0,37 | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | | | N/A | | | 0,28 | 8 | 100,00% | 0,24 | 8 | 100,00% |
| Baix Empordà | N/A | | | N/A | | | 0,29 | 5 | 100,00% | 0,26 | 5 | 100,00% |
| Alt Empordà | N/A | | | N/A | | | 0,27 | 8 | 100,00% | 0,24 | 8 | 100,00% |
| Garrotxa | N/A | | | N/A | | | 0,34 | 4 | 100,00% | 0,29 | 4 | 100,00% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 14 | 100,00% | 0,28 | 14 | 100,00% |
| Ripollès | N/A | | | N/A | | | 0,35 | 3 | 100,00% | 0,30 | 3 | 100,00% |
| Anoia | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 8 | 100,00% | 0,24 | 1 | 14,30% |
| Bages - Solsonès | N/A | | | N/A | | | 0,37 | 15 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Berguedà | N/A | | | N/A | | | 0,28 | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Osona | N/A | | | N/A | | | 0,24 | 11 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Penedès | N/A | | | N/A | | | 0,34 | 3 | 100,00% | 0,31 | 3 | 100,00% |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | N/A | | | N/A | | | 0,29 | 14 | 100,00% | 0,26 | 14 | 100,00% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 15 | 100,00% | 0,29 | 15 | 100,00% |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 12 | 100,00% | 0,27 | 12 | 100,00% |
| Baix Llobregat Nord | N/A | | | N/A | | | 0,30 | 7 | 100,00% | 0,26 | 7 | 100,00% |
| Baix Montseny | N/A | | | N/A | | | 0,29 | 2 | 100,00% | 0,25 | 2 | 100,00% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 66 | 100,00% | 0,28 | 65 | 97,00% |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 23 | 100,00% | 0,28 | 22 | 95,70% |
| Garraf | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 5 | 100,00% | 0,27 | 4 | 80,00% |
| Vallès Oriental Central | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 10 | 100,00% | 0,27 | 10 | 100,00% |
| Maresme | N/A | | | N/A | | | 0,29 | 12 | 100,00% | 0,26 | 12 | 100,00% |
| Baix Vallès | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 5 | 100,00% | 0,28 | 5 | 100,00% |
| Vallès Occidental Est | N/A | | | N/A | | | 0,35 | 18 | 100,00% | 0,30 | 18 | 100,00% |
| Vallès Occidental Oest | N/A | | | N/A | | | 0,30 | 12 | 100,00% | 0,26 | 12 | 100,00% |
| Alt Ribagorça | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 1 | 100,00% | 0,30 | 1 | 100,00% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 356 | 100,00% | 0,28 | 284 | 79,60% |

| Cost mitjà per DDD d'ECA + ARA II (mitjana deuros) <i>Referència: ...</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|-----------|---|--------------------|-----------|---|--------------------|-----------------|-----|--------------------|-----------------|-----|--------------------|
| | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador AP11c | n | % UP dades vàlides | Indicador AP12c | n | % UP dades vàlides |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | N/A | | | N/A | | | 0,35 | 2 | 100,00% | 0,33 | 2 | 100,00% |
| Cerdanya | N/A | | | N/A | | | 0,39 | 1 | 100,00% | 0,37 | 1 | 100,00% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 3 | 100,00% | 0,31 | 3 | 100,00% |
| Val d'Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 0,36 | 22 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 4 | 100,00% | 0,30 | 4 | 100,00% |
| Baix Camp | N/A | | | N/A | | | 0,34 | 12 | 100,00% | 0,33 | 12 | 100,00% |
| Baix Penedès | N/A | | | N/A | | | 0,39 | 3 | 100,00% | 0,37 | 3 | 100,00% |
| Tarragonès | N/A | | | N/A | | | 0,36 | 13 | 100,00% | 0,34 | 13 | 100,00% |
| Altrebat | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 4 | 100,00% | 0,26 | 1 | 25,00% |
| Baix Ebre | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 5 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Montsià | N/A | | | N/A | | | 0,36 | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 8 | 100,00% | 0,30 | 8 | 100,00% |
| Baix Empordà | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 5 | 100,00% | 0,30 | 5 | 100,00% |
| Alt Empordà | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 8 | 100,00% | 0,30 | 8 | 100,00% |
| Garrotxa | N/A | | | N/A | | | 0,30 | 4 | 100,00% | 0,28 | 4 | 100,00% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | | | N/A | | | 0,30 | 14 | 100,00% | 0,29 | 14 | 100,00% |
| Ripollès | N/A | | | N/A | | | 0,35 | 3 | 100,00% | 0,34 | 3 | 100,00% |
| Anoia | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 8 | 100,00% | 0,35 | 1 | 14,30% |
| Bages - Solsonès | N/A | | | N/A | | | 0,39 | 15 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Berguedà | N/A | | | N/A | | | 0,32 | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Osona | N/A | | | N/A | | | 0,28 | 11 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Penedès | N/A | | | N/A | | | 0,34 | 3 | 100,00% | 0,32 | 3 | 100,00% |
| Baix Llobregat Centre - Font Santa | N/A | | | N/A | | | 0,28 | 14 | 100,00% | 0,27 | 14 | 100,00% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 15 | 100,00% | 0,30 | 15 | 100,00% |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 12 | 100,00% | 0,30 | 12 | 100,00% |
| Baix Llobregat Nord | N/A | | | N/A | | | 0,30 | 7 | 100,00% | 0,29 | 7 | 100,00% |
| Baix Montseny | N/A | | | N/A | | | 0,28 | 2 | 100,00% | 0,27 | 2 | 100,00% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 66 | 100,00% | 0,32 | 65 | 97,00% |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 23 | 100,00% | 0,29 | 22 | 95,70% |
| Garraf | N/A | | | N/A | | | 0,35 | 5 | 100,00% | 0,35 | 4 | 80,00% |
| Vallès Oriental Central | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 10 | 100,00% | 0,31 | 10 | 100,00% |
| Maresme | N/A | | | N/A | | | 0,31 | 12 | 100,00% | 0,30 | 12 | 100,00% |
| Baix Vallès | N/A | | | N/A | | | 0,34 | 5 | 100,00% | 0,33 | 5 | 100,00% |
| Vallès Occidental Est | N/A | | | N/A | | | 0,30 | 18 | 100,00% | 0,28 | 18 | 100,00% |
| Vallès Occidental Oest | N/A | | | N/A | | | 0,33 | 12 | 100,00% | 0,32 | 12 | 100,00% |
| Alta Ribagorça | N/A | | | N/A | | | 0,44 | 1 | 100,00% | 0,41 | 1 | 100,00% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 0,320 | 356 | 100,00% | 0,31 | 284 | 79,60% |

| Cost mitjà per DDD d'ISRS + AD de nova generació (mitjana d'euros) <i>Referència:</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|-----------|---|--------------------|-----------|---|--------------------|-----------------|-----|--------------------|-----------------|----|--------------------|
| | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador AP11d | n | % UP dades vàlides | Indicador AP12d | n | % UP dades vàlides |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | N/A | | | N/A | | | 0,79 | 2 | 100,00% | 0,74 | 2 | 100,00% |
| Cerdanya | N/A | | | N/A | | | 0,72 | 1 | 100,00% | 0,69 | 1 | 100,00% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | | | N/A | | | 0,72 | 3 | 100,00% | 0,68 | 3 | 100,00% |
| Val d'Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | 0 | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 0,76 | 22 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | | | N/A | | | 0,74 | 4 | 100,00% | 0,70 | 4 | 100,00% |
| Baix Camp | N/A | | | N/A | | | 0,71 | 12 | 100,00% | 0,68 | 12 | 100,00% |
| Baix Penedès | N/A | | | N/A | | | 0,74 | 3 | 100,00% | 0,72 | 3 | 100,00% |
| Tarragonès | N/A | | | N/A | | | 0,74 | 13 | 100,00% | 0,70 | 13 | 100,00% |
| Allebrat | N/A | | | N/A | | | 0,71 | 4 | 100,00% | 0,63 | 1 | 25,00% |
| Baix Ebre | N/A | | | N/A | | | 0,67 | 5 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Montsià | N/A | | | N/A | | | 0,76 | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | | | N/A | | | 0,67 | 8 | 100,00% | 0,62 | 2 | 25,00% |
| Baix Empordà | N/A | | | N/A | | | 0,65 | 5 | 100,00% | 0,61 | 5 | 100,00% |
| Alt Empordà | N/A | | | N/A | | | 0,69 | 8 | 100,00% | 0,65 | 8 | 100,00% |
| Garrotxa | N/A | | | N/A | | | 0,70 | 4 | 100,00% | 0,66 | 4 | 100,00% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | | | N/A | | | 0,67 | 14 | 100,00% | 0,63 | 14 | 100,00% |
| Ripollès | N/A | | | N/A | | | 0,75 | 3 | 100,00% | 0,71 | 3 | 100,00% |
| Anoia | N/A | | | N/A | | | 0,71 | 8 | 100,00% | 0,61 | 1 | 14,30% |
| Bages - Solsonès | N/A | | | N/A | | | 0,75 | 15 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Berguedà | N/A | | | N/A | | | 0,70 | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Osona | N/A | | | N/A | | | 0,66 | 11 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Penedès | N/A | | | N/A | | | 0,73 | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Baix Llobregat Centre - Font Santa | N/A | | | N/A | | | 0,67 | 14 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | | | N/A | | | 0,70 | 15 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | | | N/A | | | 0,68 | 12 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Baix Llobregat Nord | N/A | | | N/A | | | 0,70 | 7 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Baix Montseny | N/A | | | N/A | | | 0,68 | 2 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 0,67 | 66 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | N/A | | | N/A | | | 0,66 | 23 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Garraf | N/A | | | N/A | | | 0,68 | 5 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Vallès Oriental Central | N/A | | | N/A | | | 0,67 | 10 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Maresme | N/A | | | N/A | | | 0,66 | 12 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Baix Vallès | N/A | | | N/A | | | 0,70 | 5 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Vallès Occidental Est | N/A | | | N/A | | | 0,72 | 18 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Vallès Occidental Oest | N/A | | | N/A | | | 0,66 | 12 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alta Ribagorça | N/A | | | N/A | | | 0,76 | 1 | 100,00% | 0,74 | 1 | 100,00% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 0,69 | 356 | 100,00% | 0,66 | 77 | 21,60% |

| Cost mitjà per DDD de bifosfonats (mitjana d'euros) <i>Referència:</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|-----------|---|--------------------|-----------|---|--------------------|-----------------|-----|--------------------|-----------------|-----|--------------------|
| | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador AP11e | n | % UP dades vàlides | Indicador AP12e | n | % UP dades vàlides |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | N/A | | | N/A | | | 1,23 | 2 | 100,00% | 1,19 | 2 | 100,00% |
| Cerdanya | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 1 | 100,00% | 1,07 | 1 | 100,00% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | | | N/A | | | 1,16 | 3 | 100,00% | 1,12 | 3 | 100,00% |
| Val d'Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | N/A | | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 1,18 | 22 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | | | N/A | | | 1,11 | 4 | 100,00% | 1,02 | 4 | 100,00% |
| Baix Camp | N/A | | | N/A | | | 1,12 | 12 | 100,00% | 1,05 | 12 | 100,00% |
| Baix Penedès | N/A | | | N/A | | | 1,07 | 3 | 100,00% | 1,01 | 3 | 100,00% |
| Tarragonès | N/A | | | N/A | | | 1,12 | 13 | 100,00% | 1,06 | 13 | 100,00% |
| Allebrat | N/A | | | N/A | | | 1,11 | 4 | 100,00% | 1,00 | 1 | 25,00% |
| Baix Ebre | N/A | | | N/A | | | 1,12 | 5 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Montsià | N/A | | | N/A | | | 1,13 | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 8 | 100,00% | 0,98 | 8 | 100,00% |
| Baix Empordà | N/A | | | N/A | | | 1,10 | 5 | 100,00% | 1,07 | 5 | 100,00% |
| Alt Empordà | N/A | | | N/A | | | 1,10 | 8 | 100,00% | 1,05 | 8 | 100,00% |
| Garrotxa | N/A | | | N/A | | | 1,16 | 4 | 100,00% | 1,11 | 4 | 100,00% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 14 | 100,00% | 1,04 | 14 | 100,00% |
| Ripollès | N/A | | | N/A | | | 1,05 | 3 | 100,00% | 1,01 | 3 | 100,00% |
| Anoia | N/A | | | N/A | | | 1,05 | 8 | 100,00% | 0,92 | 1 | 14,30% |
| Bages - Solsonès | N/A | | | N/A | | | 1,16 | 15 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Berguedà | N/A | | | N/A | | | 1,08 | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Osona | N/A | | | N/A | | | 1,03 | 11 | 100,00% | | 0 | 0,00% |
| Alt Penedès | N/A | | | N/A | | | 1,10 | 3 | 100,00% | 0,94 | 3 | 100,00% |
| Baix Llobregat Centre - Font Santa | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 14 | 100,00% | 0,96 | 14 | 100,00% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | | | N/A | | | 1,07 | 15 | 100,00% | 0,97 | 15 | 100,00% |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 12 | 100,00% | 0,96 | 12 | 100,00% |
| Baix Llobregat Nord | N/A | | | N/A | | | 1,06 | 7 | 100,00% | 0,99 | 7 | 100,00% |
| Baix Montseny | N/A | | | N/A | | | 1,11 | 2 | 100,00% | 0,97 | 2 | 100,00% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 1,08 | 66 | 100,00% | 0,96 | 65 | 97,00% |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 23 | 100,00% | 0,96 | 22 | 95,70% |
| Garraf | N/A | | | N/A | | | 1,10 | 5 | 100,00% | 0,95 | 4 | 80,00% |
| Vallès Oriental Central | N/A | | | N/A | | | 1,10 | 10 | 100,00% | 0,96 | 10 | 100,00% |
| Maresme | N/A | | | N/A | | | 1,08 | 12 | 100,00% | 0,96 | 12 | 100,00% |
| Baix Vallès | N/A | | | N/A | | | 1,11 | 5 | 100,00% | 0,94 | 5 | 100,00% |
| Vallès Occidental Est | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 18 | 100,00% | 0,97 | 18 | 100,00% |
| Vallès Occidental Oest | N/A | | | N/A | | | 1,06 | 12 | 100,00% | 0,98 | 12 | 100,00% |
| Alta Ribagorça | N/A | | | N/A | | | 1,08 | 1 | 100,00% | 1,00 | 1 | 100,00% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 1,09 | 356 | 100,00% | 0,98 | 284 | 79,60% |

| Realització de l'autoavaluació de les actuacions de millora (sí/no) <i>Referència: (5)</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|-----------|-----|--------------------|-----------|---|--------------------|----------------|-----|--------------------|-----------|---|--------------------|
| | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador AP12 | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 2 | 100,00% | N/A | | |
| Cerdanya | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 1 | 100,00% | N/A | | |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Val d'Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 22 | 100,00% | N/A | | |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 4 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Camp | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 12 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Penedès | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Tarragonès | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 13 | 100,00% | N/A | | |
| Altrebrat | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 4 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Ebre | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | |
| Montsià | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 8 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Empordà | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | |
| Alt Empordà | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 7 | 87,50% | N/A | | |
| Garrotxa | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 4 | 100,00% | N/A | | |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 14 | 100,00% | N/A | | |
| Ripollès | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Anoia | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 7 | 87,50% | N/A | | |
| Bages - Solsonès | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 20,00% | N/A | | |
| Berguedà | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Osona | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 5 | 45,45% | N/A | | |
| Alt Penedès | N/A | | | N/A | | | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat Centre - Font Santa | N/A | | | N/A | | | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 2 | 13,33% | N/A | | |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 1 | 8,33% | N/A | | |
| Baix Llobregat Nord | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 1 | 14,29% | N/A | | |
| Baix Montseny | N/A | | | N/A | | | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 60 | 90,91% | N/A | | |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 23 | 100,00% | N/A | | |
| Garraf | N/A | | | N/A | | | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Vallès Oriental Central | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 12 | 100,00% | N/A | | |
| Maresme | N/A | | | N/A | | | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Baix Vallès | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 7 | 38,89% | N/A | | |
| Vallès Occidental Est | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 7 | 38,89% | N/A | | |
| Vallès Occidental Oest | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 10 | 83,33% | N/A | | |
| Alta Ribagorça | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 1 | 100,00% | N/A | | |
| Catalunya | 56,70% | 349 | 100,00% | N/A | | | 100,00% | 245 | 68,82% | N/A | | |

| Referència: | 2006 | | | | 2007 | | | | 2008 | | | | 2009 | | | |
|--|-----------|--------------------|-----|--|----------------|--------------------|-----|--|-----------|--------------------|-----|--|----------------|--------------------|-----|--|
| | Indicador | % UP dades vàlides | n | | Indicador AP11 | % UP dades vàlides | n | | Indicador | % UP dades vàlides | n | | Indicador AP13 | % UP dades vàlides | n | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | N/A | 100,00% | 2 | | 100,00% | 100,00% | 2 | | N/A | 100,00% | 2 | | 100,00% | 100,00% | 2 | |
| Cerdanya | N/A | 100,00% | 1 | | 100,00% | 100,00% | 1 | | N/A | 100,00% | 1 | | 100,00% | 100,00% | 1 | |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 3 | | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 3 | |
| Val d'Aran | N/A | N/A | | | N/A | N/A | | | N/A | N/A | | | N/A | N/A | | |
| Lleida | N/A | 100,00% | 22 | | 100,00% | 100,00% | 22 | | N/A | 100,00% | 22 | | 100,00% | 100,00% | 22 | |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | 100,00% | 4 | | 100,00% | 100,00% | 4 | | N/A | 100,00% | 4 | | 100,00% | 100,00% | 4 | |
| Baix Camp | N/A | 100,00% | 12 | | 100,00% | 100,00% | 12 | | N/A | 100,00% | 12 | | 100,00% | 83,3% | 10 | |
| Baix Penedès | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 3 | | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 3 | |
| Tarragonès | N/A | 100,00% | 13 | | 100,00% | 100,00% | 13 | | N/A | 100,00% | 13 | | 100,00% | 100,00% | 13 | |
| Allebrat | N/A | 100,00% | 4 | | 100,00% | 100,00% | 4 | | N/A | 100,00% | 4 | | 100,00% | 100,00% | 4 | |
| Baix Ebre | N/A | 100,00% | 5 | | 100,00% | 100,00% | 5 | | N/A | 100,00% | 5 | | 100,00% | 100,00% | 5 | |
| Montsià | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 3 | | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 3 | |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | 100,00% | 8 | | 100,00% | 100,00% | 8 | | N/A | 100,00% | 8 | | 100,00% | 100,00% | 8 | |
| Baix Empordà | N/A | 100,00% | 5 | | 100,00% | 100,00% | 5 | | N/A | 100,00% | 5 | | 100,00% | 100,00% | 5 | |
| Alt Empordà | N/A | 100,00% | 8 | | 100,00% | 100,00% | 8 | | N/A | 100,00% | 8 | | 100,00% | 100,00% | 8 | |
| Garrotxa | N/A | 100,00% | 4 | | 100,00% | 100,00% | 4 | | N/A | 100,00% | 4 | | 100,00% | 100,00% | 4 | |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | 100,00% | 14 | | 100,00% | 100,00% | 14 | | N/A | 100,00% | 14 | | 100,00% | 100,00% | 14 | |
| Ripollès | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 3 | | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 3 | |
| Anoia | N/A | 100,00% | 8 | | 100,00% | 100,00% | 8 | | N/A | 100,00% | 8 | | 100,00% | 100,00% | 8 | |
| Bages - Solsonès | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 20,00% | 3 | | N/A | 20,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 7 | |
| Berguedà | N/A | 100,00% | 0 | | 100,00% | 0,00% | 0 | | N/A | 0,00% | 0 | | 100,00% | 100,00% | 15 | |
| Osona | N/A | 100,00% | 6 | | 100,00% | 60,00% | 6 | | N/A | 60,00% | 6 | | 100,00% | 100,00% | 3 | |
| Alt Penedès | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 3 | | N/A | 100,00% | 3 | | 100,00% | 100,00% | 11 | |
| Baix Llobregat Centre - Font Santa | N/A | 100,00% | 0 | | 100,00% | 0,00% | 0 | | N/A | 0,00% | 0 | | 100,00% | 100,00% | 3 | |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | 100,00% | 12 | | 100,00% | 80,00% | 12 | | N/A | 80,00% | 12 | | 100,00% | 100,00% | 2 | |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | 100,00% | 1 | | 100,00% | 10,00% | 1 | | N/A | 10,00% | 1 | | 100,00% | 100,00% | 12 | |
| Baix Llobregat Nord | N/A | 100,00% | 6 | | 100,00% | 100,00% | 6 | | N/A | 100,00% | 6 | | 100,00% | 14,3% | 1 | |
| Baix Montseny | N/A | 100,00% | 1 | | 100,00% | 100,00% | 1 | | N/A | 100,00% | 1 | | 100,00% | 100,00% | 2 | |
| Barcelona | N/A | 100,00% | 56 | | 100,00% | 84,85% | 56 | | N/A | 84,85% | 56 | | 100,00% | 98,5% | 66 | |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | N/A | 100,00% | 16 | | 100,00% | 72,73% | 16 | | N/A | 72,73% | 16 | | 100,00% | 30,4% | 7 | |
| Garraf | N/A | 100,00% | 5 | | 100,00% | 100,00% | 5 | | N/A | 100,00% | 5 | | 100,00% | 100,00% | 5 | |
| Vallès Oriental Central | N/A | 100,00% | 9 | | 100,00% | 90,00% | 9 | | N/A | 90,00% | 9 | | 100,00% | 90,0% | 9 | |
| Maresme | N/A | 100,00% | 12 | | 100,00% | 100,00% | 12 | | N/A | 100,00% | 12 | | 100,00% | 100,00% | 12 | |
| Baix Vallès | N/A | 100,00% | 5 | | 100,00% | 100,00% | 5 | | N/A | 100,00% | 5 | | 100,00% | 100,00% | 5 | |
| Vallès Occidental Est | N/A | 100,00% | 6 | | 100,00% | 33,33% | 6 | | N/A | 33,33% | 6 | | 100,00% | 94,4% | 17 | |
| Vallès Occidental Oest | N/A | 100,00% | 9 | | 100,00% | 81,82% | 9 | | N/A | 81,82% | 9 | | 100,00% | 100,00% | 12 | |
| Alta Ribagorça | N/A | 100,00% | 1 | | 100,00% | 100,00% | 1 | | N/A | 100,00% | 1 | | 100,00% | 100,00% | 1 | |
| Catalunya | N/A | 100,00% | 273 | | 100,00% | 77,8% | 273 | | N/A | 77,8% | 273 | | 100,00% | 84,6% | 302 | |

| Implantació d'actuacions de millora sobre el temps de demora en les activitats programades (percentatge d'EAP) <i>Referència: https://www.gub.cat</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|-----------|---|--------------------|-----------|---|--------------------|-----------|---|--------------------|----------------|-----|--------------------|
| | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador | n | % UP dades vàlides | Indicador AP14 | n | % UP dades vàlides |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 2 | 100,00% |
| Cerdanya | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 1 | 100,00% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 100,00% |
| Val d'Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 22 | 100,00% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 4 | 100,00% |
| Baix Camp | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 9 | 75,00% |
| Baix Penedès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 100,00% |
| Tarragonès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 13 | 100,00% |
| Altrebrat | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 4 | 100,00% |
| Baix Ebre | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 5 | 100,00% |
| Montsià | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 100,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 8 | 100,00% |
| Baix Empordà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 5 | 100,00% |
| Alt Empordà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 8 | 100,00% |
| Garrotxa | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 4 | 100,00% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 14 | 100,00% |
| Ripollès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 100,00% |
| Anoia | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 7 | 100,00% |
| Bages - Solsonès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 15 | 100,00% |
| Berguedà | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 3 | 100,00% |
| Osona | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 11 | 100,00% |
| Alt Penedès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 0 | 0,00% |
| Baix Llobregat Centre - Font Santa | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 0 | 0,00% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 2 | 13,30% |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 12 | 100,00% |
| Baix Llobregat Nord | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 1 | 14,30% |
| Baix Montseny | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 2 | 100,00% |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 67 | 100,00% |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 16 | 69,60% |
| Garraf | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 0 | 0,00% |
| Vallès Oriental Central | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 10 | 100,00% |
| Maresme | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 12 | 100,00% |
| Baix Vallès | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 5 | 100,00% |
| Vallès Occidental Est | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 18 | 100,00% |
| Vallès Occidental Oest | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 12 | 100,00% |
| Alta Ribagorça | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 1 | 100,00% |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | N/A | | | 100,00% | 305 | 85,40% |

| Subministrament de dades al CatSalut (percentatge de dades) <i>Estandard: mínim 90%</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|-----------------|-------------------|-----|-----------------|-------------------|-----|-----------------|-------------------|-----|-----------------|-------------------|-----|
| | Indicador AP14a | %UP dades vàlides | n | Indicador AP13a | %UP dades vàlides | n | Indicador AP14a | %UP dades vàlides | n | Indicador AP15a | %UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 68,38% | 100,00% | 2 | 82,49% | 100,00% | 2 | 96,39% | 100,00% | 2 | 97,50% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | 68,38% | 100,00% | 1 | 95,33% | 100,00% | 1 | 98,48% | 100,00% | 1 | 98,90% | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 66,38% | 100,00% | 3 | 82,10% | 100,00% | 3 | 94,42% | 100,00% | 3 | 95,70% | 100,00% | 3 |
| Val d'Aran | 0,00% | 100,00% | 1 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 87,96% | 100,00% | 22 | 90,56% | 100,00% | 22 | 96,73% | 100,00% | 22 | 82,30% | 100,00% | 22 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 89,53% | 100,00% | 4 | 95,63% | 100,00% | 4 | 98,67% | 100,00% | 4 | 98,80% | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 89,32% | 100,00% | 12 | 97,05% | 100,00% | 12 | 92,78% | 100,00% | 12 | 98,30% | 100,00% | 12 |
| Baix Penedès | 86,32% | 100,00% | 3 | 94,68% | 100,00% | 3 | 94,42% | 100,00% | 3 | 92,40% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 84,81% | 100,00% | 13 | 95,27% | 100,00% | 13 | 97,78% | 100,00% | 13 | 96,80% | 100,00% | 13 |
| Albeirat | 50,00% | 100,00% | 4 | 90,76% | 100,00% | 4 | 96,29% | 100,00% | 4 | 94,80% | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | 35,90% | 100,00% | 5 | 76,81% | 100,00% | 5 | 95,67% | 100,00% | 5 | 94,10% | 100,00% | 5 |
| Montsià | 37,04% | 100,00% | 3 | 68,22% | 100,00% | 3 | 96,07% | 100,00% | 3 | 94,20% | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 69,66% | 100,00% | 8 | 94,65% | 100,00% | 8 | 97,96% | 100,00% | 8 | 98,30% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 92,48% | 100,00% | 5 | 96,03% | 100,00% | 5 | 97,49% | 100,00% | 5 | 98,60% | 100,00% | 5 |
| Alt Empordà | 86,75% | 100,00% | 8 | 94,41% | 100,00% | 8 | 98,05% | 100,00% | 8 | 97,90% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 90,17% | 100,00% | 4 | 95,23% | 100,00% | 4 | 98,00% | 100,00% | 4 | 97,70% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 85,47% | 100,00% | 14 | 94,11% | 100,00% | 14 | 98,37% | 100,00% | 14 | 99,10% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 88,03% | 100,00% | 3 | 94,94% | 100,00% | 3 | 98,99% | 100,00% | 3 | 97,70% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 79,27% | 100,00% | 8 | 93,92% | 100,00% | 8 | 97,96% | 100,00% | 8 | 95,40% | 114,3% | 8 |
| Bages - Solsonès | 57,21% | 100,00% | 15 | 78,78% | 100,00% | 15 | 96,68% | 100,00% | 15 | 95,60% | 100,00% | 15 |
| Berguedà | 49,00% | 100,00% | 3 | 80,67% | 100,00% | 3 | 96,96% | 100,00% | 3 | 97,00% | 100,00% | 3 |
| Osona | 75,81% | 100,00% | 10 | 91,83% | 100,00% | 10 | 96,96% | 100,00% | 11 | 96,50% | 100,00% | 11 |
| Alt Penedès | 65,24% | 100,00% | 3 | 87,81% | 100,00% | 3 | 97,59% | 100,00% | 3 | 97,50% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 60,16% | 100,00% | 13 | 89,27% | 100,00% | 14 | 96,61% | 100,00% | 14 | 94,40% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 61,65% | 100,00% | 15 | 88,82% | 100,00% | 15 | 91,20% | 100,00% | 15 | 95,30% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 63,71% | 100,00% | 11 | 88,91% | 100,00% | 10 | 96,26% | 100,00% | 12 | 93,90% | 100,00% | 12 |
| Baix Llobregat Nord | 70,60% | 100,00% | 5 | 91,50% | 100,00% | 6 | 96,90% | 100,00% | 7 | 96,60% | 100,00% | 7 |
| Baix Montseny | 72,65% | 100,00% | 1 | 89,49% | 100,00% | 1 | 98,48% | 100,00% | 2 | 99,10% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 75,49% | 100,00% | 66 | 93,10% | 100,00% | 66 | 96,92% | 100,00% | 66 | 96,10% | 100,00% | 67 |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | 59,75% | 100,00% | 23 | 93,77% | 100,00% | 22 | 97,12% | 100,00% | 23 | 97,50% | 100,00% | 23 |
| Garraf | 65,64% | 100,00% | 5 | 89,42% | 100,00% | 5 | 97,57% | 100,00% | 5 | 97,90% | 100,00% | 5 |
| Vallès Oriental Central | 69,32% | 100,00% | 10 | 89,88% | 100,00% | 10 | 97,72% | 100,00% | 10 | 98,50% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 58,62% | 100,00% | 12 | 94,03% | 100,00% | 12 | 97,47% | 100,00% | 12 | 98,60% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 66,84% | 100,00% | 5 | 89,26% | 100,00% | 5 | 97,41% | 100,00% | 5 | 99,30% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 68,14% | 100,00% | 18 | 88,87% | 100,00% | 18 | 97,70% | 100,00% | 18 | 98,40% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 85,21% | 100,00% | 10 | 94,45% | 100,00% | 11 | 98,04% | 100,00% | 12 | 98,10% | 100,00% | 12 |
| Alta Ribagorça | 64,96% | 100,00% | 1 | 82,10% | 100,00% | 1 | 94,68% | 100,00% | 1 | 96,80% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 72,00% | 100,00% | 349 | 91,20% | 100,00% | 351 | 96,80% | 100,00% | 356 | 95,90% | 100,00% | 357 |

| Procés de transmissió de dades al CatSalut completat a la data establerta (percentatge d'EAP) <i>Data limit: abans de l'1 de març</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|-----------------|-------------------|------------|-----------------|-------------------|------------|-----------------|-------------------|------------|-----------------|-------------------|------------|
| | Indicador AP14b | %UP dades vàlides | n | Indicador AP13b | %UP dades vàlides | n | Indicador AP14b | %UP dades vàlides | n | Indicador AP15b | %UP dades vàlides | n |
| | Alt Urgell | 100,00% | 100,00% | 2 | 0,00% | 100,00% | 2 | 100,00% | 100,00% | 2 | 0,00% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | 100,00% | 100,00% | 1 | 0,00% | 100,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 1 | 0,00% | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 100,00% | 100,00% | 3 | 0,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 0,00% | 100,00% | 3 |
| Val d'Aran | 0,00% | 0,00% | 0 | N/A | 0,00% | 0 | N/A | 0,00% | 0 | N/A | 0,00% | 0 |
| Lleida | 100,00% | 100,00% | 22 | 0,00% | 100,00% | 0 | 100,00% | 4,55% | 1 | 0,00% | 100,00% | 22 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 100,00% | 100,00% | 12 | 100,00% | 100,00% | 12 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 12 |
| Baix Penedès | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 100,00% | 100,00% | 13 | 100,00% | 100,00% | 13 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 13 |
| Allebrat | 25,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | 0,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 5 |
| Montsià | 0,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 100,00% | 100,00% | 8 | 75,00% | 100,00% | 8 | 75,00% | 0,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 0,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 5 |
| Alt Empordà | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | 0,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | 0,00% | 4 | 100,00% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 100,00% | 100,00% | 14 | 100,00% | 100,00% | 14 | 100,00% | 0,00% | 14 | 100,00% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | 0,00% | 8 | 100,00% | 114,3% | 8 |
| Bages - Solsonès | 86,67% | 100,00% | 15 | 100,00% | 100,00% | 15 | 100,00% | 80,00% | 12 | 100,00% | 114,3% | 14 |
| Berguedà | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 |
| Osona | 100,00% | 100,00% | 10 | 100,00% | 100,00% | 10 | 20,00% | 90,91% | 10 | 100,00% | 9,1% | 1 |
| Alt Penedès | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 100,00% | 100,00% | 13 | 0,00% | 100,00% | 14 | 0,00% | 100,00% | 14 | 100,00% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 100,00% | 100,00% | 15 | 0,00% | 100,00% | 15 | 0,00% | 100,00% | 15 | 100,00% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 100,00% | 100,00% | 11 | 0,00% | 100,00% | 10 | 0,00% | 100,00% | 12 | 100,00% | 100,00% | 12 |
| Baix Llobregat Nord | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 6 | 14,29% | 100,00% | 7 | 100,00% | 100,00% | 7 |
| Baix Montseny | 100,00% | 100,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 1 | 0,00% | 100,00% | 2 | 100,00% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 100,00% | 100,00% | 66 | 59,09% | 100,00% | 66 | 25,76% | 100,00% | 66 | 100,00% | 100,00% | 67 |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | 100,00% | 100,00% | 23 | 100,00% | 100,00% | 22 | 69,57% | 100,00% | 23 | 100,00% | 100,00% | 23 |
| Garraf | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 0,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 |
| Vallès Oriental Central | 100,00% | 100,00% | 10 | 100,00% | 100,00% | 10 | 10,00% | 100,00% | 10 | 100,00% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 100,00% | 100,00% | 12 | 91,67% | 100,00% | 12 | 91,67% | 100,00% | 12 | 100,00% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 0,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 100,00% | 100,00% | 18 | 100,00% | 100,00% | 18 | 94,44% | 100,00% | 18 | 100,00% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 100,00% | 100,00% | 10 | 27,27% | 100,00% | 11 | 83,33% | 100,00% | 12 | 100,00% | 100,00% | 12 |
| Alta Ribagorça | 100,00% | 100,00% | 1 | 0,00% | 100,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 1 | 0,00% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 96,30% | 99,71% | 348 | 73,90% | 93,73% | 329 | 50,90% | 80,62% | 287 | 89,30% | 96,9% | 346 |

| Participació en un circuit de diagnòstic ràpid dels càncers de pròstata i de bufeta urinària (si/no) <i>Referència: 2006-2007</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|-----------|-------------------|-----|----------------|-------------------|---------|----------------|-------------------|---------|-----------|-------------------|---|
| | Indicador | %UP dades vàlides | n | Indicador AP15 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP15 | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0,00% | 2 | 100,00% | N/A | | |
| Cerdanya | N/A | | 1 | 100,00% | 1 | 100,00% | 0,00% | 1 | 100,00% | N/A | | |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Val d'Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | N/A | | 22 | 100,00% | 22 | 100,00% | 100,00% | 22 | 100,00% | N/A | | |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | | 4 | 100,00% | 4 | 100,00% | 0,00% | 4 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Camp | N/A | | 12 | 100,00% | 12 | 100,00% | 0,00% | 12 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Penedès | N/A | | 3 | 100,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 2 | 66,67% | N/A | | |
| Tarragonès | N/A | | 13 | 100,00% | 13 | 100,00% | 0,00% | 13 | 100,00% | N/A | | |
| Allebrat | N/A | | 4 | 25,00% | 4 | 100,00% | 0,00% | 1 | 25,00% | N/A | | |
| Baix Ebre | N/A | | 5 | 0,00% | 5 | 100,00% | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Montsià | N/A | | 3 | 0,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | | 3 | 33,33% | 3 | 37,50% | 100,00% | 7 | 87,50% | N/A | | |
| Baix Empordà | N/A | | 5 | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | |
| Alt Empordà | N/A | | 8 | 75,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | N/A | | |
| Garrotxa | N/A | | 4 | 50,00% | 4 | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | N/A | | |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | | 14 | 7,14% | 14 | 100,00% | 100,00% | 14 | 100,00% | N/A | | |
| Ripollès | N/A | | 3 | 0,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Anoia | N/A | | 8 | 0,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | N/A | | |
| Bages - Solsonès | N/A | | 3 | 100,00% | 3 | 20,00% | 100,00% | 14 | 93,33% | N/A | | |
| Berguedà | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | |
| Osona | N/A | | 2 | 50,00% | 2 | 20,00% | 100,00% | 11 | 100,00% | N/A | | |
| Alt Penedès | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat Centre - Fonsanta | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | | 9 | 100,00% | 9 | 60,00% | 100,00% | 2 | 13,33% | N/A | | |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat Nord | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0,00% | 7 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Montseny | N/A | | 1 | 100,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 2 | 100,00% | N/A | | |
| Barcelona | N/A | | 18 | 100,00% | 18 | 27,27% | 100,00% | 29 | 43,94% | N/A | | |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | N/A | | 15 | 100,00% | 15 | 68,18% | 100,00% | 14 | 60,87% | N/A | | |
| Garraf | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0,00% | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Vallès Oriental Central | N/A | | 10 | 100,00% | 10 | 100,00% | 100,00% | 10 | 100,00% | N/A | | |
| Maresme | N/A | | 3 | 100,00% | 3 | 25,00% | 100,00% | 12 | 100,00% | N/A | | |
| Baix Vallès | N/A | | 5 | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 4 | 80,00% | N/A | | |
| Vallès Occidental Est | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 100,00% | 16 | 88,89% | N/A | | |
| Vallès Occidental Oest | N/A | | 4 | 100,00% | 4 | 36,36% | 100,00% | 9 | 75,00% | N/A | | |
| Alta Ribagorça | N/A | | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0,00% | 1 | 100,00% | N/A | | |
| Catalunya | N/A | | 183 | 77,00% | 183 | 52,14% | 84,00% | 243 | 68,26% | N/A | | |

| Taxa d'hospitalitzacions evitables per ACSC (percentage d'altres) (6) <i>Referència:</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|-----|-------------------|----------------|-----|-------------------|----------------|-----|-------------------|----------------|-----|-------------------|
| | Indicador AP07 | n | %UP dades vàlides | Indicador AP07 | n | %UP dades vàlides | Indicador AP16 | n | %UP dades vàlides | Indicador AP16 | n | %UP dades vàlides |
| Alt Urgell | 7,22% | 2 | 100,00% | 8,70% | 2 | 100,00% | 8,90% | 2 | 100,00% | 9,14% | 2 | 100,00% |
| Cerdanya | 6,89% | 1 | 100,00% | 6,05% | 1 | 100,00% | 5,90% | 1 | 100,00% | 6,49% | 1 | 100,00% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 6,01% | 3 | 100,00% | 5,48% | 3 | 100,00% | 4,58% | 3 | 100,00% | 7,30% | 3 | 100,00% |
| Val d'Aran | 4,00% | 1 | 100,00% | N/A | --- | --- | N/A | --- | --- | N/A | --- | --- |
| Lleida | 6,00% | 22 | 100,00% | 6,52% | 22 | 100,00% | 6,09% | 22 | 100,00% | 7,54% | 22 | 100,00% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 6,88% | 4 | 100,00% | 6,74% | 4 | 100,00% | 6,61% | 4 | 100,00% | 8,19% | 4 | 100,00% |
| Baix Camp | 6,21% | 12 | 100,00% | 6,13% | 12 | 100,00% | 5,54% | 12 | 100,00% | 6,25% | 12 | 100,00% |
| Baix Penedès | 6,63% | 3 | 100,00% | 5,86% | 3 | 100,00% | 5,19% | 3 | 100,00% | 6,94% | 3 | 100,00% |
| Tarragonès | 5,96% | 13 | 100,00% | 6,05% | 13 | 100,00% | 5,89% | 13 | 100,00% | 6,83% | 13 | 100,00% |
| Albera | 6,47% | 4 | 100,00% | 6,29% | 4 | 100,00% | 6,30% | 4 | 100,00% | 7,67% | 4 | 100,00% |
| Baix Ebre | 6,58% | 5 | 100,00% | 6,02% | 5 | 100,00% | 5,48% | 5 | 100,00% | 6,83% | 5 | 100,00% |
| Montsià | 5,70% | 3 | 100,00% | 5,30% | 3 | 100,00% | 5,29% | 3 | 100,00% | 6,85% | 3 | 100,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 7,31% | 8 | 100,00% | 7,65% | 8 | 100,00% | 7,19% | 8 | 100,00% | 7,73% | 8 | 100,00% |
| Baix Empordà | 6,53% | 5 | 100,00% | 6,51% | 5 | 100,00% | 5,96% | 5 | 100,00% | 7,13% | 5 | 100,00% |
| Alt Empordà | 7,67% | 8 | 100,00% | 8,19% | 8 | 100,00% | 8,50% | 8 | 100,00% | 10,21% | 8 | 100,00% |
| Garrotxa | 6,08% | 4 | 100,00% | 6,20% | 4 | 100,00% | 5,51% | 4 | 100,00% | 6,47% | 4 | 75,00% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 6,67% | 14 | 100,00% | 6,38% | 14 | 100,00% | 5,86% | 14 | 100,00% | 6,54% | 14 | 100,00% |
| Ripollès | 7,26% | 3 | 100,00% | 6,81% | 3 | 100,00% | 8,56% | 3 | 100,00% | 9,07% | 3 | 100,00% |
| Anoia | 7,57% | 8 | 100,00% | 7,18% | 8 | 100,00% | 7,40% | 8 | 100,00% | 8,51% | 8 | 114,3% |
| Bages - Solsonès | 7,61% | 15 | 100,00% | 8,48% | 15 | 100,00% | 8,73% | 15 | 100,00% | 8,73% | 15 | 100,00% |
| Berguedà | 6,74% | 3 | 100,00% | 8,06% | 3 | 100,00% | 7,83% | 3 | 100,00% | 10,38% | 3 | 100,00% |
| Osona | 7,46% | 10 | 100,00% | 7,96% | 10 | 100,00% | 7,44% | 11 | 100,00% | 9,04% | 11 | 100,00% |
| Alt Penedès | 7,24% | 3 | 100,00% | 7,02% | 3 | 100,00% | 7,55% | 3 | 100,00% | 8,75% | 3 | 100,00% |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 5,60% | 13 | 100,00% | 5,86% | 14 | 100,00% | 6,17% | 14 | 100,00% | 7,25% | 14 | 100,00% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 6,74% | 15 | 100,00% | 6,41% | 15 | 100,00% | 6,71% | 15 | 100,00% | 8,02% | 15 | 100,00% |
| Baix Llobregat Litoral | 6,98% | 11 | 100,00% | 7,08% | 10 | 100,00% | 6,85% | 12 | 100,00% | 8,79% | 12 | 100,00% |
| Baix Llobregat Nord | 5,10% | 5 | 100,00% | 5,68% | 6 | 100,00% | 5,29% | 7 | 100,00% | 5,79% | 7 | 100,00% |
| Baix Montseny | 5,36% | 1 | 100,00% | 5,00% | 1 | 100,00% | 5,79% | 2 | 100,00% | 6,26% | 2 | 100,00% |
| Barcelona | 7,05% | 65 | 98,48% | 7,09% | 66 | 100,00% | 7,07% | 66 | 100,00% | 7,97% | 67 | 100,00% |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | 6,73% | 21 | 91,30% | 7,03% | 22 | 100,00% | 6,62% | 22 | 95,65% | 7,96% | 22 | 95,7% |
| Garraf | 7,18% | 5 | 100,00% | 7,05% | 5 | 100,00% | 7,00% | 5 | 100,00% | 8,82% | 5 | 100,00% |
| Vallès Oriental Central | 7,04% | 10 | 100,00% | 7,25% | 10 | 100,00% | 7,16% | 10 | 100,00% | 8,80% | 10 | 100,00% |
| Maresme | 7,44% | 12 | 100,00% | 7,46% | 12 | 100,00% | 7,62% | 12 | 100,00% | 9,47% | 12 | 100,00% |
| Baix Vallès | 6,61% | 5 | 100,00% | 7,29% | 5 | 100,00% | 6,02% | 5 | 100,00% | 8,47% | 5 | 100,00% |
| Vallès Occidental Est | 7,20% | 18 | 100,00% | 7,14% | 18 | 100,00% | 7,08% | 18 | 100,00% | 7,48% | 18 | 100,00% |
| Vallès Occidental Oest | 7,18% | 10 | 100,00% | 7,80% | 11 | 100,00% | 7,40% | 12 | 100,00% | 7,86% | 12 | 100,00% |
| Alta Ribagorça | 5,98% | 1 | 100,00% | 5,13% | 1 | 100,00% | 4,56% | 1 | 100,00% | 8,81% | 1 | 100,00% |
| Catalunya | 6,82% | 346 | 99,14% | 6,94% | 351 | 100,00% | 6,79% | 355 | 99,72% | 7,89% | 355 | 99,4% |

| Cobertura vacunal antitetànica en la població adulta atesa (percentatge de persones) <i>Estandard: 60% (>19 anys), 95% (14-16 anys)</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|-----------|-------------------|-----|
| | Indicador AP18 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP17 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP17 | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n |
| Alt Urgell | 45,19% | 100,00% | 2 | 49,30% | 100,00% | 2 | 45,92% | 100,00% | 2 | N/A | 100,00% | N/A |
| Cerdanya | 2,96% | 100,00% | 1 | | 0,00% | 0 | 7,56% | 0,00% | 0 | | 100,00% | N/A |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 75,37% | 100,00% | 3 | 76,21% | 100,00% | 3 | 68,97% | 100,00% | 3 | | 100,00% | N/A |
| Val d'Aran | | 0,00% | 0 | N/A | | | N/A | | | | N/A | |
| Lleida | 56,27% | 95,45% | 21 | 57,75% | 100,00% | 22 | 58,86% | 100,00% | 21 | | 95,45% | N/A |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 48,10% | 75,00% | 3 | 49,87% | 100,00% | 4 | 51,13% | 100,00% | 4 | | 100,00% | N/A |
| Baix Camp | 56,86% | 91,67% | 11 | 53,16% | 100,00% | 12 | 55,45% | 100,00% | 12 | | 100,00% | N/A |
| Baix Penedès | 45,81% | 33,33% | 1 | 61,45% | 33,33% | 1 | 68,23% | 33,33% | 3 | | 100,00% | N/A |
| Tarragonès | 42,01% | 61,54% | 8 | 43,61% | 76,92% | 10 | 50,73% | 92,31% | 12 | | 92,31% | N/A |
| Allebrat | 37,42% | 75,00% | 3 | 53,56% | 100,00% | 4 | 56,86% | 100,00% | 4 | | 100,00% | N/A |
| Baix Ebre | 42,93% | 60,00% | 3 | 41,11% | 100,00% | 5 | 44,43% | 100,00% | 5 | | 100,00% | N/A |
| Montsià | 35,96% | 66,67% | 2 | 43,98% | 100,00% | 3 | 48,72% | 100,00% | 3 | | 100,00% | N/A |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 47,47% | 100,00% | 8 | 57,17% | 100,00% | 8 | 57,23% | 100,00% | 8 | | 100,00% | N/A |
| Baix Empordà | 60,45% | 100,00% | 5 | 64,91% | 100,00% | 5 | 66,97% | 100,00% | 5 | | 100,00% | N/A |
| Baix Empordà | 42,79% | 100,00% | 8 | 46,86% | 100,00% | 8 | 49,41% | 100,00% | 8 | | 100,00% | N/A |
| Garrotxa | 51,70% | 100,00% | 4 | 53,12% | 100,00% | 4 | 54,08% | 100,00% | 4 | | 100,00% | N/A |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 59,64% | 85,71% | 12 | 60,29% | 92,86% | 13 | 64,74% | 100,00% | 14 | | 100,00% | N/A |
| Ripollès | 51,12% | 100,00% | 3 | 52,58% | 100,00% | 3 | 55,82% | 100,00% | 3 | | 100,00% | N/A |
| Anoia | 46,24% | 100,00% | 8 | 49,87% | 100,00% | 8 | 52,34% | 100,00% | 8 | | 100,00% | N/A |
| Bages - Solsonès | 52,00% | 93,33% | 14 | 52,55% | 93,33% | 14 | 55,90% | 73,33% | 11 | | 73,33% | N/A |
| Berguedà | 63,69% | 100,00% | 3 | 57,22% | 100,00% | 3 | 55,76% | 66,67% | 2 | | 66,67% | N/A |
| Osona | 66,73% | 100,00% | 10 | 68,49% | 90,00% | 9 | 68,21% | 100,00% | 11 | | 100,00% | N/A |
| Alt Penedès | 28,49% | 100,00% | 3 | 36,09% | 100,00% | 3 | 37,82% | 100,00% | 3 | | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat Centre - Fonsanta | 43,57% | 100,00% | 13 | 48,58% | 100,00% | 14 | 48,40% | 100,00% | 14 | | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 48,72% | 100,00% | 15 | 54,37% | 100,00% | 15 | 51,59% | 100,00% | 15 | | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat Litoral | 34,15% | 100,00% | 11 | 45,70% | 100,00% | 10 | 46,81% | 100,00% | 12 | | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat Nord | 32,36% | 100,00% | 5 | 37,45% | 100,00% | 6 | 39,09% | 100,00% | 7 | | 100,00% | N/A |
| Baix Montseny | 56,60% | 100,00% | 1 | 61,00% | 100,00% | 1 | 53,56% | 100,00% | 2 | | 100,00% | N/A |
| Barcelona | 32,36% | 96,97% | 64 | 42,40% | 95,45% | 63 | 40,30% | 100,00% | 66 | | 100,00% | N/A |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | 43,18% | 100,00% | 23 | 48,82% | 90,91% | 20 | 47,97% | 100,00% | 23 | | 100,00% | N/A |
| Garraf | 24,66% | 80,00% | 4 | 33,57% | 80,00% | 4 | 35,14% | 80,00% | 4 | | 80,00% | N/A |
| Vallès Oriental Central | 46,51% | 100,00% | 10 | 53,27% | 100,00% | 10 | 52,27% | 100,00% | 10 | | 100,00% | N/A |
| Maresme | 32,51% | 100,00% | 12 | 41,68% | 100,00% | 12 | 42,38% | 100,00% | 12 | | 100,00% | N/A |
| Baix Vallès | 31,03% | 100,00% | 5 | 37,58% | 100,00% | 5 | 38,77% | 100,00% | 5 | | 100,00% | N/A |
| Vallès Occidental Est | 47,11% | 100,00% | 18 | 51,70% | 100,00% | 18 | 51,19% | 100,00% | 18 | | 100,00% | N/A |
| Vallès Occidental Oest | 32,52% | 90,00% | 9 | 37,81% | 100,00% | 11 | 34,66% | 100,00% | 12 | | 100,00% | N/A |
| Alta Ribagorça | 50,29% | 100,00% | 1 | 62,88% | 100,00% | 1 | 61,37% | 100,00% | 1 | | 100,00% | N/A |
| Catalunya | 42,40% | 93,70% | 327 | 48,50% | 95,73% | 336 | 48,50% | 97,75% | 348 | | 97,75% | N/A |

| Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) Estàndard: 85% (població de risc) | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|-----|-------------------|----------------|-----|-------------------|----------------|-----|-------------------|----------------|-----|-------------------|
| | Indicador AP19 | n | %UP dades vàlides | Indicador AP18 | n | %UP dades vàlides | Indicador AP18 | n | %UP dades vàlides | Indicador AP17 | n | %UP dades vàlides |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 58,71% | 2 | 100,00% | 54,44% | 2 | 100,00% | 53,16% | 2 | 100,00% | 56,20% | 2 | 100,00% |
| Cerdanya | 51,06% | 1 | 100,00% | 59,69% | 1 | 100,00% | 41,98% | 1 | 100,00% | 39,00% | 1 | 100,00% |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 63,34% | 3 | 100,00% | 64,30% | 3 | 100,00% | 63,74% | 3 | 100,00% | 65,60% | 3 | 100,00% |
| Val d'Aran | | 0 | 0,00% | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 64,85% | 22 | 100,00% | 64,24% | 22 | 100,00% | 63,94% | 22 | 100,00% | 66,20% | 22 | 100,00% |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 67,05% | 4 | 100,00% | 66,95% | 4 | 100,00% | 65,01% | 4 | 100,00% | 66,90% | 4 | 100,00% |
| Baix Camp | 69,25% | 12 | 100,00% | 62,67% | 12 | 100,00% | 62,87% | 12 | 100,00% | 61,90% | 12 | 100,00% |
| Baix Penedès | 65,13% | 3 | 100,00% | 65,44% | 3 | 100,00% | 83,48% | 1 | 33,33% | 75,40% | 1 | 33,33% |
| Tarragonès | 55,58% | 12 | 92,31% | 60,69% | 13 | 100,00% | 67,78% | 13 | 100,00% | 61,80% | 12 | 92,3% |
| Altrebat | 63,20% | 4 | 100,00% | 64,88% | 4 | 100,00% | 65,63% | 4 | 100,00% | 67,50% | 4 | 100,00% |
| Baix Ebre | 52,36% | 3 | 60,00% | 55,91% | 5 | 100,00% | 57,62% | 5 | 100,00% | 58,10% | 5 | 100,00% |
| Montsià | 65,82% | 2 | 66,67% | 65,71% | 3 | 100,00% | 66,18% | 3 | 100,00% | 67,60% | 3 | 100,00% |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 63,01% | 8 | 100,00% | 60,82% | 8 | 100,00% | 58,95% | 8 | 100,00% | 59,60% | 8 | 100,00% |
| Baix Empordà | 64,47% | 5 | 100,00% | 62,03% | 5 | 100,00% | 60,06% | 5 | 100,00% | 58,90% | 5 | 100,00% |
| Alt Empordà | 58,54% | 8 | 100,00% | 58,60% | 8 | 100,00% | 57,53% | 8 | 100,00% | 55,70% | 8 | 100,00% |
| Garrotxa | 65,16% | 4 | 100,00% | 63,30% | 4 | 100,00% | 61,05% | 4 | 100,00% | 60,60% | 4 | 100,00% |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 62,85% | 14 | 100,00% | 58,96% | 14 | 100,00% | 57,88% | 14 | 100,00% | 57,90% | 14 | 100,00% |
| Ripollès | 63,89% | 3 | 100,00% | 62,22% | 3 | 100,00% | 55,83% | 3 | 100,00% | 62,40% | 3 | 100,00% |
| Anoia | 56,59% | 8 | 100,00% | 57,41% | 8 | 100,00% | 55,05% | 8 | 100,00% | 59,40% | 1 | 14,3% |
| Bages - Solsonès | 64,94% | 14 | 93,33% | 64,87% | 15 | 100,00% | 61,91% | 15 | 100,00% | 58,30% | 15 | 100,00% |
| Berguedà | 72,76% | 3 | 100,00% | 71,50% | 3 | 100,00% | 59,47% | 2 | 66,67% | 58,70% | 3 | 100,00% |
| Osona | 76,29% | 8 | 80,00% | 80,00% | 8 | 80,00% | 61,39% | 11 | 100,00% | 59,40% | 11 | 100,00% |
| Alt Penedès | 53,66% | 3 | 100,00% | 58,53% | 3 | 100,00% | 61,66% | 3 | 100,00% | 57,70% | 3 | 100,00% |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 53,87% | 13 | 100,00% | 56,23% | 14 | 100,00% | 57,85% | 14 | 100,00% | 56,60% | 14 | 100,00% |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 56,73% | 15 | 100,00% | 57,02% | 15 | 100,00% | 57,54% | 15 | 100,00% | 57,90% | 15 | 100,00% |
| Baix Llobregat Litoral | 56,25% | 11 | 100,00% | 57,38% | 10 | 100,00% | 58,87% | 12 | 100,00% | 58,90% | 12 | 100,00% |
| Baix Llobregat Nord | 54,05% | 5 | 100,00% | 48,66% | 6 | 100,00% | 59,79% | 7 | 100,00% | 62,70% | 7 | 100,00% |
| Baix Montseny | 54,17% | 1 | 100,00% | 50,62% | 1 | 100,00% | 50,79% | 2 | 100,00% | 50,50% | 2 | 100,00% |
| Barcelona | 61,21% | 66 | 100,00% | 50,46% | 65 | 98,48% | 51,82% | 66 | 100,00% | 53,20% | 66 | 98,5% |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 61,53% | 23 | 100,00% | 56,98% | 20 | 80,91% | 60,03% | 23 | 100,00% | 61,50% | 23 | 100,00% |
| Garraf | 44,72% | 4 | 80,00% | 50,68% | 4 | 80,00% | 55,30% | 5 | 100,00% | 49,30% | 5 | 100,00% |
| Vallès Oriental Central | 56,84% | 10 | 100,00% | 52,41% | 10 | 100,00% | 56,05% | 10 | 100,00% | 57,20% | 10 | 100,00% |
| Maresme | 56,32% | 12 | 100,00% | 55,88% | 12 | 100,00% | 55,19% | 12 | 100,00% | 54,10% | 12 | 100,00% |
| Baix Vallès | 54,48% | 5 | 100,00% | 54,50% | 5 | 100,00% | 54,55% | 5 | 100,00% | 56,70% | 5 | 100,00% |
| Vallès Occidental Est | 56,55% | 18 | 100,00% | 56,84% | 18 | 100,00% | 57,26% | 18 | 100,00% | 56,20% | 18 | 100,00% |
| Vallès Occidental Oest | 61,62% | 10 | 100,00% | 61,96% | 11 | 100,00% | 64,70% | 12 | 100,00% | 64,80% | 12 | 100,00% |
| Alta Ribagorça | 67,87% | 1 | 100,00% | 73,86% | 1 | 100,00% | 71,55% | 1 | 100,00% | 72,50% | 1 | 100,00% |
| Catalunya | 57,40% | 340 | 97,42% | 56,60% | 345 | 96,29% | 57,50% | 353 | 99,16% | 57,80% | 346 | 96,9% |

| Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada (percentage de persones) Referència: ----- | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|-----------|-------------------|-----|
| | Indicador AP20 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP19 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP19 | %UP dades vàlides | n | Indicador | %UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 3,23% | 100,00% | 2 | 30,17% | 100,00% | 2 | 40,30% | 100,00% | 2 | N/A | 100,00% | N/A |
| Cerdanya | 0,00% | 0,00% | 1 | 1,20% | 100,00% | 1 | 68,00% | 100,00% | 1 | N/A | 100,00% | N/A |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 3,99% | 100,00% | 3 | 65,79% | 100,00% | 3 | 64,79% | 100,00% | 3 | N/A | 100,00% | N/A |
| Val d'Aran | | 0,00% | 0 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 51,84% | 100,00% | 22 | 61,16% | 100,00% | 22 | 63,97% | 100,00% | 22 | N/A | 100,00% | N/A |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 50,75% | 100,00% | 4 | 57,77% | 100,00% | 4 | 59,53% | 100,00% | 4 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Camp | 68,46% | 100,00% | 12 | 67,74% | 100,00% | 12 | 65,86% | 100,00% | 12 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Penedès | 41,36% | 100,00% | 3 | 49,20% | 100,00% | 3 | 73,89% | 100,00% | 1 | N/A | 33,33% | N/A |
| Tarragonès | 46,01% | 100,00% | 11 | 84,62% | 100,00% | 13 | 67,36% | 100,00% | 12 | N/A | 92,31% | N/A |
| Altrebrat | 54,31% | 100,00% | 4 | 64,41% | 100,00% | 4 | 67,73% | 100,00% | 4 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Ebre | 31,09% | 40,00% | 2 | 52,21% | 100,00% | 5 | 55,46% | 100,00% | 5 | N/A | 100,00% | N/A |
| Montsià | 60,07% | 66,67% | 2 | 67,13% | 100,00% | 3 | 69,46% | 100,00% | 3 | N/A | 100,00% | N/A |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 57,70% | 100,00% | 8 | 68,77% | 100,00% | 8 | 70,10% | 100,00% | 8 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Empordà | 65,97% | 100,00% | 5 | 67,35% | 100,00% | 5 | 66,81% | 100,00% | 5 | N/A | 100,00% | N/A |
| Alt Empordà | 45,36% | 100,00% | 8 | 51,28% | 100,00% | 8 | 52,91% | 100,00% | 8 | N/A | 100,00% | N/A |
| Garrotxa | 61,13% | 100,00% | 4 | 63,08% | 100,00% | 4 | 60,68% | 100,00% | 4 | N/A | 100,00% | N/A |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 45,75% | 100,00% | 14 | 52,36% | 100,00% | 14 | 53,85% | 100,00% | 14 | N/A | 100,00% | N/A |
| Ripollès | 42,19% | 100,00% | 3 | 51,69% | 100,00% | 3 | 50,69% | 100,00% | 3 | N/A | 100,00% | N/A |
| Anoia | 56,54% | 100,00% | 8 | 60,01% | 100,00% | 8 | 59,88% | 100,00% | 8 | N/A | 100,00% | N/A |
| Bages - Solsonès | 52,53% | 100,00% | 15 | 54,04% | 100,00% | 15 | 54,41% | 100,00% | 15 | N/A | 100,00% | N/A |
| Berguedà | 73,87% | 100,00% | 3 | 73,02% | 100,00% | 3 | 61,00% | 100,00% | 2 | N/A | 66,67% | N/A |
| Osona | 57,59% | 90,00% | 9 | 60,65% | 90,00% | 9 | 62,38% | 100,00% | 11 | N/A | 100,00% | N/A |
| Alt Penedès | 35,21% | 100,00% | 3 | 40,56% | 100,00% | 3 | 44,62% | 100,00% | 3 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat Centre - Fonsanta | 57,14% | 100,00% | 13 | 62,13% | 100,00% | 14 | 62,81% | 100,00% | 14 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 54,79% | 100,00% | 15 | 61,79% | 100,00% | 15 | 62,92% | 100,00% | 15 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat Litoral | 46,18% | 100,00% | 11 | 59,67% | 100,00% | 10 | 63,27% | 100,00% | 12 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Llobregat Nord | 43,26% | 100,00% | 5 | 48,74% | 100,00% | 6 | 62,51% | 100,00% | 7 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Montseny | 50,99% | 100,00% | 1 | 52,96% | 100,00% | 1 | 48,23% | 100,00% | 2 | N/A | 100,00% | N/A |
| Barcelona | 38,14% | 98,48% | 65 | 43,96% | 100,00% | 66 | 47,45% | 100,00% | 66 | N/A | 100,00% | N/A |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | 53,94% | 100,00% | 23 | 57,90% | 100,00% | 20 | 61,81% | 100,00% | 23 | N/A | 100,00% | N/A |
| Garraf | 34,60% | 100,00% | 5 | 39,14% | 80,00% | 4 | 47,51% | 100,00% | 5 | N/A | 100,00% | N/A |
| Vallès Oriental Central | 52,14% | 100,00% | 10 | 55,12% | 100,00% | 10 | 59,58% | 100,00% | 10 | N/A | 100,00% | N/A |
| Maresme | 46,43% | 100,00% | 12 | 53,80% | 100,00% | 12 | 56,46% | 100,00% | 12 | N/A | 100,00% | N/A |
| Baix Vallès | 12,59% | 100,00% | 5 | 22,88% | 100,00% | 5 | 33,47% | 100,00% | 5 | N/A | 100,00% | N/A |
| Vallès Occidental Est | 44,27% | 100,00% | 18 | 51,95% | 100,00% | 18 | 54,40% | 100,00% | 18 | N/A | 100,00% | N/A |
| Vallès Occidental Oest | 50,89% | 100,00% | 10 | 54,54% | 100,00% | 11 | 54,12% | 100,00% | 12 | N/A | 100,00% | N/A |
| Alta Ribagorça | 0,48% | 100,00% | 1 | 66,58% | 100,00% | 1 | 66,54% | 100,00% | 1 | N/A | 100,00% | N/A |
| Catalunya | 46,70% | 97,13% | 339 | 52,80% | 98,86% | 347 | 56,00% | 98,86% | 352 | N/A | 98,86% | N/A |

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|
| | Indicador AP21 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP20 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP20 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP18 | %UP dades vàlides | n |
| Pacients exfumadors de l'any (percentatge de persones) Estandard: 35% | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 15,61% | 100,00% | 2 | 16,96% | 100,00% | 0 | 5,57% | 100,00% | 2 | 4,60% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 0 | | 0,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 16,48% | 100,00% | 3 | | 100,00% | 0 | 9,52% | 100,00% | 3 | 10,20% | 100,00% | 3 |
| Val d'Aran | | 0,00% | 0 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 17,37% | 100,00% | 22 | 16,96% | 100,00% | 21 | 8,47% | 95,45% | 20 | 8,60% | 90,91% | 22 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 28,50% | 100,00% | 4 | 9,47% | 100,00% | 1 | 9,21% | 25,00% | 1 | 65,10% | 75,00% | 3 |
| Baix Camp | 22,59% | 91,67% | 11 | | 0,00% | 0 | 16,20% | 16,67% | 2 | 36,70% | 83,33% | 10 |
| Baix Penedès | 10,48% | 100,00% | 3 | | 100,00% | 0 | 9,24% | 0,00% | 3 | 6,00% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 22,03% | 92,31% | 12 | | 0,00% | 0 | 12,94% | 23,08% | 3 | 32,00% | 76,9% | 10 |
| Altrebat | 32,51% | 100,00% | 4 | 28,69% | 75,00% | 3 | | 0,00% | 0 | 8,10% | 25,0% | 1 |
| Baix Ebre | 15,28% | 100,00% | 5 | 20,14% | 100,00% | 5 | 10,87% | 60,00% | 3 | 14,20% | 100,00% | 5 |
| Montsià | 19,22% | 100,00% | 3 | 18,90% | 100,00% | 3 | 10,82% | 100,00% | 3 | 13,00% | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 23,00% | 100,00% | 8 | 20,53% | 87,50% | 7 | 48,96% | 37,50% | 3 | 34,90% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 23,22% | 100,00% | 5 | 22,42% | 100,00% | 5 | 31,82% | 80,00% | 4 | 32,50% | 80,00% | 4 |
| Alt Empordà | 18,81% | 100,00% | 8 | 20,47% | 100,00% | 8 | 16,24% | 12,50% | 1 | 39,60% | 87,5% | 7 |
| Garrotxa | 21,59% | 100,00% | 4 | 20,27% | 100,00% | 4 | | 0,00% | 0 | 36,20% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 26,10% | 100,00% | 14 | 24,16% | 85,71% | 12 | 60,83% | 42,86% | 6 | 44,40% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 25,07% | 100,00% | 3 | 25,51% | 100,00% | 3 | 19,97% | 33,33% | 1 | 32,20% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 37,54% | 100,00% | 8 | 35,50% | 12,50% | 1 | 41,17% | 100,00% | 8 | 69,00% | 100,00% | 7 |
| Bages - Solsonès | 23,43% | 100,00% | 15 | | 0,00% | 0 | 10,64% | 53,33% | 8 | 13,00% | 100,00% | 15 |
| Berguedà | 28,61% | 100,00% | 3 | | 0,00% | 0 | 11,94% | 33,33% | 1 | 12,50% | 100,00% | 3 |
| Osona | 27,21% | 100,00% | 10 | | 0,00% | 0 | 18,20% | 45,45% | 5 | 11,60% | 100,00% | 11 |
| Alt Penedès | 45,95% | 100,00% | 3 | 32,00% | 100,00% | 3 | 46,24% | 100,00% | 3 | 77,60% | 33,33% | 1 |
| Baix Llobregat Centre - Fonsanta | 42,37% | 100,00% | 13 | 31,03% | 100,00% | 14 | 44,36% | 92,86% | 13 | 72,40% | 28,6% | 4 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 44,29% | 100,00% | 15 | 32,95% | 100,00% | 15 | 45,45% | 86,67% | 13 | 67,60% | 20,0% | 3 |
| Baix Llobregat Litoral | 41,33% | 100,00% | 11 | 35,67% | 100,00% | 10 | 44,59% | 100,00% | 12 | 74,00% | 33,33% | 4 |
| Baix Llobregat Nord | 38,85% | 100,00% | 5 | 31,13% | 100,00% | 6 | 43,64% | 100,00% | 7 | 55,50% | 42,9% | 3 |
| Baix Montseny | 34,73% | 100,00% | 1 | 25,39% | 100,00% | 1 | 15,60% | 200,00% | 2 | 6,70% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 41,88% | 100,00% | 66 | 31,83% | 95,45% | 63 | 41,89% | 74,24% | 49 | 42,70% | 86,6% | 58 |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 22,33% | 100,00% | 23 | 22,66% | 80,91% | 20 | 29,84% | 47,83% | 11 | 42,40% | 100,00% | 23 |
| Garraf | 43,47% | 100,00% | 5 | 31,86% | 80,00% | 4 | 45,78% | 80,00% | 4 | 72,40% | 40,0% | 2 |
| Vallès Oriental Central | 28,12% | 100,00% | 10 | 23,23% | 100,00% | 10 | 18,22% | 90,00% | 9 | 11,70% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 27,55% | 100,00% | 12 | 23,43% | 100,00% | 12 | | 0,00% | 0 | 52,30% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 29,29% | 100,00% | 5 | 24,55% | 100,00% | 5 | 15,05% | 100,00% | 5 | 11,00% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 33,46% | 100,00% | 18 | 29,11% | 100,00% | 18 | 21,28% | 100,00% | 18 | 11,60% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 30,93% | 100,00% | 10 | 35,77% | 100,00% | 11 | 39,26% | 58,33% | 7 | 7,00% | 100,00% | 12 |
| Alta Ribagorça | 18,12% | 100,00% | 1 | | 0,00% | 0 | 10,74% | 100,00% | 1 | 10,30% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 32,60% | 98,85% | 345 | 28,40% | 76,07% | 367 | 49,70% | 64,89% | 231 | 31,60% | 83,2% | 297 |

| Cobertura de l'al·letament matern exclusiu als tres mesos (percentatge de persones) 2008 era al·letament als quatre mesos (Canvi de criteri) Estandard: 60% (nadons de 3 mesos) | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|
| | Indicador AP23 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP21 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP21 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP19 | %UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 15,05% | 100,00% | 2 | --- | 0,00% | 0 | --- | 83,03% | 2 | 81,60% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | --- | 0,00% | 0 | 76,79% | 100,00% | 1 | --- | 72,73% | 1 | --- | 100,00% | 0 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 25,69% | 66,67% | 2 | --- | 0,00% | 0 | --- | 86,29% | 3 | 92,00% | 100,00% | 3 |
| Vat d'Aran | --- | 0,00% | 0 | N/A | --- | --- | N/A | --- | --- | N/A | --- | --- |
| Lleida | 22,78% | 95,45% | 21 | 59,31% | 100,00% | 22 | 84,87% | 100,00% | 22 | 84,30% | 100,00% | 22 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 42,60% | 100,00% | 4 | 30,63% | 100,00% | 4 | 91,42% | 100,00% | 4 | 90,30% | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 64,28% | 100,00% | 12 | 61,20% | 100,00% | 12 | 78,19% | 100,00% | 12 | 72,00% | 100,00% | 12 |
| Baix Penedès | 57,47% | 100,00% | 3 | 60,61% | 100,00% | 3 | 61,89% | 100,00% | 3 | 62,40% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 49,66% | 84,62% | 11 | 46,32% | 100,00% | 13 | 80,92% | 100,00% | 13 | 78,20% | 100,00% | 13 |
| Altrebrat | 44,48% | 100,00% | 4 | 53,81% | 100,00% | 4 | 89,86% | 100,00% | 4 | 93,00% | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | 12,94% | 60,00% | 3 | 27,44% | 100,00% | 5 | 88,10% | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 |
| Montsià | 21,18% | 66,67% | 2 | 39,13% | 100,00% | 3 | 90,59% | 100,00% | 3 | 93,70% | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 38,11% | 100,00% | 8 | 39,87% | 100,00% | 8 | 76,78% | 100,00% | 8 | 71,50% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 66,69% | 100,00% | 5 | 79,33% | 100,00% | 5 | 87,68% | 100,00% | 5 | 89,40% | 100,00% | 5 |
| Alt Empordà | 47,30% | 100,00% | 8 | 59,55% | 100,00% | 8 | 82,97% | 100,00% | 8 | 84,30% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 52,46% | 100,00% | 4 | 77,61% | 100,00% | 4 | 93,95% | 100,00% | 4 | 93,70% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 41,13% | 100,00% | 14 | 65,14% | 100,00% | 14 | 85,74% | 100,00% | 14 | 87,10% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 37,66% | 100,00% | 3 | 62,21% | 100,00% | 3 | 86,79% | 100,00% | 3 | 90,30% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 27,96% | 100,00% | 8 | 64,29% | 100,00% | 8 | 87,75% | 100,00% | 8 | 87,30% | 100,00% | 8 |
| Bages - Solsonès | 51,40% | 100,00% | 15 | 56,58% | 100,00% | 15 | 82,19% | 100,00% | 15 | 81,30% | 100,00% | 15 |
| Berguedà | 42,16% | 100,00% | 3 | 63,36% | 100,00% | 3 | 90,32% | 100,00% | 3 | 88,00% | 100,00% | 3 |
| Osona | 71,54% | 100,00% | 10 | 63,85% | 100,00% | 10 | 86,23% | 100,00% | 11 | 90,60% | 100,00% | 11 |
| Alt Penedès | 26,34% | 100,00% | 3 | 36,09% | 100,00% | 3 | 84,64% | 100,00% | 3 | 89,90% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fonsantà | 47,04% | 100,00% | 13 | 43,46% | 100,00% | 14 | 86,84% | 100,00% | 14 | 87,40% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 56,53% | 100,00% | 15 | 51,74% | 100,00% | 15 | 84,05% | 100,00% | 15 | 86,60% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 23,31% | 100,00% | 11 | 39,89% | 100,00% | 10 | 90,90% | 100,00% | 12 | 91,20% | 100,00% | 11 |
| Baix Llobregat Nord | 57,51% | 100,00% | 5 | 43,22% | 100,00% | 6 | 82,37% | 100,00% | 7 | 83,60% | 100,00% | 7 |
| Baix Montseny | 23,65% | 100,00% | 1 | 39,47% | 100,00% | 1 | 82,90% | 100,00% | 2 | 81,60% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 56,02% | 96,97% | 64 | 54,59% | 100,00% | 66 | 86,16% | 100,00% | 66 | 78,60% | 98,5% | 66 |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 42,57% | 86,96% | 20 | 48,29% | 100,00% | 22 | 84,58% | 100,00% | 23 | 79,40% | 100,00% | 23 |
| Garraf | 26,52% | 100,00% | 5 | 37,27% | 100,00% | 5 | 86,67% | 100,00% | 5 | 89,70% | 100,00% | 5 |
| Vallès Oriental Central | 31,23% | 100,00% | 10 | 40,60% | 100,00% | 10 | 83,81% | 100,00% | 10 | 87,30% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 32,92% | 100,00% | 12 | 25,68% | 100,00% | 12 | 85,89% | 100,00% | 12 | 88,70% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 22,80% | 100,00% | 5 | 32,16% | 100,00% | 5 | 85,14% | 100,00% | 5 | 83,00% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 47,67% | 100,00% | 18 | 30,69% | 100,00% | 18 | 88,28% | 100,00% | 18 | 88,30% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 64,76% | 90,00% | 9 | 70,50% | 100,00% | 11 | 78,84% | 100,00% | 12 | 68,70% | 100,00% | 12 |
| Alta Ribagorça | 22,22% | 100,00% | 1 | --- | 0,00% | 0 | 97,67% | 100,00% | 1 | 80,00% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 45,10% | 95,70% | 334 | 49,40% | 88,29% | 345 | 84,50% | 100,00% | 356 | 82,90% | 100,00% | 354 |

| Població >74 anys atesa i assignada, inclosa en el programa ATDOM amb valoració (percentatge de persones) <i>Referència: -----</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|
| | Indicador AP25 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP23 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP22 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP20 | %UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 63,46% | 100,00% | 2 | 100,00% | 0,00% | 0 | 32,50% | 100,00% | 2 | 75,30% | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 1 | | 0,00% | 0 | 100,00% | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 28,97% | 100,00% | 3 | 100,00% | 0,00% | 0 | 66,97% | 100,00% | 3 | 39,60% | 100,00% | 3 |
| Val d'Aran | | 0,00% | 0 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 53,51% | 100,00% | 22 | 100,00% | 100,00% | 22 | 67,79% | 100,00% | 22 | 56,40% | 100,00% | 22 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 19,31% | 100,00% | 4 | 100,00% | 75,00% | 3 | 71,65% | 100,00% | 4 | 75,10% | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 49,14% | 100,00% | 12 | 100,00% | 100,00% | 12 | 70,09% | 100,00% | 12 | 78,50% | 100,00% | 12 |
| Baix Penedès | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 36,62% | 100,00% | 13 | 100,00% | 92,31% | 12 | 70,51% | 100,00% | 13 | 76,40% | 100,00% | 13 |
| Altrebat | 21,05% | 25,00% | 1 | 100,00% | 100,00% | 4 | 69,43% | 100,00% | 4 | 74,80% | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | | 0,00% | 0 | 87,27% | 100,00% | 5 | 72,38% | 100,00% | 5 | 70,70% | 100,00% | 4 |
| Montsià | | 0,00% | 0 | 57,40% | 66,67% | 2 | 60,47% | 100,00% | 3 | 73,70% | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 58,06% | 100,00% | 8 | 100,00% | 69,54% | 8 | 62,35% | 100,00% | 8 | 50,50% | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 60,50% | 100,00% | 5 | 100,00% | 76,95% | 5 | 85,23% | 100,00% | 5 | 67,40% | 100,00% | 5 |
| Alt Empordà | 36,56% | 100,00% | 8 | 100,00% | 73,64% | 8 | 58,45% | 100,00% | 8 | 64,50% | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 61,32% | 75,00% | 3 | 100,00% | 96,54% | 4 | 87,88% | 100,00% | 4 | 85,90% | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 53,86% | 100,00% | 14 | 100,00% | 80,23% | 14 | 70,34% | 100,00% | 14 | 79,00% | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 43,07% | 100,00% | 3 | 100,00% | 66,77% | 3 | 60,51% | 100,00% | 3 | 69,40% | 100,00% | 3 |
| Anoia | 19,31% | 100,00% | 8 | 100,00% | 74,03% | 6 | 54,77% | 75,00% | 6 | 48,40% | 100,00% | 7 |
| Bages - Solsonès | 60,81% | 93,33% | 14 | 100,00% | 67,04% | 14 | 60,17% | 86,67% | 13 | 81,60% | 100,00% | 15 |
| Berguedà | 74,52% | 66,67% | 2 | 100,00% | 80,60% | 3 | 67,27% | 100,00% | 3 | 70,50% | 100,00% | 3 |
| Osona | 55,79% | 20,00% | 2 | 100,00% | 75,00% | 10 | 78,85% | 100,00% | 11 | 79,90% | 100,00% | 11 |
| Alt Penedès | 17,18% | 100,00% | 3 | 100,00% | 75,16% | 3 | 71,67% | 100,00% | 3 | 68,40% | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Fontseca | 12,83% | 100,00% | 13 | 100,00% | 82,17% | 14 | 67,46% | 100,00% | 14 | 69,80% | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 53,02% | 100,00% | 15 | 100,00% | 85,05% | 15 | 68,61% | 100,00% | 15 | 75,30% | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 25,99% | 90,91% | 10 | 100,00% | 85,44% | 10 | 61,63% | 100,00% | 12 | 70,50% | 100,00% | 12 |
| Baix Llobregat Nord | 52,59% | 100,00% | 5 | 100,00% | 85,38% | 6 | 80,93% | 100,00% | 7 | 85,10% | 100,00% | 7 |
| Baix Montseny | 6,86% | 100,00% | 1 | 100,00% | 95,80% | 1 | 89,00% | 100,00% | 2 | 78,80% | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 55,63% | 92,42% | 61 | 92,42% | 81,98% | 64 | 69,34% | 96,97% | 64 | 75,70% | 96,97% | 65 |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 75,06% | 91,30% | 21 | 91,30% | 81,70% | 20 | 74,27% | 100,00% | 23 | 63,60% | 100,00% | 23 |
| Garraf | 39,85% | 100,00% | 5 | 100,00% | 82,89% | 5 | 71,76% | 100,00% | 5 | 68,80% | 100,00% | 5 |
| Vallès Oriental Central | 9,68% | 70,00% | 7 | 100,00% | 82,89% | 10 | 72,87% | 100,00% | 10 | 73,90% | 100,00% | 10 |
| Maresme | 80,54% | 83,33% | 10 | 83,33% | 91,62% | 9 | 74,00% | 100,00% | 12 | 73,60% | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 9,70% | 100,00% | 5 | 100,00% | 86,75% | 5 | 77,69% | 100,00% | 5 | 75,10% | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 19,61% | 77,78% | 14 | 100,00% | 78,50% | 16 | 74,54% | 88,89% | 18 | 64,50% | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 79,55% | 100,00% | 10 | 100,00% | 83,17% | 11 | 85,12% | 100,00% | 12 | 73,20% | 100,00% | 11 |
| Alt Ribagorça | 25,81% | 100,00% | 1 | 100,00% | 0,00% | 0 | 62,16% | 100,00% | 1 | 65,20% | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 51,10% | 88,25% | 308 | 88,25% | 80,60% | 330 | 70,90% | 94,02% | 351 | 72,00% | 98,60% | 331 |

| Població >74 anys atesa i assignada amb valoració dels riscos geriàtrics (percentatge de persones) <i>Referència: www.gub.cat</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|-----------|---|-------------------|-----------|---|-------------------|----------------|-----|-------------------|-----------|---|-------------------|
| | Indicador | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | %UP dades vàlides | Indicador AP23 | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | %UP dades vàlides |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | N/A | | | N/A | | | 2,03% | 2 | 100,00% | N/A | | |
| Cerdanya | N/A | | | N/A | | | 5,76% | 1 | 100,00% | N/A | | |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | N/A | | | N/A | | | 5,23% | 1 | 33,33% | N/A | | |
| Val d'Aran | N/A | | | N/A | | | N/A | | N/A | | | |
| Lleida | N/A | | | N/A | | | 4,90% | 4 | 18,18% | N/A | | |
| Alt Camp i Conca de Barberà | N/A | | | N/A | | | 13,65% | 2 | 50,00% | N/A | | |
| Baix Camp | N/A | | | N/A | | | 43,90% | 5 | 41,67% | N/A | | |
| Baix Penedès | N/A | | | N/A | | | 33,02% | 1 | 33,33% | N/A | | |
| Tarragonès | N/A | | | N/A | | | 15,15% | 3 | 23,08% | N/A | | |
| Allebrat | N/A | | | N/A | | | 12,76% | 2 | 50,00% | N/A | | |
| Baix Ebre | N/A | | | N/A | | | 8,28% | 1 | 20,00% | N/A | | |
| Montsià | N/A | | | N/A | | | | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Alt Maresme - Selva Marítima | N/A | | | N/A | | | 18,51% | 4 | 0,00% | N/A | | |
| Baix Empordà | N/A | | | N/A | | | 38,08% | 3 | 80,00% | N/A | | |
| N/A | N/A | | | N/A | | | 55,92% | 1 | 37,50% | N/A | | |
| Garrotxa | N/A | | | N/A | | | 31,79% | 4 | 25,00% | N/A | | |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | N/A | | | N/A | | | 84,52% | 4 | 28,57% | N/A | | |
| Ripollès | N/A | | | N/A | | | 4,87% | 1 | 33,33% | N/A | | |
| Anoia | N/A | | | N/A | | | | 2 | 25,00% | N/A | | |
| Bages - Solsonès | N/A | | | N/A | | | 6,18% | 1 | 6,67% | N/A | | |
| Berguedà | N/A | | | N/A | | | | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Osona | N/A | | | N/A | | | 10,10% | 2 | 18,18% | N/A | | |
| Alt Penedès | N/A | | | N/A | | | 8,15% | 1 | 33,33% | N/A | | |
| Baix Llobregat Centre - Fonsanta | N/A | | | N/A | | | 6,34% | 2 | 14,29% | N/A | | |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | N/A | | | N/A | | | 33,37% | 2 | 13,33% | N/A | | |
| Baix Llobregat Litoral | N/A | | | N/A | | | | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Baix Llobregat Nord | N/A | | | N/A | | | | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Baix Montseny | N/A | | | N/A | | | 5,95% | 1 | 50,00% | N/A | | |
| Barcelona | N/A | | | N/A | | | 18,10% | 36 | 54,55% | N/A | | |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | N/A | | | N/A | | | 18,70% | 7 | 30,43% | N/A | | |
| Garraf | N/A | | | N/A | | | 5,46% | 3 | 60,00% | N/A | | |
| Vallès Oriental Central | N/A | | | N/A | | | 6,10% | 1 | 10,00% | N/A | | |
| Maresme | N/A | | | N/A | | | 10,33% | 1 | 8,33% | N/A | | |
| Baix Vallès | N/A | | | N/A | | | | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Vallès Occidental Est | N/A | | | N/A | | | 3,91% | 1 | 5,56% | N/A | | |
| Vallès Occidental Oest | N/A | | | N/A | | | 16,46% | 5 | 41,67% | N/A | | |
| Alta Ribagorça | N/A | | | N/A | | | | 0 | 0,00% | N/A | | |
| Catalunya | N/A | | | N/A | | | 18,60% | 100 | 28,09% | N/A | | |

| Cost d'absorbents en la població amb incontinència urinària (mitjana d'euros) <i>Referència: *****</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|---|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------------|-----|
| | Indicador AP27 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP24 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP24 | %UP dades vàlides | n | Indicador AP21 | %UP dades vàlides | n |
| | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 295,13 | 100,00% | 2 | 292,43 | 100,00% | 2 | 294,43 | 100,00% | 2 | 330,48 | 100,00% | 2 |
| Cerdanya | 356,40 | 100,00% | 1 | 325,24 | 100,00% | 1 | 429,86 | 100,00% | 1 | 410,16 | 100,00% | 1 |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 377,77 | 100,00% | 3 | 360,58 | 100,00% | 3 | 368,97 | 100,00% | 3 | 392,46 | 100,00% | 3 |
| Val d'Aran | 274,85 | 100,00% | 1 | N/A | | | N/A | | | N/A | | |
| Lleida | 358,81 | 100,00% | 22 | 354,20 | 100,00% | 22 | 356,45 | 100,00% | 22 | | | 0 |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 433,12 | 100,00% | 4 | 407,69 | 100,00% | 4 | 420,10 | 100,00% | 4 | 460,66 | 100,00% | 4 |
| Baix Camp | 457,48 | 100,00% | 12 | 445,42 | 100,00% | 12 | 433,87 | 100,00% | 12 | 467,82 | 100,00% | 12 |
| Baix Penedès | 402,30 | 100,00% | 3 | 368,96 | 100,00% | 3 | 379,57 | 100,00% | 3 | 344,96 | 100,00% | 3 |
| Tarragonès | 391,44 | 100,00% | 13 | 371,46 | 100,00% | 13 | 386,63 | 100,00% | 13 | 419,35 | 100,00% | 13 |
| Allebrat | 421,76 | 100,00% | 4 | 426,34 | 100,00% | 4 | 444,92 | 100,00% | 4 | 477,69 | 100,00% | 4 |
| Baix Ebre | 382,86 | 100,00% | 5 | 384,92 | 100,00% | 5 | 413,33 | 100,00% | 5 | 454,63 | 100,00% | 5 |
| Montsià | 414,63 | 100,00% | 3 | 389,41 | 100,00% | 3 | 484,99 | 100,00% | 3 | 509,87 | 100,00% | 3 |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 495,57 | 100,00% | 8 | 479,79 | 100,00% | 8 | 522,52 | 100,00% | 8 | 523,55 | 100,00% | 8 |
| Baix Empordà | 362,38 | 100,00% | 5 | 345,22 | 100,00% | 5 | 408,62 | 100,00% | 5 | 410,4 | 100,00% | 5 |
| Alt Empordà | 420,89 | 100,00% | 8 | 401,84 | 100,00% | 8 | 425,25 | 100,00% | 8 | 421,27 | 100,00% | 8 |
| Garrotxa | 335,10 | 100,00% | 4 | 364,41 | 100,00% | 4 | 418,51 | 75,00% | 3 | 391,97 | 100,00% | 4 |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 376,22 | 100,00% | 14 | 365,23 | 100,00% | 14 | 416,52 | 100,00% | 14 | 409,62 | 100,00% | 14 |
| Ripollès | 381,89 | 100,00% | 3 | 378,87 | 100,00% | 3 | 397,11 | 100,00% | 3 | 381,7 | 100,00% | 3 |
| Anoia | 431,32 | 100,00% | 8 | 404,02 | 100,00% | 8 | 412,21 | 100,00% | 8 | 533,59 | 14,3% | 1 |
| Bages - Solsonès | 388,81 | 100,00% | 15 | 348,20 | 100,00% | 15 | 371,03 | 100,00% | 15 | | 0,0% | 0 |
| Berguedà | 455,07 | 100,00% | 3 | 389,92 | 100,00% | 3 | 415,09 | 100,00% | 3 | | 0,0% | 0 |
| Osona | 391,22 | 100,00% | 10 | 362,55 | 100,00% | 10 | 376,95 | 100,00% | 11 | | 0,0% | 0 |
| Alt Penedès | 448,24 | 100,00% | 3 | 466,00 | 100,00% | 3 | 504,01 | 100,00% | 3 | 487,78 | 100,00% | 3 |
| Baix Llobregat Centre - Font Santa | 432,59 | 100,00% | 13 | 434,60 | 100,00% | 14 | 429,50 | 100,00% | 14 | 450,76 | 100,00% | 14 |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 328,59 | 100,00% | 15 | 342,27 | 100,00% | 15 | 371,25 | 100,00% | 15 | 392,15 | 100,00% | 15 |
| Baix Llobregat Litoral | 362,46 | 90,91% | 10 | 476,22 | 100,00% | 10 | 453,13 | 100,00% | 12 | 451,96 | 100,00% | 12 |
| Baix Llobregat Nord | 409,41 | 100,00% | 5 | 410,81 | 100,00% | 6 | 410,08 | 100,00% | 7 | 448,87 | 100,00% | 7 |
| Baix Montseny | 275,91 | 100,00% | 1 | 282,45 | 100,00% | 1 | 407,75 | 100,00% | 2 | 420,71 | 100,00% | 2 |
| Barcelona | 396,59 | 93,94% | 62 | 390,50 | 100,00% | 66 | 415,73 | 100,00% | 66 | 419,38 | 97,0% | 65 |
| Barcelona Nord - Baix Maresme | 425,33 | 73,91% | 17 | 412,50 | 100,00% | 22 | 426,65 | 100,00% | 23 | 416,89 | 95,7% | 22 |
| Garraf | 417,65 | 100,00% | 5 | 434,96 | 100,00% | 5 | 433,26 | 100,00% | 5 | 414,93 | 80,0% | 4 |
| Vallès Oriental Central | 433,14 | 100,00% | 10 | 440,70 | 100,00% | 10 | 462,21 | 100,00% | 10 | 465,8 | 100,00% | 10 |
| Maresme | 454,17 | 100,00% | 12 | 446,78 | 100,00% | 12 | 452,00 | 100,00% | 12 | 451,14 | 100,00% | 12 |
| Baix Vallès | 417,11 | 100,00% | 5 | 416,60 | 100,00% | 5 | 424,69 | 100,00% | 5 | 454,99 | 100,00% | 5 |
| Vallès Occidental Est | 423,06 | 100,00% | 18 | 434,83 | 100,00% | 18 | 439,05 | 100,00% | 18 | 437,71 | 100,00% | 18 |
| Vallès Occidental Oest | 454,88 | 100,00% | 10 | 453,90 | 100,00% | 11 | 459,85 | 100,00% | 12 | 453,5 | 100,00% | 12 |
| Alta Ribagorça | 382,48 | 100,00% | 1 | 403,13 | 100,00% | 1 | 274,97 | 100,00% | 1 | 351,49 | 100,00% | 1 |
| Catalunya | 404,98 | 96,85% | 338 | 403,95 | 100,00% | 351 | 421,23 | 99,72% | 355 | 434,58 | 87,6% | 295 |

| Programació de visites a través d'internet (percentatge d'EAP) <i>Referència: www.gub.cat</i> | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | | |
|---|----------------|------------|-------------------|----------------|------------|-------------------|------------|---|-------------------|---------------|------------|-------------------|------------|
| | Indicador AP15 | n | %UP dades vàlides | Indicador AP14 | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | %UP dades vàlides | Indicador | n | %UP dades vàlides | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Alt Urgell | 100,00% | 2 | 100,00% | | 0 | 0,00% | N/A | | 0 | 0,00% | N/A | | N/A |
| Cerdanya | 0,00% | 1 | 100,00% | | | 0,00% | N/A | | | 0,00% | N/A | | N/A |
| Pallars Jussà - Pallars Sobirà | 100,00% | 3 | 100,00% | | 0 | 0,00% | N/A | | 0 | 0,00% | N/A | | N/A |
| Val d'Aran | | 0 | 0,00% | N/A | | | | | | | | | |
| Lleida | 95,45% | 22 | 100,00% | 95,45% | 22 | 100,00% | N/A | | 22 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Alt Camp i Conca de Barberà | 100,00% | 4 | 100,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | N/A | | 4 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Baix Camp | 58,33% | 12 | 100,00% | 100,00% | 12 | 100,00% | N/A | | 12 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Baix Penedès | 0,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | 3 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Tarragonès | 66,67% | 12 | 92,31% | 92,31% | 13 | 100,00% | N/A | | 13 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Altrebrat | 100,00% | 1 | 25,00% | 100,00% | 4 | 100,00% | N/A | | 4 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Baix Ebre | | 0 | 0,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | 5 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Montsià | | 0 | 0,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | 3 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Alt Maresme - Selva Marítima | 62,50% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | N/A | | 8 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Baix Empordà | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | 5 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Alt Empordà | 100,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | N/A | | 8 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Garrotxa | 50,00% | 4 | 100,00% | 50,00% | 4 | 100,00% | N/A | | 4 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior | 78,57% | 14 | 100,00% | 100,00% | 14 | 100,00% | N/A | | 14 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Ripollès | 66,67% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | 3 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Anoia | 100,00% | 8 | 100,00% | 100,00% | 8 | 100,00% | N/A | | 8 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Bages - Solsonès | 100,00% | 14 | 93,33% | 100,00% | 15 | 100,00% | N/A | | 15 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Berguedà | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | 3 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Osona | 90,00% | 10 | 100,00% | 100,00% | 10 | 100,00% | N/A | | 10 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Alt Penedès | 100,00% | 3 | 100,00% | 100,00% | 3 | 100,00% | N/A | | 3 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Baix Llobregat Centre - Fonsantia | 100,00% | 13 | 100,00% | 100,00% | 13 | 92,86% | N/A | | 13 | 92,86% | N/A | | N/A |
| Baix Llobregat l'Hospitalet - El Prat | 100,00% | 15 | 100,00% | 100,00% | 4 | 26,67% | N/A | | 4 | 26,67% | N/A | | N/A |
| Baix Llobregat Litoral | 100,00% | 11 | 100,00% | 100,00% | 10 | 100,00% | N/A | | 10 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Baix Llobregat Nord | 80,00% | 5 | 100,00% | 83,33% | 6 | 100,00% | N/A | | 6 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Baix Montseny | 0,00% | 1 | 100,00% | | 0 | 0,00% | N/A | | 0 | 0,00% | N/A | | N/A |
| Barcelona | 81,82% | 66 | 100,00% | 93,44% | 61 | 92,42% | N/A | | 61 | 92,42% | N/A | | N/A |
| Barcelonès Nord - Baix Maresme | 52,17% | 23 | 100,00% | 82,35% | 17 | 77,27% | N/A | | 17 | 77,27% | N/A | | N/A |
| Garraf | 100,00% | 5 | 100,00% | 100,00% | 5 | 100,00% | N/A | | 5 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Vallès Oriental Central | 20,00% | 10 | 100,00% | 100,00% | 2 | 20,00% | N/A | | 2 | 20,00% | N/A | | N/A |
| Maresme | 91,67% | 12 | 100,00% | 100,00% | 12 | 100,00% | N/A | | 12 | 100,00% | N/A | | N/A |
| Baix Vallès | 0,00% | 5 | 100,00% | | 0 | 0,00% | N/A | | 0 | 0,00% | N/A | | N/A |
| Vallès Occidental Est | 77,78% | 18 | 100,00% | 85,71% | 7 | 38,89% | N/A | | 7 | 38,89% | N/A | | N/A |
| Vallès Occidental Oest | 10,00% | 10 | 100,00% | 0,00% | 9 | 81,82% | N/A | | 9 | 81,82% | N/A | | N/A |
| Alta Ribagorça | 100,00% | 1 | 100,00% | | 0 | 0,00% | N/A | | 0 | 0,00% | N/A | | N/A |
| Catalunya | 77,30% | 335 | 95,99% | 92,20% | 296 | 84,33% | N/A | | 296 | 84,33% | N/A | | N/A |

(1) Al 2007 es va variar la formulació de l'indicador de control de la hipertensió arterial acceptable enlloc d'òptim (control òptim: PA sistòlica <140 mm Hg i PA diastòlica <90 mm Hg (la darrera determinació de PA és vàlida quan s'ha fet durant l'any avaluat); en pacients diabètics, es considerarà control òptim una PA sistòlica <130 mm Hg i una PA diastòlica <80 mm Hg)

(2) A la compra de 2008 es va modificar el títol de l'indicador de control acceptable de la diabetes (abans control metabòlic de la diabetes) però mantenint els criteris de control: HbA1c <8% , o dues desviacions estàndard de la xifra òptima facilitada per cada laboratori de referència; per a l'indicador de bon control metabòlic, s'utilitzarà de manera preferent el criteri de l'hemoglobina glicada; que consisteix en estar dues desviacions estàndard per sota de la xifra òptima que facilita cada laboratori de referència; habitualment HbA1c <8%, si no es disposa dels valors de l'hemoglobina HbA1c, es pot utilitzar com a criteri de bon control metabòlic dues desviacions estàndard per sota de la xifra òptima per la l'HbA1 (habitualment <9,5%) o valors de glucèmia inferiors a 126 mg/dl. La darrera determinació d'hemoglobina glucosilada o de glucèmia és vàlida quan s'ha fet durant el segon semestre de l'any avaluat i hipertensió arterial acceptable enlloc d'òptim.

(3) L'any 2006, es demanaven per separat les altes dels hospitals i les altes socioassistències. L'any 2007, l'indicador ja no es desagrega.

(4) Mancances de dades vàlides per a calcular l'indicador AP12b de l'avaluació del 2009

(5) El total de l'any 2006 s'ha obtingut directament del informe de l'avaluació de l'any 2006. No es disposa de les dades amb el detall per RS i per GTS.

(6) L'any 2009 hi va haver canvis en els criteris d'inclusió dels codis diagnòstics dels problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatoria (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC); s'hi van afegir tots els casos amb diagnòstic de cardiopatia isquèmica i determinats diagnòstics secundaris com la HTA.