



# **FINESTRA ÚNICA: Model d'Atenció Ambulatòria i Coordinació Atenció Primària-Atenció Hospitalària**

**David Mérida** ([dmerida@cst.cat](mailto:dmerida@cst.cat); [rdi@cst.cat](mailto:rdi@cst.cat); tl. 936991729),  
Antonio Sánchez, Jaume Boadas, Montse Ureña, Lourdes  
Vaquero, Núria Pagès, Elisabet González, Mamen Carmona,  
Miquel Burgaya, Lourdes Montes, Vicenç Usieto, Ángel Franco

**Consorci Sanitari de Terrassa**

Categoria a la qual s'opta: **Premi a l'excel·lència en projectes en  
gestió d'organitzacions**

## **Descripció del projecte**

El model tradicional d'atenció ambulatoria es basa en tres àmbits d'atenció separats: l'atenció primària (AP), l'atenció hospitalària (AH) i l'atenció sociosanitària (AS).

En la majoria d'organitzacions, aquest model es caracteritza per una escassa comunicació i dificultats de coordinació entre els diferents professionals que no comparteixen la mateixa informació, redundància d'exploracions complementàries, pràctiques clíniques poc uniformes i desplaçaments del pacient a diferents dispositius de diversos nivells assistencials (Cook RI.; Marquet R.). És freqüent les dificultats per articular una relació àgil entre els professionals amb manca de participació en la presa de decisions sobre pacients complexos.

D'altra banda, del desenvolupament de l'AH ambulatoria es centra en un important volum de visites successives sistemàtiques i fins a cert punt innecessàries, degudes a la inèrcia i al desconeixement de la tasca que fa l'AP i la seva capacitat resolutiva.

Per tant, l'atenció es caracteritza per:

- Excessiva demora en la solució dels problemes clínics dels pacients quan intervenen diferents nivells assistencials per manca de coordinació.
- Visites presencials amb poc valor afegit
- Deficient coordinació AP-AH

Se'ns planteja la necessitat de desenvolupar i implementar un sistema integrat de coordinació i comunicació entre els tres àmbits que permeti oferir a la població una atenció de qualitat que agilitzi es processos d'atenció, optimitzi el temps i els recursos i que tingui impacte en la millora en dels resultats clínics (Foy R. Et al.).

**La Finestra Única es UNA MANERA de gestionar i abordar les dificultats de coordinació PELS professionals assistencials i la incertesa de la resposta de l'AH a les derivacions mèdiques PER TAL DE millorar l'accessibilitat dels pacients a l'AH, reduir el temps de resposta davant problemes clínics, millorar la seguretat en l'atenció no presencial, i disposar de millor control de les llistes d'espera.**

### **Objectiu.**

**L'objectiu principal** del projecte va ser el poder implantar un nou model d'atenció ambulatoria més resolutiva que permetés millorar els fluxos de comunicació amb la conseqüent millora assistencial pels pacients i gestora pels professionals.

L'experiència acumulada al llarg del temps per tots els actors que han participat en el desenvolupament de la Finestra Única ha estat cabdal per poder organitzar i millorar totes aquestes accions i així aconseguir la nostra fita principal: millorar l'atenció als nostres usuaris i el nivell d'eficàcia dels nostres professionals.

**Els objectius específics** van ser:

1. Dissenyar sistemes i protocols de derivació consensuats per totes les persones professionals implicades, per tal de què tothom estés informat i sabés la manera d'actuar.
2. Dissenyar un sistema d'integració de dades entre els diferents sistemes de la informació que es fan servir actualment al CST.
3. Desplegar la FU de manera progressiva en el CST.

4. Implementar la FU a d'altres entitats i escalar-ho al sistema català de Salut.

### **Mètode de treball.**

La nostra solució es basa en (**Figura 1**):

**1. Transformació Digital:** Desenvolupament d'una eina informàtica integradora ECAP-IS3-GC "Finestra Única" que permeti rebre i gestionar tota la informació de manera unificada, orientant en la millor atenció i maneig pel pacient, i incloent la resposta al metge derivador. Monitoritzable. Reproduïble. Controlable. Escalable.

**2. Atenció no presencial amb l'ús de les noves tecnologies:** fer de manera presencial només allò que sigui necessari. Desplegament de les eines d'atenció no presencial per facilitar-ho: eConsulta, videoConsulta i trucada telefònica.

**3. Visita integrada:** unificant al màxim els contactes presencials en un únic acte assistencial, evitant desplaçaments innecessaris sempre que sigui possible i coordinant les exploracions complementàries prèvies a la visita en l'atenció hospitalària. Realitzar els contactes presencials en un únic acte (prova + visita, per exemple).

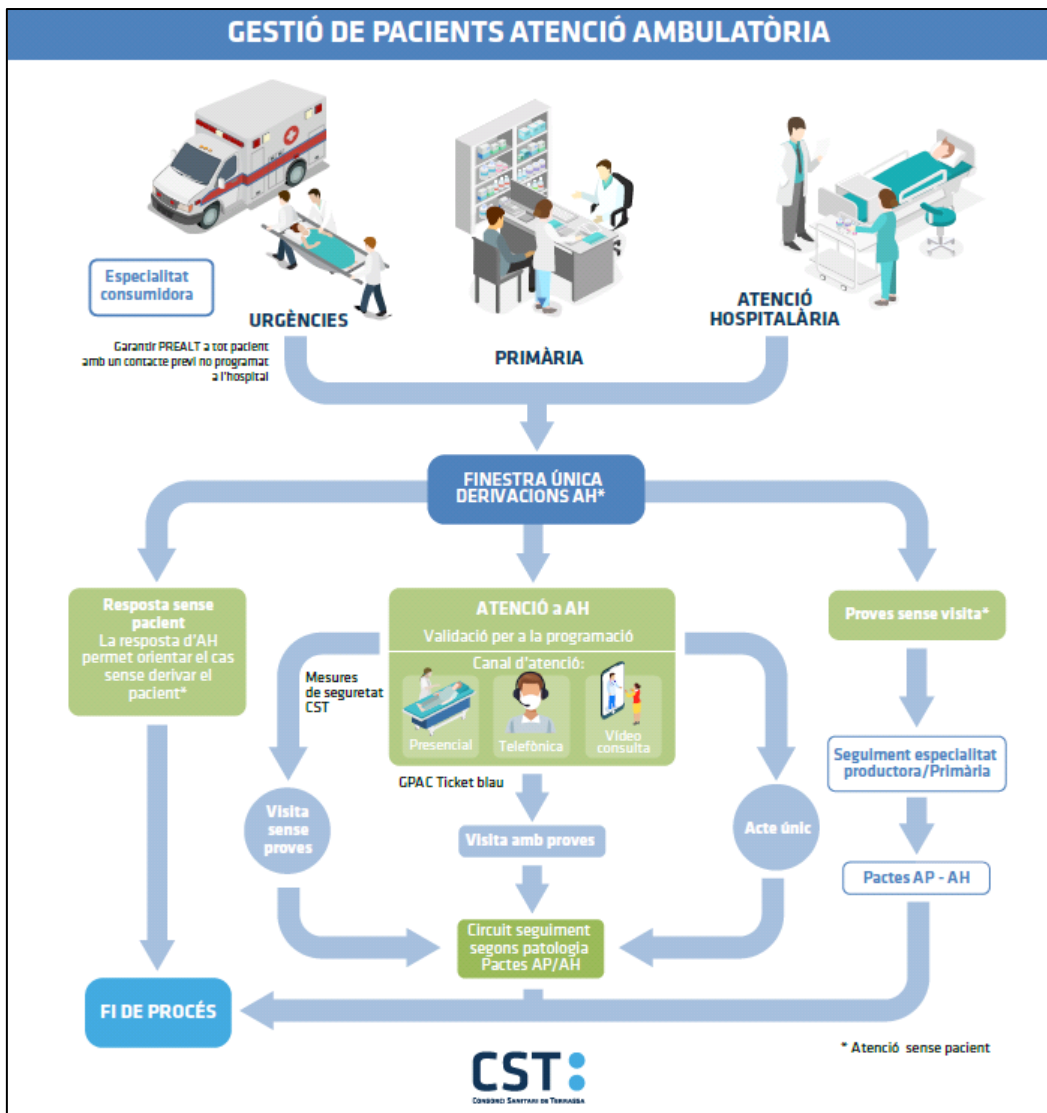
Per fer això les accions dutes a terme van ser:

- a) Anàlisi de la situació actual del model d'atenció primària/hospitalària/especialitzada.
- b) Planificació de la solució amb Sistemes de la Informació.
- c) Disseny dels nous fluxos de processos i estandardització per serveis.
- d) Disseny de la solució digital i integració en els actuals sistemes de gestió.
- e) Avaluació de les millores en els fluxos assistencials gràcies a la solució aportada.
- f) Integració amb TICSALUT i exportació a d'altres centres sanitaris.

La innovació del projecte radica en l'estandardització de processos i en la integració digital dels mateixos. Bàsicament, el que pretén la Finestra Única és ordenar una part dels fluxos d'informació entre professionals que utilitzen les eines digitals actuals i millorar la seva gestió. Aquests fluxos d'informació poden tenir diferents orígens i destinataris:

- I. Flux entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària (Gestor CST) i professionals de l'atenció primària (ECAP).
- II. Flux entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària (Gestor CST).
- III. Flux entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària (Gestor CST) i la unitat GPAC (UniVerse).
- IV. Flux entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària (Gestor CST) i professionals de centres no CST (ECAP o altres programaris).

Actualment només hem detectat una solució similar al **SERGAS** implementada únicament pel servei de Cardiologia.



**Figura 1.** Model de fluxos i integració de la Finestra Única.

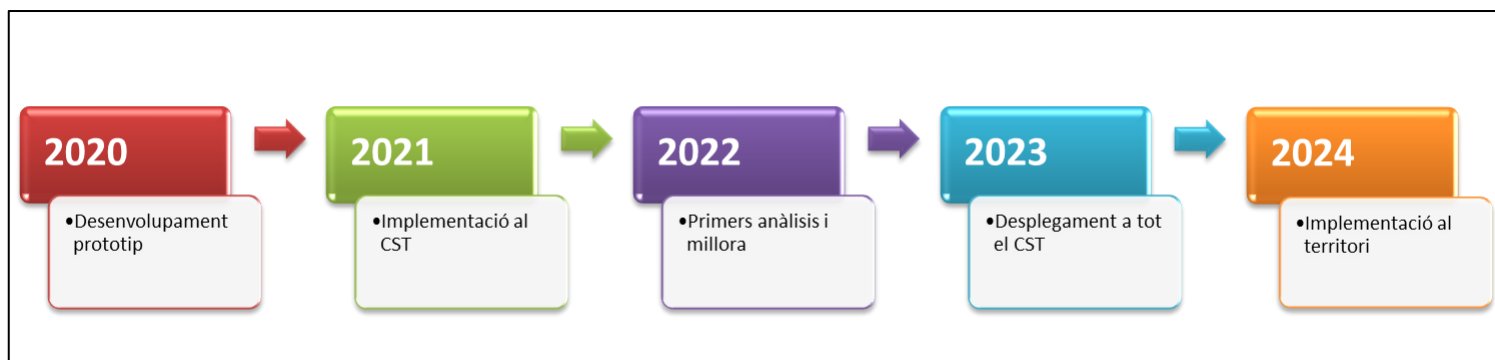
### Calendari i lloc d'implantació.

El projecte Finestra Única es va iniciar al 2020 (**Figura 2**), fruit de la necessitat d'integrar informació dels diferents àmbits assistencials del CST, arrel de la pandèmia de la COVID-19.

Durant el 2020 es va desenvolupar el prototip, que es va implementar en el 2021 en el sí del CST, i va permetre la seva validació i millora posterior.

Actualment la FU està totalment implementada al CST, i ens permet recollir dades periòdiques dels fluxos de derivació en funció del temps, del servei, de les proves sol·licitades, de les respostes donades

Tanmateix la FU està servint com a model pel Departament de Salut per implementar a tot el territori un sistema integrat d'atenció primària i hospitalària. De moment, el Departament de Salut ha dissenyat el model d'integració, però som l'única entitat de Catalunya que ha desenvolupat i està fent servir un model propi d'integració.



**Figura 2.** Cronograma.

### Participants.

Han participat tots els centres d'Atenció Primària i Comunitària i l'Hospital de Terrassa, involucrant als següents professionals: Assistencials, Qualitat i Seguretat del Pacient, Sistemes de la Informació, Atenció al Pacient i Usuari, Recerca i Innovació, Control de Gestió, Gerència.

### Descripció de la intervenció.

#### a) Anàlisi de la situació actual del model d'atenció primària/hospitalària/especialitzada.

Abans del desenvolupament de l'eina, al 2020, es va fer l'anàlisi de la situació en aquell moment (**Taula 1**). Gairebé el 100% dels casos eren atesos presencialment, i només es feien visites telefòniques esporàdiques. La prioritització es feia només per les llistes d'espera, la visita integrada només estava implementada en algunes especialitats i no estava clara la pregunta assistencial entre Atenció Primària i Atenció Hospitalària. L'atenció presencial es feia només després d'haver estat programada.

#### b) Planificació de la solució amb Sistemes de la Informació.

Es va treballar amb sistemes de la informació per tal de crear una eina que permetés la integració. En l'entorn CST ja disposàvem de les següents eines:

- **ECAP (Estació Clínica d'Atenció Primària):** L'ECAP és el programa d'història clínica informatitzada que utilitzen els professionals de la salut i de l'atenció social que treballen als centres d'atenció primària i d'atenció especialitzada extrahospitalària quan atenen i visiten la ciutadania.
- **Gestor CST:** El Gestor CST és el programa d'història clínica informatitzada que utilitzen els professionals de la salut i de l'atenció social que treballen oferint atenció especialitzada hospitalària al CST. El Gestor CST és un software de desenvolupament intern fet amb Delphi 10.4 i utilitza UniVerse (següent punt) com a base de dades.
- **UniVerse:** UniVerse és un servidor de base de dades postrelacional i multidimensional de fàcil ús. Aquest model de dades 'MultiValue' combina la robustesa de sistemes de control de base de dades tradicionals amb una gran potència i versatilitat, permetent un modelatge intuïtiu de dades. Gran part de la gestió administrativa dels pacients es fa amb programari implementat amb les eines de desenvolupament ofertes pel mateix UniVerse.

Tant l'ECAP com el Gestor CST són eines de gestió clínica i administrativa que ofereixen una visió integral de la persona al llarg del seu cicle vital i en els seus diferents processos de salut i malaltia. A l'entorn CST teníem aquestes dues eines integrades de la següent forma:

- Integració de les dades d'afiliació del pacient entre ECAP i UniVerse (en ambdós sentits).
- Integració de dades assistencials entre ECAP i UniVerse via HC3.
- Integració de missatgeria generada a l'atenció especialitzada hospitalària cap a ECAP.

Amb la Finestra Única és varen ordenar una part dels fluxos d'informació entre professionals que utilitzen aquestes eines, millorant la seva gestió. Aquests fluxos d'informació poden tenir diferents orígens i destinataris:

- Flux entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària (Gestor CST) i professionals de l'atenció primària (ECAP).
- Flux entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària (Gestor CST).
- Flux entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària (Gestor CST) i la unitat GPAC (UniVerse).
- Flux entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària (Gestor CST) i professionals de centres no CST (ECAP o altres programaris).

Quan el flux d'informació era entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària i professionals de l'atenció primària o de professionals de centres no CST es feia mitjançant l'integrador de serveis de salut IS3.

IS3 és una plataforma tecnològica d'interoperabilitat per a la gestió dels processos assistencials mitjançant la integració entre els diferents sistemes d'informació dels proveïdors de salut i serveis socials. Aquest model comú de comunicació permet millorar l'assistència, la qualitat de vida de la ciutadania i la planificació dels recursos, especialment en l'àmbit de la cronicitat o de les pluripatologies. En el nostre cas, mitjançant aquesta plataforma, s'integren tant les peticions de derivació com les respostes entre els sistemes de gestió de l'activitat assistencial

**c) Disseny dels nous fluxos de processos i estandardització per serveis, i**

**d) Disseny de la solució digital i integració en els actuals sistemes de gestió.**

Si tenim en compte l'escenari previ, el desenvolupament fet amb la Finestra Única ha estat el següent (**Figura 3**):

### **1. Gestor CST / UniVerse:**

A) Es va desenvolupar un mòdul al Gestor CST per poder gestionar les sol·licituds d'assistència fetes als professionals de l'atenció especialitzada hospitalària. Aquest mòdul dona resposta als següents requeriments:

- i. És comú a tots els professionals que reben sol·licituds d'assistència.
- ii. Defineix d'una manera simple les accions que es poden fer al gestionar una sol·licitud:
  - Segueix el procés amb la/el professional d'origen.
  - Segueix el procés a l'especialitat destí.
  - Demanar proves per tornar a valorar la prestació sol·licitada.
  - Altres: redirigir a una altre especialitat, indicar que la prestació sol·licitada no pertany a la nostra cartera de serveis, ...
- iii. Permet al professional interactuar amb GPAC donant i rebent indicacions.
- iv. Permet al professional demanar proves a l'usuari per poder tenir els resultats el dia que el visiti.
- v. Permet fer l'activitat 'al moment' (pacients ingressats).

B) Es va integrar la validació dels fluxos d'integració de l'IS3.

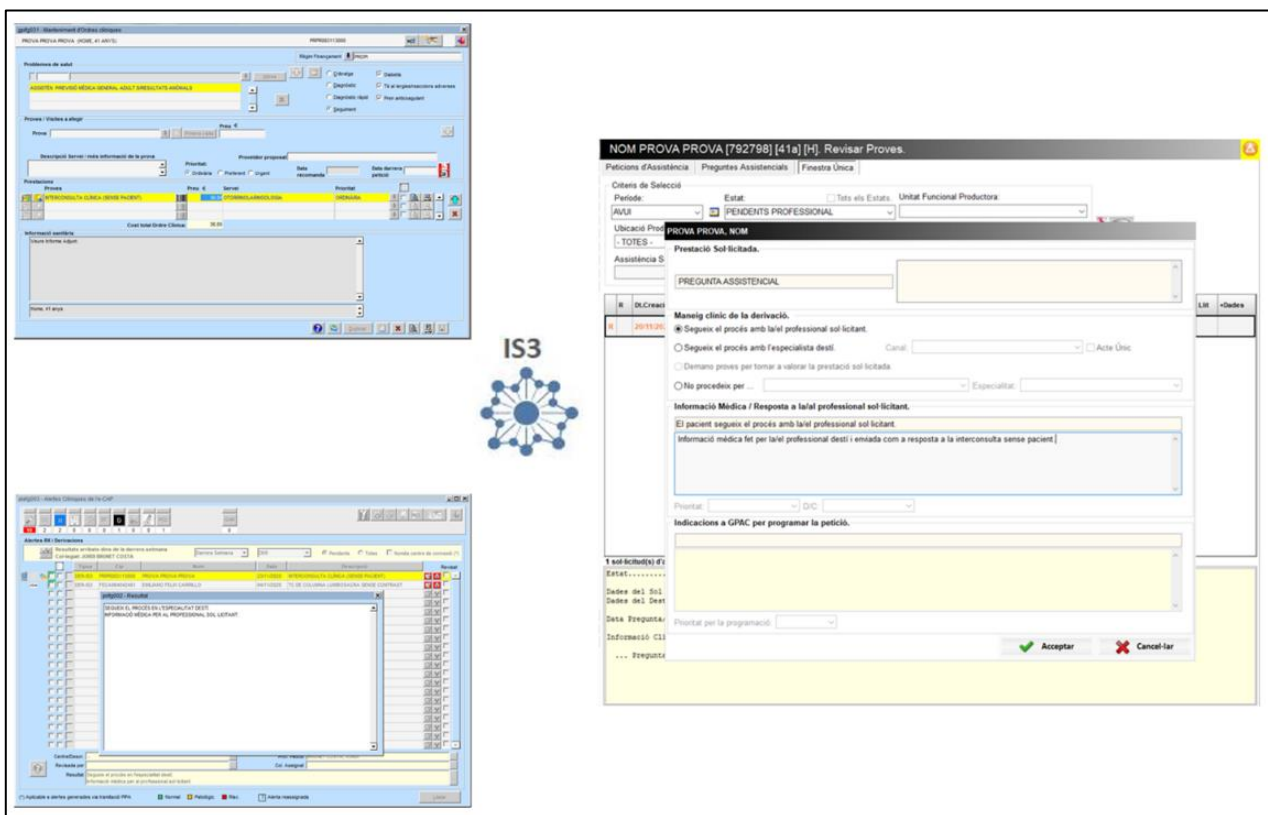
C) Es va desenvolupar el mòdul de missatgeria entre l'atenció especialitzada hospitalària i la/el professional d'origen. Aquest mòdul ha permès poder decidir sota quines condicions s'ha d'enviar un missatge.

D) Es va desenvolupar el mòdul de missatgeria entre professionals de l'atenció especialitzada hospitalària.

## 2. UniVerse:

Es van millorar les eines existents i desenvolupar noves eines per facilitar a GPAC la interacció amb la Finestra Única i la posterior gestió de les sol·licituds d'assistència.

- e) **Avaluació de les millores en els fluxos assistencials gràcies a la solució aportada. (veure Resultats).**
- f) **Integració amb TICSALUT i exportació a d'altres centres sanitaris. (veure conclusions).**



**Figura 3.** Integració digital de la història clínica electrònica en la plataforma de la Finestra Única.

### Resultats obtinguts. Indicadors.

La Taula 1 resumeix les millores obtingudes fruit de la implementació de la Finestra Única en el CST. Després de la Prova pilot al 2020, en l'actualitat s'han rendibilitzat al màxim les estructures per fer visites presencials sempre però a més s'ha desenvolupat l'eConsulta Hospitalària i la videoconsulta grupal, adaptant el registre d'acció assistencial i el canal de comunicació amb els SSII. S'han desenvolupat i implementat els criteris de de prioritització clínica incorporant la informació de la gestió en llistes d'espera, millorant la gestió de les agendes. S'ha desplegat l'acte únic en totes les especialitats, i s'ha creat la central de programació.

**Taula 1.** Escenari previ a la implementació de la Finestra Única al CST així com millores obtingudes en l'actualitat gràcies a aquesta integració.

	Abans març 2020	Després setembre 2020	Actualment
1. Atenció presencial	Gairebé el 100 %, excepte algunes visites telefòniques	Disminució visites presencials i increment visites no presencials, mantenint l'activitat.	S'han rendibilitzat al màxim les estructures per les visites presencials.
2. Atenció no presencial	Només visites telefòniques	Visites telefòniques i videotrucades (plataforma TicSalut) Adequació informació del canal de comunicació en el SMS	S'ha desenvolupat la eConsulta hospitalària i videoconsulta grupal. S'ha adaptat el registre d'acció assistencial i el canal de comunicació als SSII.
3. Priorització clínica	Només la prioritització per les llistes espera	Priorització clínica per totes les peticions de programació : alta, mitja , baixa.	S'ha avançat en la gestió de les agendes per prioritització clínica, incorporant la informació en la gestió de llistes espera.
4. Visita integrada (acte únic)	Algunes especialitats	Algunes especialitats.	S'ha fet el desplegament de l'acte únic en totes les especialitats que ho requereien.
5. Finestra única	Pregunta assistencial entre AP-AH	Integració de la pregunta assistencial en el projecte. AP-AH AH-AH Comunicació al metge sol·licitant de les gestions realitzades.	S'han incorporat totes les especialitats, començant pels serveis territorials i les especialitats amb criteris de derivació consensuats amb AP.
6. Gestió de pacients	Atenció presencial després de la visita per la programació	Gestió de les programacions de manera diferida (SMS, @) Mínima atenció presencial després de la visita.	S'ha creat la central de programació que incorpora dies de teletreball.

L'anàlisi de les dades de l'any 2022 (**Taula 2**) ens indica que gairebé el 90% de les sol·licituds de primera vista presencial que fa la especialitat d'origen s'accepta per l'especialitat destí, fet que està fonamentat en l'adequació de la derivació i el consens en el protocols utilitzats

Tan sols un 5% de derivacions en origen són no procedents, moltes d'elles pertanyen a un altre especialitat i es redirigeix sense necessitat de cap intervenció en origen.

Quan la interconsulta sense pacient (pregunta assistencial) valorada per la especialitat destí considera que cal visita, es genera directament sense necessitat de cap més intervenció en origen.

A més, el temps mig per donar resposta a una valoració de la pregunta assistencial o petició de primera visita és de 5 dies (**Taula 3**).

Val a dir, que encara hi ha marge de millora en algunes especialitats on el temps de valoració de la primera visita o de resposta a la pregunta assistencial continua sent elevat.

D'altra banda, el baix percentatge de reconsulta pel mateix motiu de consulta en menys de 30 dies (0.5%) reflexa la correcta adequació de la resposta sense pacient que emet la especialitat destí front la interconsulta generada en origen (**Taula 4**).



**Taula 2. Resultats de gestió de preguntes assistencials i derivacions del 2022.**

<b>Nº PETICIONS PREGUNTES ASSISTENCIALS I PRIMERES VISITES TOTAL 2022</b>			
<b>50074</b>			
<b>MANEIG CLÍNIC</b>	<b>PREGUNTA SENSE PACIENT</b>	<b>PRIMERA VISITA</b>	<b>Total</b>
NO PROCEDEIX	10,44%	5,14%	5,76%
SEGUEIX PROCÉS AMB ESPECIALISTA DESTÍ	38,95%	89,36%	83,51%
SEGUEIX PROCÉS AMB PROFESSIONAL SOL·LICITANT	50,60%	5,50%	10,73%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
<b>MOTIUS DERIVACIÓ "NO PROCEDEIX"</b>		<b>Peticions</b>	<b>%</b>
CORRESPON A UNA ALTRA ESPECIALITAT		944	26%
NO CORRESPON A LA NOSTRA ÀREA D'INFLUÈNCIA (ABS-ESPECIALITAT DESTÍ)		744	21%
CAL MÉS INFORMACIÓ CLÍNICA PER VALIDAR LA SOL·LICITUD		723	20%
NO RESPON ALS CRITERIS DE DERIVACIÓ D'AQUESTA ESPECIALITAT		439	12%
CORRESPON A UNA ALTRA SUB-ESPECIALITAT (EQUIP DE TREBALL)		375	10%
CAL REDIRIGIR LA SOL·LICITUD		230	6%
NO CORRESPON A LA CARTERA DE SERVEIS DEL CATALUT		85	2%
NO DISPONIBLE A LA NOSTRA CARTERA DE SERVEIS		56	2%
<b>TOTAL</b>		<b>3596</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>3596</b>	<b>100%</b>
<b>Esp_Cons</b>	<b>MOTIUS NOVA DERIVACIÓ &lt; 30 DIES</b>	<b>NOVA PETICIÓ &lt; 30 DIES</b>	<b>%</b>
<b>MEDICINA DE FAMILIA</b>	NO PROCEDEIX	9	5%
	SEGUEIX PROCÉS AMB ESPECIALISTA DESTÍ	198	75%
	SEGUEIX PROCÉS AMB PROFESSIONAL SOL·LICITANT	36	16%
<b>PEDIATRIA GENERAL PRIMARIA</b>	NO PROCEDEIX	1	1%
	SEGUEIX PROCÉS AMB ESPECIALISTA DESTÍ	4	2%
<b>NO IDENTIFICAT</b>	NO IDENTIFICAT	2	1%
<b>Total</b>		<b>250</b>	<b>100%</b>

**Taula 3. Temps de resposta a donar una primera visita o a respondre la pregunta assistencial.**

<b>PRIMERA</b>		<b>PREGUNTA ASSISTENCIAL</b>	
<b>ESPECIALITAT</b>	<b>Promig de Demora Resposta</b>	<b>ESPECIALITAT</b>	<b>Promig de Demora Resposta</b>
AL LERGOLÒGIA	4	AL LERGOLÒGIA	5
CARDIOLÒGIA	10	ANESTESIOLÒGIA	117
CARDIOLÒGIA PEDIÀTRICA	6	CARDIOLÒGIA	7
CIRURGIA GENERAL	3	CARDIOLÒGIA PEDIÀTRICA	5
CIRURGIA PEDIÀTRICA	2	CIRURGIA GENERAL	3
CIRURGIA PLÀSTICA I REPARADORA	3	CIRURGIA PEDIÀTRICA	3
CIRURGIA TORÀCICA	45	CIRURGIA PLÀSTICA I REPARADORA	13
CIRURGIA VASCULAR	4	CIRURGIA VASCULAR	3
CONSELL GENÈTIC (ONCOLÒGIC)	5	DERMATOLÒGIA	2
DERMATOLÒGIA	1	DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE	75
DIGESTOLÒGIA	3	DIGESTOLÒGIA	5
ENDOCRINOLÒGIA	2	ENDOCRINOLÒGIA	2
ENDOCRINOLÒGIA PEDIÀTRICA	10	ENDOCRINOLÒGIA PEDIÀTRICA	14
GASTROENTEROLÒGIA PEDIÀTRICA	6	FARMÀCIA	8
GERIÀTRIA SS	104	GASTROENTEROLÒGIA PEDIÀTRICA	16
GINECOLÒGIA	4	GERIÀTRIA SS	20
HEMATOLÒGIA	2	GINECOLÒGIA	10
HEMATOLÒGIA PEDIÀTRICA	6	HEMATOLÒGIA	2
MEDICINA DE L'ESPORT	47	HEMATOLÒGIA PEDIÀTRICA	4
MEDICINA INTENSIVA	11	MEDICINA INTERNA	11
MEDICINA INTERNA	6	NEFROLOGIA	3
NEFROLOGIA	34	NEFROLOGIA PEDIÀTRICA	6
NEFROLOGIA PEDIÀTRICA	3	NEUROLOGIA	6
NEONATOLOGIA	27	NEUROLOGIA PEDIÀTRICA	3
NEUROLOGIA	6	NUTRICIO	2
NEUROLOGIA PEDIÀTRICA	4	OBSTÈTRICIA	3
NUTRICIO	6	OBSTÈTRICIA/GINECOLÒGIA	5
OBSTÈTRICIA	3	OFTALMOLÒGIA	38
OBSTÈTRICIA/GINECOLÒGIA	4	ONCOLOGIA	3
OFTALMOLÒGIA	4	OTORINOLARINGOLÒGIA	3
ONCOLOGIA	2	PAL·LIATIVA	4
OTORINOLARINGOLÒGIA	1	PEDIATRIA GENERAL	20
PAL·LIATIVA	0	PNEUMOLÒGIA	27
PEDIATRIA GENERAL	12	PNEUMOLÒGIA PEDIÀTRICA	3
PNEUMOLÒGIA	56	PSICOLOGIA	5
PNEUMOLÒGIA PEDIÀTRICA	17	PSICOLOGIA INFANTOJUVENIL	6
PSICOLOGIA	5	PSIQUIATRIA	5
PSICOLOGIA INFANTOJUVENIL	6	PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL	10
PSIQUIATRIA	5	REHABILITACIÓ	3
PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL	56	REUMATOLOGIA	7
REHABILITACIÓ	2	TRAUMATOLOGIA	6
REUMATOLOGIA	20	UROLOGIA	18
TRAUMATOLOGIA	4		
UROLOGIA	21		
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>Total general</b>	<b>6</b>

**Taula 4. Rederivacions.**

Nº PETICIONS PREGUNTES ASSISTENCIALS I PRIMERES VISITES			
50074			
PREGUNTES ASSISTENCIALS I PRIMERES VISITES			
DESCRIPCIÓ DEL MANEIG QUE S'HA FET DE LA DERIVACIÓ	PREGUNTA ASSISTENCIAL	PRIMERA	Total
NO PROCEDEIX	607	2276	2883
SEGUEIX PROCÉS AMB ESPECIALISTA DESTÍ	2264	39552	41816
SEGUEIX PROCÉS AMB PROFESSIONAL SOL·LICITANT	2941	2434	5375
<b>Total</b>	<b>5812</b>	<b>44262</b>	<b>50074</b>
ESPECIALITAT QUE HA FET LA REDERIVACIÓ	DESCRIPCIÓ DEL MANEIG QUE S'HA FET DE LA DERIVACIÓ	N TOTAL REDERIVACION EN MENYS DE 30 DIES	%
MEDICINA DE FAMILIA	NO PROCEDEIX	8	5%
	SEGUEIX PROCÉS AMB ESPECIALISTA DESTÍ	195	76%
	SEGUEIX PROCÉS AMB PROFESSIONAL SOL·LICITANT	36	16%
PEDIATRIA GENERAL PRIMARIA	NO PROCEDEIX	1	1%
	SEGUEIX PROCÉS AMB ESPECIALISTA DESTÍ	4	2%
<b>Total</b>		<b>244</b>	<b>100%</b>

**0,5 % DE REDERIVACIONS EN < 30 DÍES**

### Conclusions.

- ✓ La Finestra Única és un nou sistema de gestió que integra protocols consensuats entre atenció primària i hospitalària.
- ✓ És una eina versàtil que permet escollir lliurement el tipus de derivació a realitzar des dem l'AP i AH escull lliurement el tipus de resposta a realitzar. Permet la gestió de sol·licituds de proves durant la validació.
- ✓ La informació que arriba a l'AP després de la validació està filtrada per evitar missatges a la "bústia" que no aportin valor.
- ✓ Tota l'activitat ambulatoria està ordenada en una única finestra de validació.
- ✓ Permet redireccionar les peticions entre especialitats i subespecialitats.

**Expectatives futures:** Integrar la FU a d'altres hospitals del territori i a tot el territori català. En aquest sentit el Departament de salut ja ha fet un document basant-se en la FU, però encara ha de desplegar la operativitat al territori.

### Bibliografia

Cook RI. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. BMJ. 18 de marzo de 2000;320(7237):791-4.

Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, Shekelle PG. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. Ann Intern Med. 2010 Feb 16;152(4):247-58. doi: 10.7326/0003-4819-152-4-201002160-00010. PMID: 20157139.

Marquet R. Los médicos de familia y los otros especialistas. Atencion Primaria, 55 (2023):102791

SERGAS: SERVIZO GALEGO DE SAÚDE. CETIR (PLATAFORMA DE COMUNICACIÓN EN TEMPO REAL). <https://www.sergas.es/Hospital-2050---Innova-Saude/IS-CETIR>