



Mapa del sistema de salut de Catalunya

Grup de treball d'atenció basada en el valor

Desembre 2025

Autoria

Lideratge:

Jordi Varela

Secretaries tècniques:

Celia Calvo

Blanca de Gispert

Membres:

Alba Benaque

Xavier Bonfill

Mercè Cardona

Roque Cardona

Johanna Caro

Yolima Cossio

Sarai Cuevas

Ramon Cunillera

Jordi Daniel

Belén Enfedaque

David Font

Gloria Gálvez

Robert Güerri

Carles Illa

Àngels López

Montse Moharra

Àngels Morales

Xavier Montalban

Núria Nadal

Joan de Pablo

Ferran Roche

Cristina Roure

Anna Sant

Índex de contingut

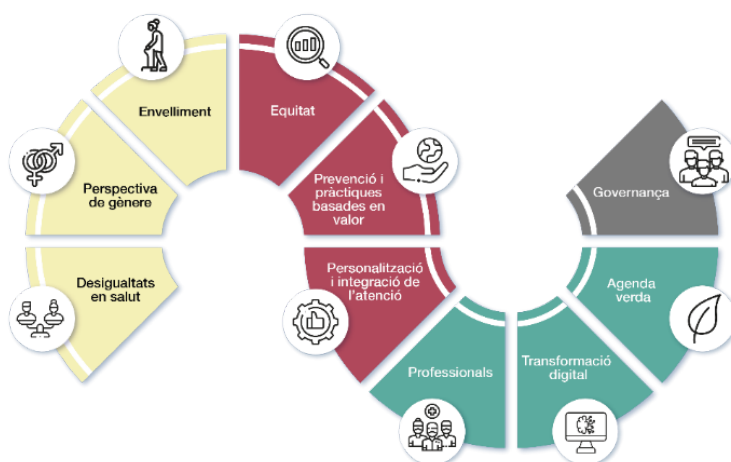
0.	Introducció	4
1.	Resum executiu	5
2.	Justificació	7
3.	Context	8
4.	Visió compartida	10
5.	Punts febles i punts forts.....	10
6.	Oportunitats	11
7.	Objectius estratègics. Què volem aconseguir?	12
8.	Accions operatives.....	15
9.	Referències	22
10.	Annex	24

0. Introducció

Aquest document s'emmarca en el procés d'elaboració del nou **Mapa del sistema de salut de Catalunya**, amb l'objectiu d'ordenar territorialment el sistema i avançar en la seva transformació operativa.

En aquest context, la Direcció General de Planificació en Salut ha impulsat la constitució de vuit grups de treball, en els quals han participat més de 230 professionals de la salut, com també representants d'altres sectors i de la ciutadania. A aquests grups se'ls ha encarregat l'elaboració de propostes per avançar en els deu eixos de transformació transversal identificats com a prioritaris per al conjunt del sistema de salut (figura 1).

Figura 1. Deu eixos de transformació del nou mapa del sistema de salut



Aquest encàrrec parteix de la convicció que la transformació del sistema només és possible des de la construcció col·lectiva. Els professionals i la ciutadania són actors clau del canvi: coneixen la realitat dels territoris, l'organització dels serveis i les necessitats de la població, i aporten una mirada imprescindible per garantir la viabilitat, la qualitat i l'efectivitat de les propostes formulades.

En aquest marc, s'ha elaborat un document de bases del Grup de treball d'atenció basada en el valor que recull el conjunt d'anàlisis i propostes elaborades en aquest marc. El present document exposa els elements essencials amb una orientació operativa, amb la finalitat de facilitar-ne la comprensió i el debat, i de servir de guia per a la seva implementació.

Tot plegat forma part del procés de configuració del nou **Mapa del sistema de salut de Catalunya**, concebut com una eina de planificació dinàmica, capaç de planificar i actuar de manera simultània, orientada als resultats i a l'evidència, i que permeti aprendre i retroalimentar-se a mesura que el procés avança.

1. Resum executiu

El sistema de salut de Catalunya s'enfronta al repte d'oferir una atenció centrada en les persones, sostenible i orientada als resultats de valor. La ciutadania vol participar activament en les decisions sobre la seva salut, com també rebre una atenció que tingui en compte les seves preferències, fet que exigeix integrar l'experiència de pacient en la gestió i l'avaluació dels serveis. L'atenció continua orientada a l'activitat més que als resultats, amb pràctiques de poc valor i un repte persistent del 60-30-10 (60% d'atenció adequada, 30% de baix valor, 10% de danys).

A Catalunya, malgrat avenços com les recomanacions Essencial i les comissions MAPAC per millorar l'adequació clínica, la seva aplicació és desigual i la fragmentació entre nivells persisteix. Tot i la creació d'unitats i eines per a la presa de decisions compartides i experiències de cocreació en el disseny i avaluació de serveis, manca una estratègia global per incorporar de manera sistemàtica la veu dels pacients tant en les decisions que afecten directament al seu tractament, com en la seva participació en la planificació i avaluació de polítiques i serveis. Existeixen únicament algunes experiències incipients d'implementació de cadenes de valor. Factors socials, culturals, organitzatius i professionals dificulten la implantació d'aquest model. Aquest document proposa accions per avançar cap a un sistema de salut realment orientat al valor.

En aquest context, el grup de treball proposa els següents objectius i accions per ampliar la incorporació de l'atenció basada en el valor en el sistema de salut de Catalunya:

Objectius estratègics

1. Incorporar la promoció i l'anàlisi de l'adequació per part dels equips assistencials de tots els centres.
2. Impulsar un model de gestió del canvi basat en la millora de l'experiència de pacient.
3. Incrementar la participació de pacients, famílies i professionals en el procés de presa de decisions compartides.
4. Avançar cap a un model d'atenció assistencial que agrupi els pacients segons les seves necessitats sanitàries i socials, i que sigui multidisciplinari, transversal i integrat entre nivells sanitaris.
5. Incloure fórmules que impulsin la incorporació de valor en la prestació de serveis dels proveïdors en els instruments de contractació de serveis sanitaris.

Accions operatives

- **Acció operativa 1.1:** Establir grups o comissions assistencials amb caràcter institucional a cada centre o territori que tinguin com a objectiu millorar l'adequació de la pràctica clínica i assistencial.

- **Acció operativa 1.2:** Elaborar, adaptar i actualitzar protocols, guies de pràctica clínica, vies i rutes assistencials que incloguin recomanacions concretes sobre la millora de l'adequació.
- **Acció operativa 2.1:** Implementar una metodologia de millora contínua en els equips assistencials i en els àmbits de planificació i gestió de serveis a partir dels resultats obtinguts de PREM i PROM
- **Acció operativa 2.2:** Elaborar un Pla de participació i integració de la veu de pacients i famílies en la presa de decisions de les entitats de salut a partir dels diferents formats de participació i governança.
- **Acció operativa 3.1:** Elaborar i implementar un document marc de la presa de decisions compartides de referència per a tot el sistema sanitari.
- **Acció operativa 4.1:** Elaborar i implementar cadenes de valor transversals de les patologies cròniques, degeneratives, oncològiques i psiquiàtriques més freqüents i codis per a les situacions agudes també més freqüents.
- **Acció operativa 4.2:** Desenvolupar un sistema d'informació clínica i social únic per a tots els nivells assistencials de salut i socials que permeti mesurar de manera àgil indicadors de resultats i costos.
- **Acció operativa 5.1:** Incloure indicadors d'efectivitat clínica (inclosos PROM), d'eliminació de pràctiques de baix valor i d'experiència de pacients (PREM) dins el 5% variable del concert sanitari (o del contracte-programa).
- **Acció operativa 5.2:** Complementar la contractació per activitat amb la incorporació progressiva de noves fórmules de pagament més adequades per a alguns processos claus.
- **Acció operativa 5.3:** Afegir incentius (pagament addicional) vinculats a la incorporació d'elements de transformació a l'APiC, mantenint la contractació per càpita ajustada a necessitats poblacionals.

2. Justificació

La ciutadania espera gaudir de millors nivells de salut, participar més activament en les decisions sobre la seva salut, tenir un major accés a les innovacions sanitàries i rebre una atenció centrada en les persones ([Atun et al., 2019](#)). La despesa sanitària en relació amb el PIB va augmentar de manera sostinguda durant les dues dècades prèvies a la pandèmia a causa de l'increment dels ingressos, la innovació tecnològica i l'envelliment, i es preveu que arribi a ser de l'11,8% per al 2040 en els països de la OCDE, el que farà necessari realitzar accions per fer els sistemes de salut més sostenibles ([OCDE, 2024](#)). Malgrat els desafiaments actuals, generalment els sistemes sanitaris continuen proveint una atenció fragmentada, centrada en el maneig de patologies i de situacions agudes ([Caro et al., 2019](#)), i més centrat a mesurar i finançar l'activitat que en els resultats.

L'atenció sanitària a nivell mundial, i per tant també a Catalunya, viu una paradoxa: malgrat els canvis constants, el rendiment es manté estancat, amb un 60% de l'atenció que s'ajusta a les guies, un 30% de malbaratament o de baix valor i un 10% dels pacients que produeix danys o efectes adversos. Aquest repte del 60-30-10 persisteix des de fa tres dècades ([Braithwaite, 2022](#)). Aquestes situacions poden provocar perjudicis als pacients a més d'un ús ineficient dels recursos ([Comissió Europea, 2019](#); [Berwick, 2017](#) i [Prasad-Cifu, 2015](#)).

D'altra banda, per poder oferir una atenció que tingui en compte les preferències del pacient, s'han començat a estendre diferents enfocaments i iniciatives, tant a nivell micro — les decisions compartides o l'adopció de PREM i PROM— com a nivell meso i macro — com la incorporació de metodologies de cocreació en el disseny i l'avaluació de projectes. La millora de l'experiència del pacient en el procés d'atenció s'associa positivament amb l'efectivitat clínica, la seguretat i l'adhesió al tractament, com també amb una reducció de l'ús de serveis de salut ([Doyle et al., 2012](#); [Price et al., 2014](#) i [Navarro et al., 2021](#)).

En aquest escenari, l'atenció basada en el valor, o *right care*, emergeix com una nova manera d'entendre la prestació de serveis de salut. [Kleinert i Horton \(2017\)](#) a *The Lancet* defineixen el *right care* com l'atenció sanitària que aporta més beneficis que efectes no desitjats, que té en compte les circumstàncies de cada pacient, els seus valors i la seva manera de percebre la situació, i que, a més, se sustenta en la millor evidència disponible, inclosos els estudis de cost-efectivitat. D'altra banda, [Morgan et al \(2015\)](#) a *JAMA* afirmen que la sobreutilització és la provisió de serveis clínics quan els riscos de causar efectes indesitjables excedeixen els dels seus beneficis, quan les millores que es poden aportar són inapreciables o quan es creu que els pacients rebutjarien l'actuació si estiguessin ben informats. El concepte de la sobreutilització inclou tant el sobrediagnòstic com el sobretractament. El sobrediagnòstic és el fenomen que es produeix quan les persones són diagnosticades de malalties que mai els causarien símptomes ni els escurçarien la vida. El sobretractament té lloc quan es duen a terme actuacions terapèutiques fútils, amb escassa evidència de causar beneficis, amb indicacions forçades o per accions clarament excessives per a les expectatives d'un pacient en concret, sovint com a conseqüència del sobrediagnòstic. Tanmateix també cal tenir cura de la infrautilització, un fenomen menys freqüent però

no inexistent, i que sovint té a veure amb dificultats d'accés als serveis de salut i d'inequitat de substrat social.

En el nostre sistema de salut existeixen diferents limitacions per implementar una atenció basada en el valor. Els professionals estan majoritàriament orientats a la producció d'activitat clínica, pressionats tant pels objectius d'activitat com pels valors propis de la seva especialitat, amb poca o nul·la formació en medicina basada en el valor, escassa disposició a la pràctica de les decisions compartides i desconexedors que l'experiència dels pacients (PREM) i els resultats percebuts (PROM) haurien de ser un element avaluador de la seva pràctica clínica. El nostre sistema té una estructura fragmentada amb escassos elements de coordinació entre nivells i entre especialitats, marcs de treball fonamentats majoritàriament en el compliment d'objectius d'activitat assistencial, mecanismes de comunicació amb els pacients que són només unidireccionals, sistemes d'avaluació orientats als objectius de productivitat i models de finançament que no incentiven el valor. Finalment, existeixen disparitats de criteris d'indicacions i d'aplicacions de l'evidència científica, com també una elevada inadequació observada.

3. Context

La situació en el sistema de salut català en relació amb l'atenció basada en el valor es recull en el següent informe de context:

- La iniciativa Essencial impulsada per l'AQUAS ha elaborat 108 recomanacions basades en l'evidència adreçades a professionals sanitaris, 48 recomanacions a pacients i ciutadania en general i diverses guies de desimplementació. Les recomanacions d'Essencial compten amb la col·laboració i el suport de les societats científiques implicades, estan sotmeses a actualitzacions continuades i a avaluacions quantificades sempre que és possible. També cal fer esment de la Xarxa Essencial que compta amb les comissions MAPAC (millora de l'adequació de la pràctica assistencial i clínica) d'àmbit local. Tot i que en els seus inicis Essencial es va centrar en l'atenció primària, amb els anys les recomanacions s'han anat ampliant a altres nivells assistencials. Fruit d'Essencial i de l'acció combinada d'altres estratègies generals i locals, s'està observant una reducció de certes pràctiques de poc valor com l'ús inadequat d'antibiòtics, d'IBP i de vitamina D, entre d'altres.
- A Catalunya hi ha 12 comissions MAPAC constituïdes per equips de professionals, que impulsen estudis comparatius d'adequació i elaboren recomanacions de bones pràctiques adaptades a les seves organitzacions. Es coordinen amb comissions similars (unes 20) de la resta de l'estat i es pot consultar més informació útil a www.iniciativamapac.com. També val la pena destacar que fruit d'aquesta iniciativa es va crear i es manté el portal DianaSalud (www.dianasalud.com) que identifica i classifica les recomanacions sobre adequació elaborades arreu del món (actualment unes 6700).

- A Catalunya no es detecta cap projecte estructurat (objectius, formació, materials, avaluació) de decisions clíniques compartides, malgrat que a la web de l'AQUAS hi ha 16 eines amb materials de suport en aquest àmbit. Paral·lelament, el Departament de Salut ha impulsat el programa per a la sistematització de la presa de decisions compartides amb l'objectiu d'avançar cap a un enfocament més participatiu.
- Alguns hospitals han posat en marxa unitats d'experiència dels pacients amb aules específiques, grups focals i *living-labs*. A l'atenció primària hi ha alguns projectes reeixits de programes de pacients experts. En aquesta línia, el sistema de salut ha definit, de manera col·laborativa amb els agents implicats, un marc de l'experiència de pacient (veure cita a la bibliografia) que hauria de servir de referència per a tots els equipaments assistencials.
- En l'àmbit hospitalari hi ha força unitats funcionals, especialment a les àrees de malalties complexes, malalties oncològiques, malalties degeneratives, malalties cròniques i malalties rares. Els models organitzatius dels hospitals estan lluny, però, de reforçar aquestes unitats amb el nivell d'autonomia i les eines de gestió necessàries per potenciar-ne el funcionament. Malauradament moltes d'aquestes unitats acaben deixant molts pacients fora (que no entren dintre de la definició/criteris de l'objectiu de la unitat).
- Quant a les cadenes de valor transversals, el diàleg entre nivells assistencials per compartir guies i pautes amb objectius marcats i amb la participació dels pacients per als processos patològics més freqüents, a l'estil de les lliçons apreses amb els codis (infarts, ictus, sèpsia, etc.) i els trasplantaments, encara és massa incipient. Els àmbits principals (atenció primària, intermèdia i especialitzada) continuen tenint objectius no coincidents.
- A la Central de Resultats hi ha quatre indicadors d'adequació de la pràctica clínica a l'atenció primària vinculats a les recomanacions Essencial: antibiòtics en faringitis en adults, hipolipemiant en persones amb risc cardiovascular baix, IBP per a la prevenció de la gastropatia, benzodiazepines per a persones amb ansietat; i n'hi ha dos més en preparació. Aquests indicadors són consultats des de fa anys per tots els equips de l'atenció primària i s'han utilitzat en indicadors de CPR, DPO i activitats de les organitzacions.
- AQUAS disposa d'un Observatori d'Innovació que podria esdevenir un instrument enriquidor per donar suport als projectes que vagin en la línia d'augmentar el valor de la pràctica clínica, de manera que la innovació també estigui orientada al valor.
- Recerca de l'efectivitat de la pràctica clínica i implicació dels pacients. A falta d'informació de la situació real, caldria promoure una auditoria d'aquests dos conceptes tan importants per adequar els projectes de recerca a les necessitats reals de la pràctica clínica i de la percepció de les persones afectades.
- No es detecta cap estratègia de formació orientada al valor, de manera que caldria preparar un pla per incentivar aquesta formació a les facultats de ciències de la salut (medicina, infermeria i d'altres professions relacionades) als programes MIR/IIR.

Per entendre perquè l'atenció basada en el valor, malgrat el grau tan elevat de coneixement que se'n té, no és una prioritat del sistema de salut català (tampoc sembla que ho sigui de la majoria de sistemes de salut del món), el grup de treball creu que hi ha tres factors que incideixen negativament:

- Factors socials i culturals: demandes creixents, consumisme generalitzat, manca d'acceptació dels límits raonables de les actuacions clíniques, desinformació.
- Factors derivats de la gestió: l'Administració no és prou activa a l'hora d'incidir a implantar l'evidència científica a les decisions clíniques i sanitàries, no s'estableixen amb rigor i fermesa els criteris i els límits en les prestacions, no s'actua prou davant la variabilitat injustificada de la pràctica clínica, no es despleguen sistemes d'informació ni indicadors prou específics, no s'incentiva la millora de l'adequació ni s'inverteix en recerca per mesurar-la i millorar-la, la política de formació és molt insuficient i poc prioritzada.
- Factors professionals: poc temps i/o poca capacitat per a la reflexió crítica i la comunicació, poca cultura de la rendició de comptes i d'avaluació de resultats, poques experiències referents de gestió clínica integral, molta vulnerabilitat davant les pressions de la indústria i de la cursa tecnològica, poques eines d'ajuda a les decisions clíniques, poc treball en xarxa.

4. Visió compartida

Volem que el sistema de salut s'orienti a l'atenció basada en el valor sustentada en els estudis de cost-efectivitat, en la percepció i l'experiència dels pacients, en la implicació i la satisfacció dels professionals i en la millora de l'equitat dels serveis que s'ofereixen (quíntuple objectiu). El sistema de salut hauria d'evolucionar cap a un model en què els resultats de salut rellevants per a les persones, ajustats als costos, siguin el principal criteri d'avaluació i de finançament.

5. Punts febles i punts forts

Els punts forts i punts febles s'identifiquen a partir de l'anàlisi de les aportacions al tauler de la reunió del 7 de juliol, ampliadades amb les aportacions que es van rebre posteriorment per correu electrònic:

PUNTS FEBLES

1. Manca d'una definició comuna i compartida del concepte d'atenció basada en el valor, la qual cosa genera dispersió de criteris i dificulta l'alineament estratègic.
2. Els professionals: majoritàriament orientats a la producció d'activitat clínica, pressionats tant pels objectius d'activitat com pels valors sectorials de la seva corresponent especialitat, escassament o gens formats en medicina basada en el valor, poc disposats a la pràctica de les decisions compartides i desconexedors que l'experiència dels pacients (PREM) i els resultats percebuts (PROM) haurien

de ser un element avaluador de la seva pràctica clínica. Els professionals s'enfronten al problema de la hiperespecialització. Sovint és difícil encaixar la majoria de pacients dins els "criteris" de cada especialitat per molt especialista que sigui. manca d'educació interprofessional en la formació de grau i també en la formació continuada. La formació en sitges uniprofessionals condueix a una pràctica fragmentada.

3. La ciutadania. En termes generals està desinformada i és poc participativa. Es detecta bretxa digital en bona part de gent gran i vulnerable.
4. El sistema de salut: estructura fragmentada i jerarquitzada amb escassos elements de coordinació entre nivells i entre especialitats, marcs de treball fonamentats només en el compliment d'objectius d'activitat assistencial, mecanismes de comunicació amb els pacients només unidireccionals, sistemes d'avaluació orientats als objectius de productivitat i models de finançament que no premien el valor.
5. Variabilitat de la pràctica clínica: disparitats de criteris d'indicacions i d'aplicacions de l'evidència científica, molta inadequació observada. Aquest punt feble està molt relacionat amb la desinformació i la manca de capacitat per a l'avaluació crítica de l'evidència, així com les guies de pràctica clínica centrades en malalties aïllades i amb forts conflictes d'interès per part dels líders d'opinió. És un problema estructural global difícil d'abordar des d'un punt de vista operatiu a curt mig termini.
6. Absència d'una plataforma de sistemes d'informació robusta i integrada que permeti mesurar de manera sistemàtica resultats i costos. Sense aquesta base, és impossible avançar cap a un model de valor real.

Punts forts (apuntant a oportunitats)

Els punts forts sorgeixen de la visió esperançada dels punts febles:

1. Els professionals: la seva implicació és la clau per fer el viratge de l'activitat al valor. En els darrers anys, s'ha observat un canvi emergent: alguns professionals s'han interessat a formar-se en decisions compartides i han impulsat projectes que posen el pacient en el centre del procés assistencial, incorporant PROM i PREM. Aquest moviment, encara minoritari, és engrescador.
2. La ciutadania: només una minoria participa proactivament, uns col·lectius als quals cal donar veu i implicació.
3. El sistema de salut: ha de canviar el model d'avaluació i el de finançament, de l'activitat i la productivitat al valor.
4. La variabilitat de la pràctica clínica: els estudis de cost-efectivitat haurien de ser la guia per reduir variabilitat i la inadequació.

6. Oportunitats

Les oportunitats s'han redactat tenint en compte els reptes plantejats inicialment en la reunió del 7/7/2025. Posteriorment s'han ajustat tenint en compte els punts forts i

febles identificats, com també a partir de les aportacions rebudes per membres del grup per correu electrònic.

1. Promoure els protocols d'adequació de les bones pràctiques clíniques i reforçar les estratègies de desimplementació de pràctiques clíniques de poc valor. Caldrà assegurar la incorporació d'una línia i altra en protocols, guies i contractació de serveis, a més de crear espais de treball multidisciplinaris que vetllin per l'avaluació i l'adequació continuada de la pràctica clínica.
2. Estendre les decisions compartides a tota l'activitat clínica, amb més formació dels professionals i més materials d'ajuda per als pacients. Aprofitar la transformació digital per integrar PROM i PREM en la presa de decisions compartides ([del Olmo 2024](#)).
3. Aprendre a escoltar l'experiència dels pacients per adaptar els serveis de manera apropiada.
4. Potenciar les unitats clíniques multidisciplinàries que tenen cura dels pacients amb perspectiva integral i integrada.
5. Elaborar cadenes de valor transversals entre tots els nivells assistencials per als processos clínics més prevalents.
6. Incorporar l'experiència dels pacients i els resultats percebuts (PREM i PROMS) als models d'avaluació dels serveis de salut.
7. Involucrar els pacients en el disseny dels projectes d'innovació i de recerca.
8. Fomentar la recerca de l'efectivitat clínica en el món real.
9. Garantir que la formació dels professionals respongui als nous requeriments assistencials.
10. Promoure la contractació dels serveis de salut d'acord amb el valor que aporten.

7. Objectius estratègics. Què volem aconseguir?

Els objectius estratègics han estat definits per subgrups, i posteriorment revisats i validats pels membres de tot el grup de treball.

Objectiu estratègic 1. Incorporar la promoció i l'anàlisi de l'adequació per part dels equips assistencials de tots els centres

Aconseguir que l'objectiu de millora de l'adequació (reducció de les pràctiques de poc valor o que produeixin danys o efectes adversos) estigui incorporat de manera conseqüent a qualsevol nivell de totes les organitzacions assistencials i que progressivament s'aportin evidències de l'activitat desenvolupada i dels resultats assolits.

D'aquí a cinc anys tots els centres comptaran amb un grup o comissió assistencial activa que vetllarà per millorar l'adequació de la pràctica clínica i assistencial. Tots els centres realitzaran una actualització de tots els seus protocols incloent la perspectiva de l'adequació: els actualitzaran d'acord amb l'evidència i hi inclouran, si s'escau, recomanacions d'adequació de la pràctica.

El Departament de Salut prioritzarà la revisió de determinats protocols d'acord amb les necessitats de cada moment.

Indicadors:

En el cas d'hospitals i centres d'atenció intermèdia:

- % de centres amb un grup o comissió assistencial activa de millora de l'adequació
- % de protocols actualitzats incorporant la perspectiva de l'adequació

En el cas de l'atenció primària:

- % de centres amb una persona referent de millora de l'adequació

Caldrà que cada centre estableixi uns objectius d'adequació de pràctiques específiques. Alguns d'aquests objectius seran comuns a tot el sistema i seran fixats pel Departament de Salut (s'iniciarà amb els que ja està recollint el projecte Essencial a través de la Central de Resultats, i es podrà anar ampliant). Cada centre podrà afegir també objectius d'adequació per determinades pràctiques que consideri més rellevants.

Objectiu estratègic 2. Impulsar un model de gestió del canvi basat en la millora de l'experiència de pacient

La incorporació de l'experiència de pacient al sistema sanitari es vehicularà a través de la inclusió progressiva dels resultats reportats per les persones ateses (PREM i PROM) als serveis de salut i als equips assistencials i l'augment dels espais i les estructures de participació activa de pacients i familiars a les organitzacions sanitàries. Pel que fa als resultats reportats, se seleccionaran i prioritzaran els PREM i PROM més útils en cada àmbit del sistema (2 anys) i es definiran estratègies per augmentar la seva taxa de resposta i implementació com a eina de millora (5 anys).

Indicadors:

- Incorporació d'almenys el 50% de PREM i PROM prioritzats als quadres de comandament dels diferents proveïdors del sistema i dels serveis de salut

Augment en el nombre d'estructures de participació per a pacients i famílies en els diferents àmbits de presa de decisions.

Objectiu estratègic 3. Incrementar la participació de pacients, famílies i professionals en el procés de presa de decisions compartides

S'elaboraran eines i documents de suport i sensibilització, adreçades a la ciutadania i professionals, per augmentar la integració de la presa de decisions compartides en l'àmbit assistencial a 2 anys. Posteriorment, es duran a terme estratègies de difusió (5 anys) d'aquest material tant per a professionals com per a la ciutadania, per augmentar la seva implementació a la pràctica assistencial i augmentar la satisfacció de pacients i professionals en el procés assistencial. Entre aquestes estratègies s'inclourà un pla de formació per a professionals i de sensibilització cap a la ciutadania, en alineació amb el programa de decisions compartides del Departament.

Indicadors: Augment en la participació autopercebuda de pacients i professionals en la presa de decisions en l'àmbit assistencial (enquesta inicial, a 2 i 5 anys)

Objectiu estratègic 4. Avançar cap a un model d'atenció assistencial que agrupi els pacients segons les seves necessitats sanitàries i socials, i que sigui multidisciplinari, transversal i integrat entre nivells sanitaris

En un termini de cinc anys es promourà un canvi de model organitzatiu de tot el sistema de salut fonamentat en quatre aproximacions amb la finalitat de superar el model fragmentat vigent:

- a) Unitats assistencials multidisciplinàries transversals per atendre les persones amb les patologies cròniques, degeneratives, oncològiques i psiquiàtriques més freqüents.
- b) Unitats assistencials multidisciplinàries especialitzades a atendre les persones amb patologies altament complexes.
- c) Aplicació de codis per a les situacions agudes més comunes, com ja es fa amb infarts, ictus, sèpsia, politraumatismes i diagnòstic ràpid del càncer.
- d) Model assistencial generalista que atendria, mitjançant equips multidisciplinaris transversals, les persones que tenen problemes de salut que no encaixen en els tres apartats anteriors.

El concepte transversal implica que les unitats multidisciplinàries hauran de tenir formes de col·laboració entre nivells assistencials (hospitals, atenció primària de salut, atenció primària social, atenció intermèdia, xarxa de salut mental, sistema d'emergències mèdiques, salut pública o altres).

Es considerarà assolit l'objectiu si en cinc anys funcionen un mínim de sis unitats amb un compliment superior al 50% segons l'escala de Porter i Lee (vegeu annex) en cada àrea integrada de salut (AIS).

Objectiu estratègic 5. Incloure fórmules que impulsin la incorporació de valor en la prestació de serveis dels proveïdors en els instruments de contractació de serveis sanitaris

Millorar els instruments de contractació a través del concert sanitari (gestió indirecta) o del contracte-programa (gestió directa) per incloure a curt termini (en un termini de dos anys) incentius econòmics a l'aportació de valor en la prestació sanitària i, en una segona fase (en un termini de tres anys), la incorporació de noves fórmules de pagament basades en resultats per a alguns processos clau que incrementin l'efectivitat i l'eficiència.

La incorporació de valor necessita l'establiment d'un marc comú d'avaluació del valor dels serveis de salut, definint els indicadors prioritaris i els mecanismes de recollida i explotació de dades, amb responsabilitats clares per part dels diferents agents del sistema, aprofitant les fonts d'informació ja disponibles i garantint el seu dinamisme (evolució en el temps) per incorporar-los a la part variable de la contractació.

Caldria aconseguir que, respectant la separació de funcions, la contraprestació del comprador incentivés i reconegués l'esforç del proveïdor en la millora de resultats, alineats amb els objectius del Pla de salut, sense posar en risc la seva viabilitat estructural.

8. Accions operatives

Les accions operatives han estat definides per subgrups, i posteriorment revisades i validades pels membres de tot el grup de treball.

Objectiu estratègic. Incorporar la promoció i l'anàlisi de l'adequació per part dels equips clínics i assistencials de tots els centres

Acció operativa 1.1. Establir grups o comissions assistencials amb caràcter institucional a cada centre o territori que tinguin com a objectiu millorar l'adequació de la pràctica clínica i assistencial

Objectiu operatiu. Garantir que existeixin grups o comissions assistencials establerts que es responsabilitzin de la identificació, priorització d'àrees de millora de l'adequació i de fer propostes d'accions de millora a la Direcció del centre que posteriorment s'implementin i avaluïn.

Descripció

- Crear formalment la comissió amb funcions, objectius, composició i pla de treball anual.
- Identificar i prioritzar àrees de millora.
- Analitzar les prestacions amb indicadors mesurables i identificar causes de pràctiques inadequades.
- Proposar accions de millora amb responsables i calendari d'execució.
- Implementar les accions aprovades.
- Difondre els resultats entre els professionals.
- Fer el seguiment i avaluar els resultats de les accions.
- Fer el seguiment i publicar els indicadors d'activitat i rendiment de les comissions
- Coordinar-se amb altres comissions o grups per compartir projectes i contrastar resultats.

Indicadors:

- Nombre de reunions realitzades
- Nombre d'àrees i prestacions identificades i prioritzades
- Nombre d'indicadors d'adequació definits i monitorats
- Nombre d'objectius establerts i % d'assoliment
- % de reducció de pràctiques inadequades

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut; direccions assistencials de cada organització; professionals assistencials

Objectiu estratègic. Incorporar la promoció i l'anàlisi de l'adequació per part dels equips clínics i assistencials de tots els centres

Acció operativa 1.2. Elaborar, adaptar i actualitzar protocols, guies de pràctica clínica, vies i rutes assistencials que incloguin recomanacions concretes sobre la millora de

l'adequació

Objectiu operatiu. Disposar de protocols, guies de pràctica clínica, vies i rutes assistencials que estiguin actualitzats, basats en l'evidència, que incloguin recomanacions concretes sobre millora de l'adequació i que se'n mesuri el compliment.

Descripció

Elaborar, adaptar o actualitzar els documents assistencials que ajudin a millorar l'adequació (protocols, guies, vies o rutes):

- Avaluació de la qualitat dels protocols: grau d'actualització, incorporació de l'evidència i de la inclusió de recomanacions explícites sobre bones pràctiques relacionades amb l'adequació ("fer o deixar de fer")
- Mesura del grau de compliment dels protocols
- Realització d'una avaluació global periòdica i comparativa dins del mateix centres i entre altres institucions sanitàries
- Coordinació amb altres comissions o grups d'altres centres o territoris per compartir projectes comuns i contrastar resultats

El Departament de Salut liderarà la coordinació d'aquest procés d'actualització de protocols entre els diferents centres, per tal de fer-lo més eficient.

El Servei Català de la Salut incentivarà aquest procés mitjançant la incorporació d'objectius relacionats amb l'adequació en la part variable del contracte (vegeu acció operativa 5.1).

Indicadors:

- Nombre de protocols i altres documents disponibles, classificats per problemes de salut
- % de protocols generats i/o avaluats
- % d'actualització (< 2 anys) i de documents basats en l'evidència
- % de protocols que inclouen recomanacions sobre l'adequació incloses per document
- % de compliment de les recomanacions establertes

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut; Direccions assistencials de cada organització; professionals assistencials

Objectiu estratègic. Impulsar un model de gestió del canvi basat en la millora de l'experiència de pacient

Acció operativa 2.1. Implementar una metodologia de millora continua en els equips assistencials i en els àmbits de planificació i gestió de serveis a partir dels resultats obtinguts de PREM i PROM

Objectiu operatiu. Augmentar la inclusió dels resultats d'experiència i de salut percebuda informats per pacients (PROM i PREM) a les organitzacions de salut.

Descripció

Es crearà un grup de treball transversal i específic per definir, identificar, prioritzar i fer difusió de PROM (*Patient-Reported Outcomes Measures*) i PREM (*Patient-Reported Experience Measures*) en tot el sistema. El grup de treball vetllarà per l'aplicació de la metodologia COSMIN (COnsenso para la selecció de INstrumentos de Medición de la salud), que permet avaluar la validesa, la fiabilitat i la sensibilitat al canvi dels qüestionaris, com ara els PREM i PROM. Aquesta metodologia té com a objectiu assegurar que el qüestionari mesura realment allò que es proposa mesurar sense errors, i que ho fa amb la suficient qualitat psicomètrica per poder-ne derivar decisions clíniques o de gestió fonamentades. Aquesta metodologia és aplicable tant en PROMS (escales de qualitat de vida) com en PREMS (experiència assistencial, tracte, entre d'altres).

El grup de treball elaborarà un **protocol/document de treball** per definir els fluxos d'implementació de PROM i PREM i el pla de difusió i implementació d'aquests fluxos en els diferents àmbits del sistema (equips i serveis assistencials, gestió de serveis dels diferents proveïdors i planificació sanitària).

El document hauria d'incloure recomanacions per estandarditzar un model de gestió del canvi basat en l'anàlisi de resultats de PROM i PREM, la corresponsabilització per part dels serveis de salut d'activar accions operatives orientades a la millora del procés assistencial i la prestació de serveis a partir dels resultats obtinguts i fer seguiment de les millores definides.

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut; Grup de treball transversal d'àrees de qualitat, d'experiència de pacient o atenció a l'usuari de les organitzacions

Objectiu estratègic. Impulsar un model de gestió del canvi basat en la millora de l'experiència de pacient

Acció operativa 2.2. Elaborar un Pla de participació integració de la veu de pacients i famílies en la presa de decisions de les entitats de salut en base a diferents formats de participació i governança

Objectiu operatiu. Augmentar la incorporació de la veu de pacients i famílies en espais de presa de decisions dels serveis i les organitzacions sanitàries per tal que la seva opinió sigui rellevant en la gestió, la planificació i el disseny de serveis i circuits assistencials.

Descripció

Dissenyar un model de participació. Aquest model ha d'estructurar els espais de participació activa com són els Consells de salut, la presència permanent a Comissions transversals de treball de les entitats, o la participació activa en sessions de cocreació amb professionals per a la millora de l'experiència de pacient als circuits assistencials. Per mesurar el grau de maduració en els espais de participació s'haurà de dissenyar un model que categoritzi la participació en diferents etapes o nivells.

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut; Grup de treball transversal d'àrees de qualitat, d'experiència de pacient o atenció a l'usuari de les organitzacions.

Objectiu estratègic. Incrementar la participació dels pacients, famílies i professionals en el procés de presa de decisions compartides

Acció operativa 3.1. Elaborar i implementar un document marc de la presa de decisions compartides de referència per a tot el sistema sanitari

Objectiu operatiu. Definir les línies estratègiques i implementar les accions necessàries per incrementar la integració de la presa de decisions compartides.

Descripció

Es crearà un grup de treball multidisciplinari per definir els elements claus del model de presa de decisions compartides i elaborar un document marc.

El document marc inclourà un conjunt d'accions i estratègies per augmentar la difusió i la integració de la presa de decisions compartides en l'àmbit assistencial.

Es realitzaran quatre sessions col·laboratives amb professionals de la salut per identificar les necessitats formatives i posteriorment s'elaborarà la formació en presa de decisions compartides en format híbrid.

Es realitzaran diferents accions dirigides a donar a conèixer el model de presa de decisions compartides i sensibilitzar a pacients i ciutadania. Entre les accions previstes hi haurà: desplegament de la formació online i càpsules i infografies dirigida a pacients i ciutadania.

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut

Objectiu estratègic. Avançar cap a un model d'atenció multidisciplinària transversal entre nivells basada en l'abordatge de grups de pacients amb necessitats sanitàries i socials semblants

Acció operativa 4.1. Elaborar i implementar cadenes de valor transversals de les patologies cròniques, degeneratives, oncològiques i psiquiàtriques més freqüents i codis per a les situacions agudes també més freqüents

Objectiu operatiu. Definir la gestió integrada de determinades patologies, obtenint cadenes de valor i codis acordats entre tots els nivells assistencials (quina guia de pràctica clínica s'aplica, qui fa què, com s'impliquen els pacients en les decisions, quines plataformes de col·laboració s'estableixen i com s'avalua).

Descripció

Organitzar tallers transversals en què participin tots els nivells assistencials implicats en l'atenció de cadascuna de les patologies seleccionades amb l'objectiu de definir les cadenes de valor i els codis. Aquests tallers transversals duraran tot el temps necessari fins a aconseguir l'acord total en tots els termes de les cadenes de valor i dels codis.

Les organitzacions de salut i socials s'han de comprometre a implementar les cadenes de valor acordades amb l'establiment de comissions específiques de seguiment i avaluació per a cada cadena de valor. S'incentivarà aquest compromís de les organitzacions mitjançant eines de contractació (vegeu acció 5.2).

Aquest objectiu es mesurarà amb el nombre de cadenes de valor i codis implementats a dos i a cinc anys vista, que haurien de ser com a mínim sis per a cada àrea integrada de salut.

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut; entitats proveïdores (àmbit salut i social).

Objectiu estratègic. Avançar cap a un model d'atenció multidisciplinària transversal entre nivells basada en l'abordatge de grups de pacients amb necessitats sanitàries i socials semblants

Acció operativa 4.2. Desenvolupar un sistema d'informació clínica i social únic per a tots els nivells assistencials de salut i socials que permeti mesurar de manera àgil indicadors de resultats i costos

Objectiu operatiu. Possibilitar l'obtenció d'indicadors de resultats i de costos de les cadenes de valor de manera àgil i ràpida. Aquesta obtenció actualment és molt complexa a causa de la diversitat de sistemes d'informació utilitzats per cada organització i la manca d'integració entre ells

Descripció

Canvi del model actual d'informació compartida entre nivells en el sector salut, o sense compartir entre salut i social, per un model únic on els pacients i tots els professionals de tots els nivells tinguin accés a una informació clínica i social única.

Aquest objectiu es mesurarà amb el nombre de cadenes de valor que compten amb un sistema d'informació clínic i social únic. El nombre mínim en un termini de cinc anys hauria de ser de les sis cadenes de valor que s'haurien d'haver implementat durant aquests cinc anys, o bé haver completat el canvi complert de model en cinc anys.

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut; entitats proveïdores (àmbit salut i social).

Objectiu estratègic. Incloure fórmules que impulsin la incorporació de valor en la prestació de serveis dels proveïdors en els instruments de contractació de serveis sanitaris

Acció operativa 5.1. Incloure indicadors d'efectivitat clínica (inclosos PROM), d'eliminació de pràctiques de baix valor i d'experiència de pacients (PREM) dins el 5% variable del concert sanitari (o del contracte-programa)

Objectiu operatiu. Estendre la cultura d'avaluació entre els professionals clínics i orientar les organitzacions cap a l'acompliment d'objectius d'efectivitat clínica i de bona experiència de pacients.

Descripció

En un termini de dos anys s'iniciarà, incloent-hi indicadors a l'abast de tots els centres. Es durà a terme una selecció i prioritització d'indicadors clínics i d'experiència de pacient que s'inclouran en el contracte programa. Es realitzaran actualitzacions periòdiques (cada 4 anys) segons el nivell d'assoliment i del canvi en les pràctiques clíniques. En cada cicle del Pla de salut (4 anys actualment) es canviaran com a mínim el 50% dels objectius per adaptar-los a les noves prioritats i objectius de la política sanitària.

La modificació dels indicadors de la part variable –5%– es considera suficient per condicionar els resultats sense comprometre la viabilitat.

Els indicadors s'extrauran de manera automàtica, i es tindrà en compte la dificultat de fer-ho a l'hora d'incorporar nous indicadors.

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut; entitats proveïdores.

Objectiu estratègic. Incloure fórmules que impulsin la incorporació de valor en la prestació de serveis dels proveïdors en els instruments de contractació de serveis sanitaris

Acció operativa 5.2. Complementar la contractació per activitat amb la incorporació progressiva de noves fórmules de pagament més adequades per a alguns processos claus

Objectiu operatiu. Millorar els resultats a través del pagament variable de prestacions clarament inadequades a partir de referències prou sòlides.

Descripció

Seleccionar sis episodis transversals en la primera fase (a tres anys vista) per dos models de pagament, que serviria com a prova real tant pel comprador com pels proveïdors.

S'elaborarà un model de pagament específic per als sis processos assistencials (cadena de valor) que cada àrea integrada de salut (AIS) haurà desenvolupat per a les patologies cròniques, degeneratives, oncològiques i psiquiàtriques més freqüents (vegeu l'acció operativa 4.1), d'acord amb els indicadors de procés i de resultats establerts per les respectives cadenes de valor.

S'establirà un model de pagament per episodis per als processos quirúrgics més comuns (ex: pròtesi electiva de genoll o de maluc).

S'avaluarà en un termini de cinc anys l'adequació dels nous models de pagament als objectius perseguits.

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut; entitats proveïdores

Objectiu estratègic. Incloure fórmules que impulsin la incorporació de valor en la prestació de serveis dels proveïdors en els instruments de contractació de serveis sanitaris

Acció operativa 5.3. Afegir incentius (pagament addicional) vinculats a la incorporació d'elements de transformació a l'APiC, mantenint la contractació per càpita ajustada a necessitats poblacionals

Objectiu operatiu. Augmentar la implementació de projectes que, després de l'avaluació dels Centres de Salut Integrals de Referència (CSIR), hagin demostrat que aporten valor a l'Atenció Primària i Comunitària (APiC).

Descripció

Seleccionar el conjunt d'experiències i projectes implementats als CSIR que es consideri que aporten valor en el conjunt del sistema després de la seva avaluació. Establir un conjunt d'objectius i indicadors per tal de monitorar-ne la implementació i poder-los vincular a incentius econòmics incrementals segons el seu nivell d'assoliment.

L'escalabilitat de les proves s'ha de fer tangible a través del contracte individual a cada equip d'atenció primària (EAP) amb exemples transformadors: Adequació de derivacions contra referents d'especialitats; resultats d'experiència i objectius relacionats amb la percepció de pacients (PREM/PROM); millora de capacitat resolutiva en processos crònics; plans de suport individualitzats, etc.

L'acció seria aplicable a tots els proveïdors, però cada EAP hauria de ser tractat com una entitat autònoma davant el retiment de comptes amb el Servei Català de la Salut.

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'atenció basada en el valor

Responsables. Departament de Salut; Servei Català de la Salut; entitats proveïdores; EAP individualment.

9. Referències

- Atun, R. on behalf of the working group on "Creating Value in European Healthcare" (Atun, R.; Åkerman, C.; Annemans, L. & Martens, H.). Reflection paper written by Prof. Rifat Atun on behalf of the working group on "Creating Value in European Healthcare". (2019, Juny 4) *Incorporating value in investment decisions in health across Europe*. [consultat l'agost de 2025] Disponible a: www.medtecheurope.org/resource-library/incorporating-value-in-investment-decisions-in-health-across-europe/
- Berwick, D. M. (2017). Avoiding Overuse-The Next Quality Frontier. *Lancet*. 390(10090),102–104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3)
- Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Med*. 2020 May 4;18(1):102. doi: [10.1186/s12916-020-01563-4](https://doi.org/10.1186/s12916-020-01563-4). PMID: 32362273; PMCID: PMC7197142.
- Caro-Mendivelso J, Barrionuevo-Rosas L, Solans M i Almazán C. (2019). *Atenció sanitària centrada en valor a Catalunya. Reptes i oportunitats per contribuir al futur*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2019/atencio_sanitaria_valor_catalunya_aquas2019.pdf
- Comissió Europea, Direcció General de Salut i Seguretat Alimentària. (2019). *Defining value in 'value-based healthcare': report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2875/35471>.
- del Olmo Rodríguez M, et al. Closing the value-based circle in shared decision-making: a digital framework for informing the shared decision-making process through patient reported outcome and experience measures. *Front Public Health*. 2024;12:1452440. doi:[10.3389/fpubh.2024.1452440](https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1452440).
- Doyle, C., Lennox, L., i Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Marc de l'experiència de pacient al sistema de salut de Catalunya [Internet]. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2025 Feb 6 [citat 2025 Aug 25]. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/12539>.
- Morgan DJ, Dhruva SS, Coon ER, Wright SM, Korenstein D. 2019 Update on Medical Overuse: A Review. *JAMA Intern Med*. 2019 Nov 1;179(11):1568-1574. doi:[10.1001/jamainternmed.2019.3842](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.3842). PMID: 31498374; PMCID: PMC8608222.
- OECD (2024), *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>.
- Prasad, V. K. i Cifu, A. S. (2015). *Ending Medical Reversal. Improving outcomes, Saving lives*. John Hopkins University Press.

Price, R. A., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S., i Cleary, P. D. (2014). Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>

Navarro, S., Ochoa, C. Y., Chan, E., Du, S., i Farias, A. J. (2021). Will Improvements in Patient Experience With Care Impact Clinical and Quality of Care Outcomes?: A Systematic Review. *Medical Care*, 59(9), 843. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001598>

Kleinert, S., i Horton, R. (2017). From universal health coverage to right care for health. *The Lancet*. 390(10090), 101-102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32588-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32588-0)

10. Annex

Objectiu 4. Avançar cap a un model d'atenció multidisciplinària transversal entre nivells basada en l'abordatge de grups de pacients amb necessitats sanitàries i socials semblants

Model de maduració de les unitats assistencials multidisciplinàries (Integrated Practice Units) proposat per Michael Porter i Thomas Lee a "The Strategy That Will Fix Health Care. Providers must lead the way in making value the overarching goal." Harvard Business Review, octubre de 2013.

What Is an Integrated Practice Unit?

- 1) An IPU is organized around a medical condition or a set of closely related conditions (or around defined patient segments for primary care).
- 2) Care is delivered by a dedicated, multidisciplinary team of clinicians who devote a significant portion of their time to the medical condition.
- 3) Providers see themselves as part of a common organizational unit.
- 4) The team takes responsibility for the full cycle of care for the condition, encompassing outpatient, inpatient, and rehabilitative care, and supporting services (such as nutrition, social work, and behavioral health).
- 5) Patient education, engagement, and follow-up are integrated into care.
- 6) The unit has a single administrative and scheduling structure.
- 7) To a large extent, care is co-located in dedicated facilities.
- 8) A physician team captain or a clinical care manager (or both) oversees each patient's care process.
- 9) The team measures outcomes, costs, and processes for each patient using a common measurement platform.
- 10) The providers on the team meet formally and informally on a regular basis to discuss patients, processes, and results.
- 11) Joint accountability is accepted for outcomes and costs.

COM TRANSFORMAR UNA TRAJECTÒRIA CLÍNICA EN UNA CADENA DE VALOR (CARE DELIVERY VALUE CHAIN)

Adaptació de CDVC publicada a "Redefining Health Care" (Porter M & Teisberg EO 2006)

