



# MESURES PER ENFORTIR EL SISTEMA DE SALUT

Comitè d'Experts per a la Transformació del Sistema Públic de Salut

**21 de setembre de 2020**



# INTRODUCCIÓ

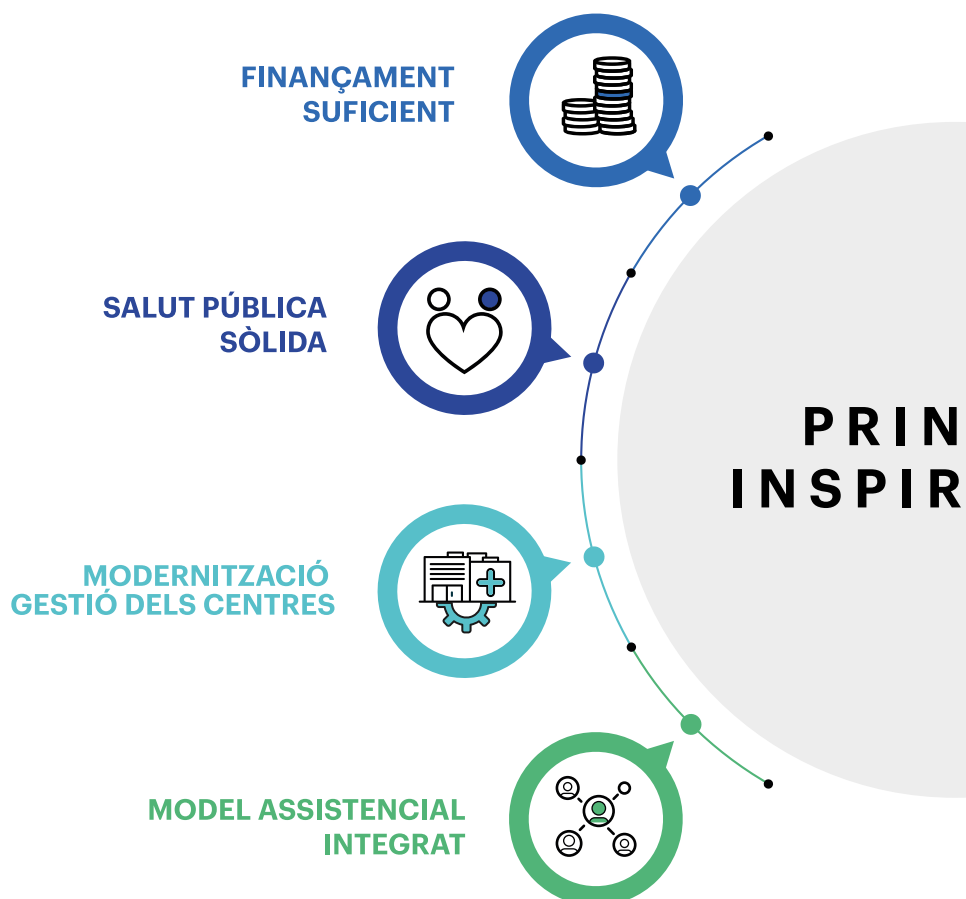
El sistema sanitari públic català està basat en la universalitat de l'assistència, el finançament a través d'impostos, i la gratuïtat en el punt d'accés i l'equitat, principis que representen un gran assoliment social que s'ha mantingut des de la seva creació. El sistema respon i consolida la realitat del nostre territori i les singularitats històriques del context sanitari català, fruit de l'esforç, entre d'altres, de la societat civil, les entitats socials i l'Administració local. El model aposta, doncs, per l'aprofitament de tots els recursos sanitaris existents ja siguin de titularitat pública o privada (sistema sanitari mixt) per poder fer efectiu el dret constitucional a la protecció de la salut. Aquest sistema és reconegut a nivell internacional pels seus bons resultats de salut a un cost unitari baix en termes comparats.

El sistema sanitari català està format per la sanitat pública i la sanitat privada (finançament privat). Aquest document en el seu conjunt fa referència a la sanitat finançada amb recursos públics. El sistema sanitari català el conformen un nombre important de professionals i professions sanitàries i no sanitàries que tenen un paper determinant en la prestació del servei al ciutadà i han de ser els principals actors de la transformació del nostre sistema sanitari. Atenent a l'objectiu principal d'aquest informe, que es centra en la millora del conjunt del sistema sanitari, algunes d'aquestes professions, sectors i activitats sanitàries específiques no s'esmenten particularment i hauran de ser objecte d'anàlisi en el moment de considerar les propostes globals que conté l'informe.

La pandèmia de la COVID-19 ha impactat de manera profunda a la nostra societat. El sistema sanitari ha demostrat una notable capacitat de resposta en un període de màxima exigència. Malgrat totes les tensions inherents a una situació sense precedents, s'han dut a terme transformacions en un temps rècord, mostrant una gran flexibilitat per a adaptar-se a les necessitats del moment. La resposta a la pandèmia ha evidenciat, un cop més, la resiliència i el compromís dels professionals i la ciutadania amb el sistema. No obstant això, la situació ha posat de manifest la necessitat de considerar i realitzar canvis estructurals, alguns demandats des de fa anys, per tal de respondre millor als canvis socials, adequant els serveis a les necessitats de la ciutadania.

El 84% dels ciutadans creuen convenient dur a terme reformes en el sistema sanitari després del que s'ha viscut els darrers mesos. Dedicar més recursos econòmics, augmentar les plantilles, millorar la coordinació, les instal·lacions i els recursos tecnològics per prevenir noves pandèmies són les principals reformes necessàries esmentades pels ciutadans. Els fons d'ajuda de la Unió Europea han de ser objecte d'especial atenció en aquests propers anys, per tal que puguin també destinar-se a desenvolupar mesures concretes de modernització i reforma del nostre sistema sanitari.

El sistema sanitari que volem s'ha de basar en els següents **principis inspiradors**:



### **FINANÇAMENT SUFICIENT**

Disposem d'un sistema sanitari de cobertura universal, amb una àmplia cartera de serveis i amb nivells de qualitat elevats, però es fa necessari millorar-ne el finançament i impulsar l'avaluació de les mesures i prestacions per millorar l'eficiència dels recursos pressupostaris.

### **SALUT PÚBLICA SÒLIDA**

El sistema actual està orientat a l'atenció a la malaltia. Caldria potenciar la salut pública com a eina de prevenció de la malaltia i de promoció de la salut, així com l'àmbit de la vigilància epidemiològica per poder fer front a possibles noves pandèmies.

### **MODERNITZACIÓ DE LA GESTIÓ DELS CENTRES**

Els centres sanitaris són institucions que gestionen un alt volum de recursos econòmics i humans i que estan sotmeses a restriccions de gestió pròpies de l'entorn administratiu. Cal avançar cap a un model de gestió pública moderna i orientar els centres cap a la millora de resultats.

### **MODEL ASSISTENCIAL INTEGRAT**

El sistema actual està orientat a l'atenció dels pacients amb patologies agudes, des d'una òptica sanitària i amb elevada fragmentació del procés assistencial. Caldria evolucionar cap a un model que posi l'enfocament en l'atenció als pacients crònics, amb abordatges multidisciplinaris i amb integració dels serveis sanitaris i socials.

# CIPIS ADORS



**LIDERATGE  
PROFESSIONAL**



**PARTICIPACIÓ  
CIUTADANA**



**RECERCA I INNOVACIÓ  
COMPETITIVES**



**TRANSFORMACIÓ  
DIGITAL**

## **LIDERATGE PROFESSIONAL**

El sistema sanitari català gaudeix d'uns professionals amb alts nivells de formació i capacitat, però amb un elevat grau de *burnout* i precarització i nivells de retribució per sota de la mitjana europea. Es fa palesa la necessitat de millora de les seves condicions laborals, de l'autonomia organitzativa i del reconeixement de la seva funció social.

## **PARTICIPACIÓ CIUTADANA**

La ciutadania valora amb bona nota el sistema sanitari, però es fa necessari reforçar la corresponsabilització en la presa de decisions, així com incorporar la perspectiva de la ciutadania en la millora dels serveis assistencials.

## **RECERCA I INNOVACIÓ COMPETITIVES**

Catalunya disposa d'un sistema de recerca pública en salut d'excel·lència, però fràgil, supeditat a convocatòries públiques competitives i sense consolidació en recursos humans. L'actual situació requereix augmentar el finançament per càpita en recerca, apostar per la tríada assistència, docència i investigació i augmentar la transferència tecnològica.

## **TRANSFORMACIÓ DIGITAL**

El sistema sanitari català ha estat pioner a nivell comparat en l'ús de les TIC. En l'actualitat, ens trobem davant una ciutadania més informada i més exigent, que força el sistema a adaptar-se a l'ús dels canals digitals com en la resta de sectors de l'economia. L'epidèmia de la Covid -19 ha suposat un accelerador en els processos de transformació digital. En aquest sentit, cal avançar en l'ús de la telemedicina i les innovacions que siguin cost-efectives, alhora que cal desenvolupar projectes digitals intersectorials entre els àmbits de la salut i social.

# 30 MESURES PER ENFORTIR EL SISTEMA DE SALUT

## FINANÇAMENT SUFICIENT

### **1. Millorar el finançament públic del sistema sanitari català, augmentant en 5.000 milions d'euros el pressupost en els propers cinc anys.**

- Instar a un canvi en el sistema de finançament autonòmic actual, de manera que els recursos transferits estiguin basats en paràmetres relacionats amb la capacitat fiscal de l'economia catalana.
- Augmentar progressivament el percentatge de la despesa sanitària total finançada públicament fins arribar al nivell dels països europeus amb sistemes nacionals de salut similars.
- Prioritzar que l'increment de pressupost vagi destinat a aquelles àrees del sistema sanitari públic que es considerin estratègiques i més cost-efectives.
- Prioritzar la despesa en recursos humans, així com en inversions sanitàries en infraestructures i equipaments per solventar l'obsolescència tecnològica que pateix el sistema.

### **2. Revisar i adequar el paper de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), dotant-la de capacitat decisòria i dimensionant-la per exercir la seva funció, per tal que lideri els aspectes relacionats amb l'avaluació en salut i promogui la presa de decisions basada en l'evidència.**

- Revisar i prioritzar la cartera de serveis (procediments, intervencions, tecnologies i fàrmacs) amb criteris d'efectivitat i de cost-efectivitat.
- Fer recomanacions vinculants sobre activitats i pràctiques clíniques que cal deixar de finançar i de fer amb criteris d'efectivitat i de cost-efectivitat.
- Avaluar de manera sistemàtica les polítiques sanitàries.
- Avaluar els resultats dels centres sanitaris, vinculant-los amb el seguiment dels contractes amb el CatSalut.
- Avaluar les tecnologies sanitàries i la innovació (organitzativa i de procés), identificant les millors pràctiques i promovent-ne l'escalabilitat al sistema.
- Facilitar la recerca mitjançant el programa PADRIS i facilitar l'ús del real world data per fer la recerca més eficient i de qualitat.
- Avaluar els centres de recerca i l'impacte de la seva activitat.

### **3. Replantejar els esquemes d'avaluació, finançament i pagament de la innovació farmacèutica d'alt impacte.**

- Quantificar la magnitud i rellevància del valor aportat dels medicaments i promoure una revisió del finançament d'aquells que aporten beneficis clínics marginals petits.
- Replantejar els actuals esquemes de pagament per resultats, de manera que el repartiment del risc entre la indústria farmacèutica i el sistema sigui equilibrat.
- Promoure la fixació transparent d'un preu just per als nous fàrmacs, ajustant-lo al cost real de desenvolupament, al grau de certesa sobre la seva eficàcia i al seu impacte pressupostari.

# SALUT PÚBLICA SÒLIDA

## **4. Desplegar l'Agència de Salut Pública de Catalunya, dotant-la de personalitat jurídica pròpia, òrgans de direcció professionalitzats i autonomia de gestió per exercir amb eficàcia les seves funcions de coordinació de totes les polítiques de Salut Pública.**

- Augmentar el percentatge del pressupost destinat a Salut Pública fins arribar a un nivell similar al dels països europeus del nostre entorn en els propers dos anys.
- Coordinar eficaçment l'Agència amb totes les polítiques i projectes de salut i amb les agències estatals i internacionals corresponents.
- Disposar d'instruments potents de coneixement i gestió epidemiològica. Operar amb sistemes d'informació connectats i coordinats amb la resta del sistema sanitari, especialment amb l'atenció primària.
- Crear i implementar un pla per prevenir i mitigar els l'impacte en la salut de la contaminació i de l'escalfament global.

## **5. Establir un model de vigilància i intel·ligència epidemiològica amb informació a temps real que permeti estar preparats per a les emergències de salut pública.**

- Integrar els mètodes i fonts tradicionals de vigilància epidemiològica amb la intel·ligència artificial i altres aproximacions innovadores de la ciència de les dades.
- Crear un comitè operatiu format per professionals independents de diferents sectors i departaments que participin en la presa de decisions de les mesures a adoptar i en l'elaboració de protocols i recomanacions i disposar d'un pla de comunicació cap als professionals i la ciutadania en situacions de crisi i emergències sanitàries.
- Afavorir la capacitat d'adaptació i producció de la indústria local per donar suport a les necessitats d'equipaments, materials i productes sanitaris necessaris.

## **6. Potenciar les intervencions interdepartamentals de "salut a totes les polítiques" (salut, educació, economia, habitatge, urbanisme, medi ambient, ocupació, etc.), abordant la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia amb una visió global.**

- Fer polítiques que tinguin en compte el gradient social en la salut seguint el principi d'universalisme proporcional i treballar especialment amb grups en situació de vulnerabilitat.
- Generar una aliança estratègica amb organitzacions públiques, món local, empreses i sector no lucratiu amb un comitè mixt i interdisciplinari per prendre decisions consensuades.
- Definir i desplegar un model de salut comunitària que contribueixi a reduir els efectes de les desigualtats, promocionant la salut en els diferents àmbits de la vida de la persona, per avançar des de l'actual sistema centrat en la malaltia cap a un model centrat en la salut.
- Dotar de recursos els programes específics relacionats amb la prevenció i la promoció de la salut (malalties transmissibles i no transmissibles) que, conjuntament amb altres determinants, provoquen morbiditat i discapacitat.
- Potenciar la figura del tècnic en salut pública vinculat a l'atenció primària territorial.

## MODERNITZACIÓ DE LA GESTIÓ DELS CENTRES

### **7. Reformular la contractació i governança de les institucions amb visió territorial.**

- Fer la planificació sanitària amb visió territorial, essent les Regions Sanitàries del CatSalut co-responsables de planificar, comprar i avaluar els serveis sanitaris i socials del territori.
- Desenvolupar un model de governança territorial de proveïdors, amb o sense personalitat jurídica, que incentivi els acords i les aliances.
- Realitzar la contractació integrant els serveis sanitaris i socials i fixar un quadre de comandament territorial amb uns objectius i indicadors de seguiment únics, compartits i transparents.
- Redistribuir els fluxos del pacients, contemplant tant els circuits urgents com els programats, per tal que siguin atesos en el dispositiu o recurs més adequat, potenciant el paper de l'atenció primària com a porta d'entrada de la ciutadania al sistema sanitari.
- Reorganitzar l'atenció a l'alta complexitat per garantir-ne l'accessibilitat i l'equitat, independentment del territori d'origen de la persona.

### **8. Disposar d'un contracte entre el CatSalut i els proveïdors que sigui prospectiu, triennal, objectiu, transparent i amb les mateixes regles per a tots els proveïdors.**

- Enfortir el model sanitari català basat en la contractació de serveis per part del CatSalut a les entitats de diversa titularitat que formen part del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).
- Fer efectiva la incorporació de l'Institut Català de la Salut (ICS) de forma plena al règim de concertació, garantint l'autonomia de gestió de cada centre.
- Basar el contracte en una cartera de serveis cost-efectiva i amb costos estàndard de producció obtinguts de registres robustos, minimitzant els programes especials.
- Realitzar el procés d'avaluació de les entitats del SISCAT des del punt de vista de la solvència financera, patrimonial i de resultats assistencials per part d'un organisme independent (AQuAS).
- Garantir la transparència en els mecanismes d'avaluació del contracte de les entitats per part del CatSalut.

### **9. Modificar el model existent d'assignació econòmica als centres potenciant el pagament per resultats.**

- Implementar un model de pagament als centres sanitaris amb una part basada en resultats de manera progressiva en els propers cinc anys fins a arribar al 10%.
- Realitzar una avaluació comparativa i continuada del grau d'assoliment de determinats indicadors (clínic i econòmics) dels diferents centres per part de l'AQuAS. Aquest sistema de pagament ha d'estimular la competència per comparació i fer que les organitzacions sanitàries es vegin incentivades a millorar els seus resultats.

### **10. Crear un instrument de gestió específic per als centres sanitaris (organisme públic sanitari) dotat de personalitat jurídica pròpia i autonomia de gestió econòmico-financera i de recursos humans plena.**

- Classificar aquest organisme en el sector de "societats no financeres" als efectes de la normativa europea (Sistema Europeu de Comptes 2010) i considerar-lo com a "no administració pública" a efectes de compres a tercers i subministraments.



- Dotar-lo d'òrgans de govern professionalitzats i independents, amb membres que no tinguin conflictes d'interès i siguin persones de reconegut prestigi tant en l'àmbit de les professions sanitàries com de la societat civil.
- Incorporar-hi els principis de bona governança: transparència en els resultats econòmics i assistencials, rendició de comptes i plena responsabilitat dels membres dels òrgans de govern i dels directius.
- Sotmetre'l a un control econòmic financer ex-post mitjançant sistema d'auditoria, dotar-lo de capacitat d'endeutament i deixar-lo exempt de les limitacions i restriccions de la normativa de la funció pública de la Generalitat.
- Promoure l'eficiència i la transparència en els models de gestió vigents en els casos de les entitats privades que presten servei a la xarxa pública.

### **11. Dotar els equips d'atenció primària d'autonomia en la gestió dels recursos humans i econòmics i fomentar models d'organització participats pels professionals.**

- Dotar de forma progressiva els equips d'atenció primària, amb o sense personalitat jurídica, d'autonomia en la gestió econòmica i dels recursos humans (respectant els drets adquirits), amb direccions i models d'assignació econòmica que afavoreixin la corresponsabilitat en els resultats assistencials i econòmics.
- Facilitar la creació d'entitats d'economia social per gestionar els equips d'atenció primària, tal i com ja estan regulades en l'ordenament català i europeu, sense excloure altres formes jurídiques, sempre que compleixin amb l'objectiu d'autonomia de gestió. Han de disposar de capacitat legal de contractació amb l'Administració, solvència, transparència i responsabilitat en la gestió dels recursos públics.
- Establir mecanismes per possibilitar la contractació per part de l'atenció primària de proves complementàries i primeres visites d'atenció especialitzada.
- Establir un model de finançament suficient i transparent, orientat als resultats i que afavoreixi la cooperació amb altres nivells assistencials i socials del territori.

### **12. Implementar un model de pagament de l'atenció primària vinculat al nombre de ciutadans assignat, a la capacitat de resolució i als resultats en salut.**

- Establir un model de pagament als centres que sigui una combinació de pagament per càpita (ajustada per complexitat del pacient, índex socioeconòmic i dispersió) i pagament per resultats (indicadors de prevenció i promoció, resolució, adequació de la pràctica i de la prestació farmacèutica, etc.).
- Definir les retribucions dels professionals en funció dels resultats en salut i el nombre de persones assignades a cadascun, entre d'altres criteris.
- Incentivar la capacitat de resolució a través de clàusules específiques del contracte per activitat a l'atenció primària.

## MODEL ASSISTENCIAL INTEGRAT

### **13. Assegurar una atenció integrada per a persones amb necessitats sanitàries i socials complexes, a través de la integració dels Departaments de Salut i d'Afers Socials i Famílies.**

- Integrar Salut i Afers Socials i Famílies (com a mínim, l'àmbit d'atenció a la dependència i les residències) en un únic Departament, afavorint la bona governança i la gestió del pressupost i essent-ne el Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitària el braç executiu.
- Realitzar plans estratègics i operatius pactats, a escala territorial, entre recursos de salut, socials i altres agents de la comunitat, que s'ajustin als objectius establerts per l'administració i que s'adaptin a la diversitat del context local.
- Desplegar equips territorials d'atenció a la complexitat (per a l'atenció dels pacients crònics complexes, persones amb trastorns mentals i addiccions d'alta complexitat i pacients amb necessitats d'atenció pal·liativa) participats per tots els nivells assistencials de salut i socials i guiats per un pla d'atenció individualitzat i compartit.
- Implementar la prescripció social des de salut per agilitzar la resposta a les necessitats de les persones de forma ràpida i evitar fragmentació i burocratització.

### **14. Garantir el continuum assistencial integrant els diferents nivells d'atenció i establint processos transversals.**

- Delimitar i prioritzar els processos clínics transversals mitjançant grups d'experts clínics, amb la participació dels pacients, tenint en compte la demografia actual (multimorbiditat, edat, fragilitat) i la despesa sanitària.
- Reforçar la centralitat d'una atenció primària d'alta resolució, proactiva, de proximitat, orientada a les persones amb situació de vulnerabilitat i implicada en processos clau de l'atenció terciària (per exemple, comitès assistencials i unitats funcionals) o intermèdia (per exemple, pacient subagut), essent la referència de tot el procés assistencial.
- Desplegar figures professionals (infermeres d'atenció primària i comunitària) per a la gestió de casos que realitzin avaluacions multidimensionals de les persones amb malalties cròniques complexes i en facin el seguiment de tot el curs assistencial.
- Impulsar el desenvolupament dels serveis d'urgències i emergències per tal de garantir el seu rol en el continuum assistencial.
- Potenciar el model de cures pal·liatives, amb un abast ampli, des de les fases més precoces de la malaltia fins a les fases finals de la vida i amb equitat territorial.
- Reforçar la salut mental i garantir la dotació pressupostària necessària per al desplegament de les accions previstes en les estratègies de salut mental orientades a una atenció integradora basada en la comunitat.
- Potenciar sistemes d'informació compartida entre àmbits (per exemple, consultes virtuals sense pacient).

### **15. Garantir l'atenció al domicili a les persones amb situació de dependència i cronicitat, amb la coordinació de l'atenció primària i els altres recursos sanitaris i socials, potenciant el rol de la infermeria familiar i comunitària.**

- Assegurar que l'atenció al domicili estigui dotada dels recursos socials necessaris per garantir l'atenció adient per a cada persona segons el seu grau d'autonomia, la situació del cuidador i la complexitat de l'abordatge del seu estat de salut.
- Revisar i consolidar els circuits d'atenció a les persones a domicili entre l'atenció primària i equips de suport, serveis d'emergències mèdiques, atenció intermèdia, atenció hospitalària i serveis socials.

- Potenciar les unitats funcionals de suport i consultoria des dels serveis de geriatría d'atenció intermèdia com a suport a l'atenció primària per a l'atenció de casos complexos.
- Integrar dins la xarxa de salut mental i d'addiccions els diferents dispositius d'habitatge per tal d'afavorir el procés de recuperació, autonomització i qualitat de vida de les persones ateses.

#### **16. Integrar els equips sanitaris dels centres residencials amb els Equips d'Atenció Primària.**

- Dotar aquests equips d'un únic sistema d'atenció (centrat en l'atenció primària amb referència a serveis territorials de geriatría) que integri tots els dispositius assistencials i d'informació per a l'atenció sanitària de persones que viuen a residències.
- Establir una història única sanitària de les persones que viuen a residències que estigui adaptada a aquesta població.
- Dotar els equips dels professionals i recursos adients per garantir una atenció centrada en la persona.
- Impulsar una major presència d'infermeria a les residències.
- Fomentar un model de residència més centrat en la persona, amb nuclis de convivència reduïts, que afavorirà també una atenció sanitària més individualitzada.

#### **17. Promoure la gestió clínica basada en el valor en tots els proveïdors del SISCAT.**

- Incentivar les entitats proveïdores i els professionals per fer una gestió clínica basada en el valor objectiu de les accions disponibles i fonamentada en la cultura de l'avaluació contínua.
- Incentivar i dotar els centres de comissions per al control de la pràctica clínica i la revisió de resultats, disposant d'indicadors adequats i d'instruments de mesura correctes, així com de plataformes de benchmarking d'accés obert, útils per al retiment de comptes i la millora contínua.
- Adaptar els sistemes d'informació per mesurar l'adequació de la pràctica clínica, amb informació a temps real, resultats en obert, transparents i accessibles, que permetin identificar de manera àgil àrees de millora i presa de decisions.
- Potenciar la seguretat clínica del pacient en tot el sistema sanitari, mitjançant comissions independents i fomentant l'ús del coneixement extret dels registres d'esdeveniments adversos com a eines de millora de la pràctica clínica.
- Potenciar la formació dels professionals en l'ús de fonts que fomentin les pràctiques de valor i dels valors ètics i humanístics imprescindibles per mantenir la visió integral, la sensibilitat assistencial i la independència de criteri sense conflictes d'interès.
- Implicar els pacients corresponsabilitzant-los, formant-los i acompanyant-los en la presa de decisions compartides, amb la lògica de la gestió clínica basada en valor.

#### **18. Implantar un sistema d'adequació de la prescripció a la persona i al seu diagnòstic situacional: les seves capacitats i càrregues, els seus valors i preferències, el seu grau d'autonomia i fragilitat i l'existència d'alternatives no farmacològiques, en un entorn de decisió compartida.**

- Fomentar i dotar de les eines necessàries el desenvolupament de la prescripció no farmacològica: prescripció social, prescripció d'exercici físic en l'atenció primària i comunitària, amb els recursos comunitaris i les administracions locals, d'acord amb el grau de fragilitat, les capacitats i càrregues i els valors i preferències de les persones.
- Incorporar al sistema d'incentius de les entitats proveïdores i dels professionals indicadors relacionats amb la prescripció farmacològica i no farmacològica, centrada en la persona i en les decisions compartides, especialment en pacients amb complexitat clínica/social i en persones amb expectativa de vida limitada.
- Incentivar les línies de recerca centrades en estratègies no farmacològiques de prevenció i de tractament, preferentment aquelles dirigides a la modificació d'hàbits de vida.

## LIDERATGE PROFESSIONAL

### 19. Millorar les condicions laborals dels professionals sanitaris.

- Prioritzar el règim laboral en les noves contractacions en totes les categories professionals, àmbits assistencials i institucions, garantint els drets del personal estatutari.
- Establir com a forma preferent la contractació indefinida per contribuir a pal·liar la temporalitat i la precarietat laboral.
- Establir un model de retribució variable per objectius (DPO) incentivador, real, revisable i avaluable.
- Incrementar les retribucions dels professionals acostant-les a les dels països comparables i crear un sistema d'incentius atractiu per als que treballin en àrees amb una baixa densitat de professionals sanitaris, no tan sols econòmics, sinó també de mèrits per a convocatòries futures.
- Vetllar perquè la negociació de les condicions laborals es pugui fer en el marc professional.
- Promoure fórmules de flexibilització i conciliació que incorporin els valors de les noves generacions de professionals i evitar que la maternitat i paternitat puguin suposar un fre en el desenvolupament professional.
- Fer partícips els professionals dels resultats econòmics positius derivats de l'esforç de gestió de la unitat, servei o equip al que estiguin adscrits, sense perjudici de la DPO, amb independència del règim jurídic de la prestació de serveis (laboral, funcionarial o estatutari).

### 20. Implementar en tot el sistema de salut –públic i privat– el Desenvolupament Professional Continu (DPC) com element de garantia social de la competència professional.

- Donar reconeixement al DPC com a eina que identifica l'esforç del professional, prioritza el valor de l'activitat assistencial, valora la formació acreditada, la docència, la recerca i la innovació, i reconeix aspectes relacionats amb el professionalisme i els valors, fomentant el seu paper com a element que afavoreix la circulació de professionals dins del sistema.
- Promoure l'avaluació independent del DPC, que inclogui les organitzacions sanitàries, les corporacions professionals, les societats científiques i l'administració sanitària i que disposi de recursos que facilitin els procediments d'identificació curricular per tal d'agilitzar els processos de revisió i anàlisi un cop consensuats els estàndards.
- Implementar plans específics de millora de l'entorn assistencial i del funcionament dels equips per atraure, retenir i motivar els professionals i evitar el *burnout*.

### 21. Equiparar les dotacions de professionals als estàndards europeus per tal de donar resposta a la manca de professionals en determinades àrees i introduir nous rols professionals.

- Fer un pla per incrementar les plantilles en aquelles àrees prioritàries, apropant-nos als estàndards europeus.
- Vetllar perquè totes les professions sanitàries avancin en les seves competències i actuïn al màxim de les mateixes, definint perfils de coneixement per donar resposta a l'entorn canviant.
- Revisar i modernitzar els sistemes de carrera professional.
- Crear places d'infermeres de pràctica avançada i infermeres especialistes amb carteres de serveis que garanteixin l'aplicació de les competències assolides mitjançant la formació acreditada específica.

- Incorporar la figura de l'assistent clínic per descongestionar els col·lectius assistencials de tasques administratives, a través de formació professional específica per a aquest col·lectiu.
- Promoure la incorporació de noves professions sanitàries i no sanitàries, afavorint la interdisciplinarietat dels equips, treballant sota estàndards ètics i deontològics comuns.

**22. Atorgar als professionals la capacitat de gestionar i organitzar la pròpia feina, en el marc de l'organització, responent a criteris de responsabilitat professional i ètica, equitat i sostenibilitat.**

- Estendre la cultura de la gestió clínica, des de la formació de grau i en tota la vida professional, per tal d'afavorir la corresponsabilització dels professionals en la presa de decisions.
- Fer efectiva la participació dels professionals en els òrgans de gestió dels centres del SISCAT.
- Millorar l'operativitat dels òrgans de representació dels professionals (juntres facultatives o similars), passant d'una funció informativa i consultiva a una funció amb capacitat decisòria en temes amb impacte assistencial i repercussions econòmiques.
- Promoure un àmbit de negociació específic de condicions laborals en l'àmbit professional.

**23. Fer evolucionar la formació universitària i especialitzada per tal de garantir l'adquisició dels coneixements, competències, habilitats, actituds i valors propis de l'exercici de les professions sanitàries.**

- Analitzar la demografia sanitària, incloent-hi la visió territorial, i adequar l'oferta de places, tant de grau com de formació sanitària especialitzada, amb especial èmfasi en les especialitats deficitàries.
- Instar a què les universitats revisin periòdicament els plans d'estudi dels diferents graus de ciències de la salut, consultant els col·legis professionals, les societats científiques i el Departament de Salut.
- Definir uns itineraris de formació sanitària especialitzada que aprofundeixin en l'adquisició de les competències específiques i incorporin una visió pluridisciplinària i transversal per assegurar un model d'atenció sanitària de qualitat.
- Promoure l'evolució dels programes de formació especialitzada cap a la troncalitat, així com revisar els programes (en continguts i duració) de les diferents especialitats i desenvolupar les àrees de capacitat específica de manera progressiva.
- Modificar els criteris d'acreditació per a l'accés i promoció a la carrera acadèmica que facilitin la incorporació de professors, dotats d'experiència clínica i de valors professionals, en etapes de la seva vida professional més productives.
- Afavorir la incorporació de perfils estratègics (professionals de medicina i infermeria familiar i comunitària) a les universitats potenciant la docència dels aspectes transversals de l'atenció sanitària, amb una visió holística.

## **PARTICIPACIÓ CIUTADANA**

### **24. Sistematitzar la presa de decisions compartides en salut i en malaltia.**

- Identificar lideratges dins de les institucions per promoure el canvi de forma transversal cap a models centrats en les persones, famílies i entorn cuidador, definint i monitoritzant indicadors d'avaluació.
- Analitzar i millorar els plans de formació i informació de la ciutadania, donant suport continu a tots els agents implicats en la salut i en la malaltia de les persones.
- Realitzar campanyes divulgatives efectives amb la participació dels pacients perquè la ciutadania conegui els seus drets i deures.

### **25. Incorporar la perspectiva de la ciutadania en la millora dels serveis assistencials.**

- Dissenyar prototips basats en el mapa d'experiència del pacient que permetin desenvolupar serveis sanitaris.
- Avaluar resultats tenint en compte l'experiència del pacient a través d'indicadors PROM i PREM.
- Incorporar el ciutadà en el procés d'establiment de prioritats i en l'avaluació de resultats de la recerca i innovació: PPI (Patient and Public Involvement).
- Potenciar els diferents tipus de voluntariat (comunitari, sanitari, social) consolidant el seu paper dins del sistema sanitari.

## RECERCA I INNOVACIÓ COMPETITIVES

### 26. Transformar la recerca i la innovació en salut cap a un model més eficient, competitiu i sostenible.

- Augmentar el finançament per càpita en recerca situant-lo als nivells de Països Baixos o Alemanya.
- Consolidar el Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS), doblant el seu pressupost i assolint la xifra dels 20 milions d'euros anuals en els propers dos anys i avaluant-ne periòdicament els impactes en salut. Reforçar-ne la sinèrgia amb el Programa d'Anàlisi de Dades de Recerca i Innovació en Salut (PADRIS) i invertint-hi per accelerar l'obtenció de resultats.
- Establir la tríada assistència, docència i investigació a la visió i estratègia del sistema públic de salut, fomentant que els centres sanitaris i de recerca treballin plegats.
- Crear contractes-programa plurianuals amb els centres de recerca i avaluar-ne l'eficiència en base a mètriques establertes per la Central de Resultats de Recerca.
- Establir marcs que donin suport legal, menys burocratitzat i més àgil, per facilitar la coexistència d'assistència i recerca clíniques d'excel·lència amb mecanismes clars i àgils per contractar i retenir talent.
- Crear un programa específic per finançar investigadors clínics semblant al d'ICREA, atesa la precarietat de la professió investigadora, que implica sovint excessiu voluntarisme. Crear models de dedicació a temps parcial per compaginar assistència i recerca, incentivant a les institucions a reconèixer el perfil clínic investigador.

### 27. Potenciar el paper de la societat civil en les polítiques de recerca.

- Facilitar la col·laboració públic-privada en forma d'una fiscalitat favorable per a les empreses que estimulin la R+I i una nova Llei de Mecanatge que afavoreixi les donacions per a R+I i fomentar la transformació de patronats de centres de recerca per tal que permetin incloure patrons de l'àmbit privat.
- Finançar la recerca en base a resultats no només d'outputs (publicacions) sinó també d'outcomes (impacte de la recerca sobre la salut), amb implementació final a la pràctica clínica i que tinguin en compte a la ciutadania en el disseny de la recerca.
- Promoure la recerca i avaluació en serveis sanitaris i la recerca en implementació, que no només avalua resultats, sinó que detecta barreres i facilitadors en la implementació de nous models organitzatius, implicant els ciutadans i altres actors clau en l'avaluació.
- Fomentar les accions de difusió a la ciutadania dels resultats de la recerca finançada.

### 28. Accelerar la participació del professional sanitari en els processos de transferència tecnològica.

- Fomentar la col·laboració de totes les unitats d'innovació sanitàries del país, estimulants les competicions d'innovació dins i entre els centres i la col·laboració públic-privada en l'àmbit de la transferència tecnològica.
- Facilitar la formació continuada i la participació dels professionals sanitaris en projectes innovadors de centres propis i externs, especialment en processos de validació i certificació.
- Incrementar el finançament de les unitats d'innovació hospitalària i reforçar la relació amb l'atenció primària.
- Avançar en la recerca i innovació de processos organitzatius.
- Implementar processos d'avaluació contínua i reconèixer les innovacions amb impacte en els resultats en salut.

# TRANSFORMACIÓ DIGITAL

## 29. Potenciar i accelerar l'estratègia de salut digital a través de l'apoderament digital del ciutadà.

- Mantenir, reforçar i accelerar el desplegament de l'Estratègia de Salut Digital de Catalunya.
- Implementar projectes i realitzar inversions digitals intersectorials entre els sectors de salut i social i de forma coordinada amb el Departament de Polítiques Digitals. Definir específicament un model d'intercanvi d'informació.
- Accelerar i enfortir l'accés a la carpeta personal de salut, estimulant l'escalabilitat de projectes on els pacients introdueixen dades de mesures reportades per ells mateixos i impulsar projectes que fomentin la creació d'una història clínica personal propietat del ciutadà i la compartició de dades per promoure la recerca.
- Reforçar els canals digitals de comunicació en salut de les institucions públiques per fomentar l'ús responsable del sistema.

## 30. Apostar de manera decidida per la salut digital com a eina per contribuir a reforçar el treball dels equips assistencials i la millora dels resultats en salut.

- Augmentar la dedicació pressupostària dels centres sanitaris per invertir en eines de salut digital que siguin cost-efectives.
- Adaptar el model de finançament a l'adopció de les innovacions en salut digital i augmentar el finançament específic a curt termini per a la transformació de la sanitat post pandèmia.
- Impulsar una estratègia d'alfabetització digital.
- Estimular la integració de les fonts d'informació administratives amb d'altres per poder trobar i analitzar patrons en els determinants socials de salut (mobilitat, habitatge, contaminació atmosfèrica, etc.).
- Potenciar la telemedicina a nivell operatiu i legislatiu. Virtualitzar el sistema per gestionar l'increment de la demanda, possibilitant que el primer contacte amb el sistema sigui virtual en els casos que sigui adequat i cost-efectiu.
- Implementar plans de salut preventius personalitzats digitals.
- Descentralitzar l'atenció sanitària dels hospitals als centres d'atenció primària i d'aquests als domicilis, estimulant la telemedicina i la telemonitorització utilitzant en tot el seu potencial la intel·ligència artificial.
- Descarregar de tasques administratives el personal sanitari fent ús de les innovacions en salut digital.
- Estendre l'ús de les eines de salut digital i el Real World Data per fer recerca de qualitat i més eficient.



# METODOLOGIA DEL GRUP DE TREBALL

Marc de referència: el present document respon a l'encàrrec realitzat en l'Acord de Govern 91/2020, de 14 de juliol, pel qual es creen el Comitè d'experts per a la transformació del sistema públic de salut i la Comissió interdepartamental per a l'elaboració de l'Agenda de transformació del sistema públic de salut.

Es van nomenar (Acord de Govern) un grup d'experts independents, que han participat a títol individual en aquest Comitè. Per a l'elaboració del document s'han fet servir diferents fonts bibliogràfiques de referència i s'han realitzat diferents sessions de treball plenàries telemàtiques amb els membres del Comitè i, alhora, s'ha treballat amb subgrups específics per a cada un dels àmbits d'actuació proposats. Les propostes dels subgrups específics han estat sotmeses a un procés de deliberació participativa on line i, posteriorment, presentades i debatudes en reunions telemàtiques de tot el Comitè. Els diferents esborranys de l'informe han estat sotmesos al mateix procés de deliberació participativa on line i presentats i debatuts en reunions telemàtiques del Comitè. Gràcies a aquest procés, s'ha arribat a un alt grau de consens en totes les propostes presentades.

S'ha comptat amb l'assessorament de persones expertes externes al Comitè per a cadascun dels àmbits específics, que figuren al final d'aquest informe.

## REFERÈNCIES BÀSIQUES

- [Documents del Fòrum de Diàleg Professional. Departament de Salut](#)
- [Documents del Consell Assessor de Salut. Departament de Salut](#)
- [COVID-19. Lliçons apreses. Per una reforma del sistema de salut de Catalunya Consell de Col·legis de Metges de Catalunya \(CCMC\)](#)
- [Deu propostes de millora post-Covid 19 per a la professió infermera Col·legi Oficial d' Infermeres i Infermers de Barcelona \(COIB\)](#)
- [Impacte de la pandèmia del COVID-19 a les organitzacions sanitàries: 25 propostes a partir del que hem après Societat Catalana de Gestió Sanitària \(SCGS\)](#)
- [Decàleg per a la reforma del sistema de salut de Catalunya CCMC, COIB, SCGS](#)

## BIBLIOGRAFIA

Almirall E, Ferràs X, Garrell A, Marcet X. 2020. [Catalunya, un replantejament econòmic global](#). La Vanguardia 18.08.2020.

[Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey](#). WHO

Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. [The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence](#). BMC Health Serv Res. 2018;18(1):350. Published 2018 May 10.

Black N. 2013. [Patient reported outcome measures could help transform healthcare](#). BMJ.

Campillo C, Ortún V. [Health Professionals, Organizations and the Health System: Making What Is Socially Advisable Individually Attractive](#). Rev Esp Cardiol (English edition). 2018; 71(7): 520-523. doi.org/jrec.2018.01.18

Campillo C, Ortún V. [The Clinical Decision: A Clue to Health Services Outcomes Everywhere](#). Rev Esp Cardiol (English edition). 2018; 71(7): 515-519. doi.org/10.1016/jrec.2018.01.15.

Caro-Mendivelso J, Barrionuevo-Rosas L, Solans M, Almazán C. 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; 2019.

Collins, B. [Payments and contacting for integrated care. The false promise of the self-improving health system](#). The King's Fund, 2019.

[COMSalut \(comunitat i salut: atenció primària i comunitària\)](#). Departament de salut 2015.

Coulter A, Oldham J. 2016. Person-centred care: what is it and how do we get there? Future Hospital Journal, Vol 3, No 2: 114–6.

[Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible](#). 9a Conferencia mundial de promoción de la salud. OMS. 2016.

[Decisions compartides](#). Generalitat de Catalunya.

[Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers](#), The Commonwealth Fund 2017,

[Empowering patients through their Personal Health Record](#). Gabriel Mata-Cervantes, PhD Charlotte E. Clay, MA Craig Baxter, MSc, MPH . Benefits and Evaluation Research Team . Operations and Information . NHS 2016

ESMO Executive Board. Proven efficacy, equitable access, and adjusted pricing of anti-cancer therapies: no 'sweetheart' solution. Ann Oncol 2015;26(8):1529-31.

ESMO. Magnitude of Clinical Benefit Scale version 1.1. Ann Oncol 2017;28(10):2340-66.

[Exploració dels nous rols infermers dins la xarxa pública d'hospitals d'aguts a Catalunya](#). Càtedra de Gestió, Direcció i Administració Sanitària, Universitat Autònoma de Barcelona.

[First WHO Global Conference on Air Pollution and Health – summary report](#). WHO.

Frank . Ferris, MD et al. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice. Journal of Pain and Symptom Management Vol. 24 No. 2 August 2002.

Gómez-Batiste X, et al. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL- CCOMS- ICO© 3.1. (2017).

González A, et al. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Pla Interdepartamental d'Atenció i interacció social i sanitària 2017-2020. Generalitat de Catalunya; 2016.

Ham C, Walsh N, Making integrated care happen at scale and pace: Lessons from experience, The King's Fund 2013.

Health Systems and Implementation Research.

Hernán M, Morgan A, Mena AL . 2010. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB, Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20668659/>, PLoS Med. 2010 27;7:e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316

Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. WHO, 2017.

Les infermeres de pràctica avançada a Catalunya. Projecte IPA.CAT19. Càtedra de Gestió, Direcció i Administració Sanitària, Universitat Autònoma de Barcelona.

Llei de salut pública. Tram. 200-00041/08. Aprovació Ple del Parlament Sessió núm. 63, 14.10.2009, DSPC-P 95. BUTLLETÍ OFICIAL DEL PARLAMENT DE CATALUNYA 26 d'octubre de 2009 (N 555).

Generalitat de Catalunya (2017). Estratègia transversal per abordar projectes de salut comunitària. Departament de Salut. CatSalut.

Generalitat de Catalunya (2019.) Model de Salut Comunitària a la Xarxa d'Atenció Primària.

Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021.

Integrated Home Care and Primary Health Care: a PAN-CANADIAN perspective, 2018

Latitud: Pla Estratègic del Model de Serveis d'Atenció No Presencial al SISCAT.

Lindström B, Eriksson M. 2011. Guía del Autoestopista Salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Documenta Universitaria.

López-Casasnovas G, Casanova M. La malaltia de la sanitat catalana: finançament i governança. Barcelona: Profit Editorial S.L., 2020.

Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012; 380: 1011-29.

Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. 2012. Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet, 380(9846): 1011-29.

Marmot R et al. Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot review.

Models for paying providers of NHS services.

[NHS. 2010. Equity and excellence: Liberating the NHS.](#)

NHS. 2016. [Empowering patients through their Personal Health Record](#). Gabriel Mata-Cervantes, PhD Charlotte E. Clay, MA Craig Baxter, MSc, MPH . Benefits and Evaluation Research Team. Operations and information.

Nicholson C, Jackson C, Marley J. [A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review](#) [published correction appears in BMC Health Serv Res. 2017 Aug 17;17 (1):569]. BMC Health Serv Res. 2013;13:528. Published 2013 Dec 20. doi:10.1186/1472-6963-13-528

O'Callaghan-Gordo, Antó JM. [COVID-19: The disease of the anthropocen](#). Environ Res 2020;187:109683. doi: 10.1016/j.envres.2020.109683. Epub 2020 May 15.

O'Neill J. [Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. The review on antimicrobial resistance.](#)

[Ontario Health Teams, Guidance for Health Care Providers and Organizations.](#)

Pla de desenvolupament continu. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2017.

[Program of All-Inclusive Care for the Elderly.](#)

Proposta marc avaluatiu model d'atenció centrada en la persona. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2018.

[Pla interdepartamental i intersectorial de Salut Pública \(PINSAP\).](#) Agència de Salut Pública de Catalunya.

Pérez-Romero, Carmen, Ortega-Díaz, M. Isabel, Ocaña-Riola, Ricardo, & Martín-Martín, José Jesús. (2017). [Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español](#). Gaceta Sanitaria, 31(2), 108-115. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.007>

Pérez-Romero, Carmen, Ortega-Díaz, M. Isabel, Ocaña-Riola, Ricardo, & Martín-Martín, José Jesús. (2019). [Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión](#). Gaceta Sanitaria, 33(4), 325-332. Epub 02 de diciembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005>

Pérez Sust P, Solans O, Fajardo JC, et al. [Turning the Crisis Into an Opportunity: Digital Health Strategies Deployed During the COVID-19 Outbreak](#). JMIR Public Health Surveill. 2020;6(2):e19106. Published 2020 May 4. doi:10.2196/19106

[Pla Director de Sistemes d'Informació del SISCAT.](#)

Porter ME. [What is value in health care?](#) N Engl J Med 2010;363:2477-81. DOI: 10.1056/NEJM1011024.

[Principis i deures en l'exercici de la Direcció Mèdica dels hospitals i centres sanitaris.](#) Document de Posició del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 2018.

[Salus.Coop: La cooperativa ciutadana de les dades de salut.](#)

Santa Eugènia SJ, González-Mestre A, Barbeta C (coord.) Model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran. Document provisional. Barcelona, 2018.

Soler i Fàbregas M, Camps i Fondevila B, Serratusell-Miró G, Martín-Fumadó C. [La demografia mèdica en Barcelona: atender a los retos del futuro](#). Med Clin (Barc). 2018. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.031>

State of Health in the EU. The Netherlands .Country Health Profile 2019.

State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. Healthc Q. 2009;13 Spec No(Spec No):16-23. doi:10.12927/hcq.2009.21092

Temel J, Greer J, Muzikansky A, Gallagher E, Admane S, Jackson V, et. al. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8): 733-42. Doi:10.1056/NEJMoa1000678. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer.

Ten threats to global health in 2019. WHO.

Villalbí JR, Antó, JM, Pané O, de Peray JL y el Comité Científico para la reforma de la Salud Pública en Cataluña. Propuestas de reforma de los servicios de salud pública en Cataluña. Rev. Esp. Salud Publica vol.80 no.5 Madrid sep./oct. 2006. versión On-line ISSN 2173-9110. Versión impresa ISSN 1135-5727.

Virginia Murray, Amina Aitsi-Selmi & Kevin Blanchard. The Role of Public Health Within the United Nations Post-2015 Framework for Disaster Risk Reduction. International Journal of Disaster Risk Science volume 6, pages28–37(2015)

Vlaanderen, F.P., Tanke, M.A., Bloem, B.R. et al. Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review. Eur J Health Econ 20, 217–232 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0989-8>

Zonneveld N, Driessen N, Stüssgen RAJ, Minkman MMN. Values of Integrated Care: A Systematic Review. Int J Integr Care. 2018;18(4):9. Published 2018 Nov 15. doi:10.5334/ijic.4172

# COMITÈ D'EXPERTS

Aquest informe és el fruit del treball del conjunt de membres del Comitè d'experts independents.

Tot i que s'ha arribat a un alt grau de consens sempre que ha estat possible, els seus membres no necessàriament comparteixen totes i cadascuna de les conclusions i/o propostes de l'informe.

Tots els membres han realitzat una declaració individual de conflictes d'interessos potencials.

La Sra. Meritxell Masó Carbó, Secretària general del Departament de la Presidència, ha realitzat les funcions de secretaria tècnica del Comitè d'experts i d'enllaç amb la Comissió Interdepartamental.

## **Cristina Adroher Mas**

Politòloga i economista de la salut

Adjunta a la Direcció de Planificació i Suport a la Gestió. Hospital Sant Joan de Déu

## **Jordi Ara del Rey**

Metge. Especialista en Nefrologia. Doctor en Medicina i Cirurgia

Gerent Territorial Metropolitana Nord de l'ICS

Professor associat. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

## **Teresa Basora i Gallisà**

Metgessa. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària

Adjunta a la Direcció.EAP Mont-roig del Camp (DAP Camp de Tarragona ICS)

## **Mònica Botta Santasuana**

Metgessa.

Directora Mèdica. Hospital General de Granollers.

## **Esther Calbo Sebastian**

Metgessa. Malalties Infeccioses

Cap Unitat Malalties Infeccioses. Hospital Universitari Mútua Terrassa

Professora Agregada. Universitat Internacional de Catalunya (UIC)

## **Magda Campins Marti**

Metgessa. Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública

Cap del Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Professora Agregada. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

## **Antoni Castells i Garangou**

Metge. Especialista en Aparell Digestiu

Director Mèdic. Hospital Clínic de Barcelona

Catedràtic de Medicina Gastroenterologia. Universitat de Barcelona (UB)

## **Emma Costas i Muñoz**

Infermera. Màster en Cures Pal·liatives

Directora. PADES Grup Mutuam. Barcelona

## **Manel del Castillo Rey**

Metge. Màster en Administració Pública (EMPA)

Director Gerent.Hospital Sant Joan de Deu

## **Anna García-Altés**

Economista. Màster en Salut Pública.

Directora de l'Observatori del Sistema Sanitari de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària de Catalunya (AQuAS)

**Marco Inzitari**

Metge. Especialista en Geriatria

Director d'Atenció Intermèdia, Recerca i Docència. Parc Sanitari Pere Virgili

Professor Associat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Yolanda Lejardi Estevez**

Infermera

Directora Atenció Primària i a la Comunitat. Institut Català de la Salut (ICS)

**Enric Mateo Viladomat**

Infermer

Equip d'Atenció Primària Can Bou. CASAP

Professor Associat. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Lorena Molina Raya**

Infermera. Doctora en Biomedicina

Directora del Campus Docent de Sant Joan de Déu. Adscrit a la Universitat de Barcelona (UB)

Infermera assistencial al Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya (SEM)

**Salvador Navarro Soto**

Metge. Especialista en Cirurgia General i de l'Aparell Digestiu

Cap del Departament de Cirurgia. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell

Professor agregat. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Vicente Ortún Rubio**

Economista. Organització d'empreses i Economia del Sector Públic

Departament d'Economia i Empresa i CRES. Universitat Pompeu Fabra (UPF)

Catedràtic emèrit contractat. UPF

**Olga Pané Mena**

Metgessa. Especialista en Medicina del Treball. Màster en gestió de serveis sanitaris. UB- UOC

Gerent. Consorci Parc Salut Mar. Consellera delegada Laboratori de Referència de Catalunya.

Consellera delegada d'Imatge Mèdica Intercentres

**Assumpta Prat Santamaria**

Infermera

Directora d'Infermeria. Althaia, Xarxa assistencial i universitària de Manresa

**Mireia Puig i Campmany**

Metgessa. Especialista en Medicina Interna

Cap del Servei d'Urgències. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Professora associada. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Mónica Povedano Panades**

Metgessa. Especialista en Neurofisiologia

Coordinadora de la Unitat Funcional de Motoneurona. Cap de Secció de Neurofisiologia

Servei de Neurologia. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL

**Wifred Ricart Engel**

Metge. Especialista en Endocrinologia i Nutrició

Cap de Servei de la Unitat de Diabetis, Endocrinologia i Nutrició Territorial de Girona. Hospital

Josep Trueta

Professor Associat. Universitat de Girona (UdG)

**Cristina Roure i Nuez**

Farmacèutica. Especialista en Farmàcia Hospitalària

Directora de l'Àrea de Farmàcia i Adjunta a la Direcció Assistencial. Consorci Sanitari de Terrassa

**Jordi Serrano Pons**

Metge. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
CEO i Fundador d'UniversalDoctor:The Digital Global Health Company  
Professor col·laborador Universitat de Vic (UVic)

**Antoni Sisó-Almirall**

Metge. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
Director de Recerca. Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerre  
Professor Associat. Departament de Medicina de la Universitat de Barcelona (UB)

**Marc Soler Fàbregas**

Metge  
Coordinador Executiu. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC)

**Josep Tabernero i Caturla**

Metge. Especialista en Oncologia Mèdica  
Cap del servei d'Oncologia Mèdica. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron  
Director. Institut d'Oncologia de la Vall d'Hebron (VHIO)  
Catedràtic de Medicina. Universitat de Vic-Central de Catalunya (UVic-UCC)

**Antoni Trilla Garcia**

Metge. Especialista en Medicina Interna i Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública  
Cap del Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia. Hospital Clínic de Barcelona  
Catedràtic de Medicina. Universitat de Barcelona (UB)

**Tamyko Ysa**

Catedràtica en Estratègia i Gestió Pública  
ESADE (URL)

**Oriol Yuguero i Torres**

Metge. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
Facultatiu Especialista Adjunt al Servei d'Urgències. Hospital Universitari Arnau de Vilanova  
Professor Associat. Facultat de Medicina. Universitat de Lleida (UdL)



## ASSESSORS EXTERNS

El membres del Comitè agraeixen els comentaris i suggeriments fets pels diferents assessors externs consultats a parts específiques d'aquest informe.

### **Enric Agustí Fabré**

Metge. Especialista en Medicina Intensiva  
Exsubdirector Catsalut  
Consultor en sistemes de salut

### **Jordi Amblàs Novellas**

Metge. Especialista en Geriatria  
Direcció General de Planificació Sanitària. Departament de Salut  
Catedràtic de Medicina. Universitat de Vic-Central de Catalunya (UVic-UCC)

### **Paloma Amil Buján**

Infermera  
Responsable Programes Pacient Expert Catalunya i Cuidador Expert Catalunya  
Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut

### **Josep Maria Antó**

Metge. Especialista en Pneumologia i en Salut Pública  
Professor de Recerca a ISGlobal  
Catedràtic de Medicina. Universitat Pompeu Fabra (UPF)

### **Marta Aymerich i Martínez**

Metgessa investigadora. Màster en Salut Pública  
Vicerectora de Planificació Estratègica i Recerca. Universitat Oberta de Catalunya (UOC)  
Professora dels Estudis de Ciències de la Salut. UOC

### **Josep Basora i Gallisà**

Metge. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
Director. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol)  
Professor Associat. Universitat Rovira i Virgili (URV)

### **Xavier Bayona Huguet**

Metge. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
Director EAP Gornal i EAP Bellvitge. Institut Català de la Salut (ICS)

### **Xavier Bonfill i Cosp**

Metge. Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública  
Director del Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Professor agregat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

### **Carmen Cabezas Peña**

Metgessa. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària i Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública  
Subdirectora general de Promoció de la Salut. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

### **Antoni Castro Salomó**

Metge. Especialista en Medicina Interna  
Cap del Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.  
Professor titular. Universitat Rovira i Virgili (URV)

### **Andreu Codina Colome**

Metge  
Director del CPB Serveis de Salut Mental

**Joan Xavier Comella i Carnicé**

Metge

Director. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR)

Catedràtic de Biologia Cel·lular. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Gemma Craywinckel Martí**

Metgessa. Especialista en Cirurgia General i de l'Àpares Digestiu

Gerent. FGS de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Professora associada. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

Directora del Màster en Direcció d'Institucions Sanitàries. UAB

**Joan Escarrabill Sanglas**

Metge. Especialista en Pneumologia

Programa d'atenció a la cronicitat & Experiència de pacients. Hospital Clínic

**Antoni Esteve Cruella**

Doctor en Farmàcia UB

Fundador de AdSalutem Institute i de Esteve Teijin Healthcare

**Elisenda de la Torre Hervera**

Pacient Experta. Programa Pacient Expert Catalunya

**Jordi Fàbrega i Sabaté**

Metge. Pediatre.

Pediatria dels Pirineus, SCCL

**Marc Fortes Bordas**

Infermer. Màster en Educació per la Salut

Membre de l'oficina de mobilitat de la fundació Tic Salut i Social

Professor associat. Universitat de Barcelona (UB)

Professor col·laborador. Universitat de Lleida (UdL)

**Assumpció González Mestre**

Infermera.

Programes Pacient Expert Catalunya i Cuidador Expert Catalunya. Departament de Salut

**Francesc José María Sánchez**

Advocat. Dret Sanitari

Soci Director FJMAdvocats, SLP

**Guillem López Casasnovas**

Economista i llicenciat en Dret

Director. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra (UPF)

Catedràtic d'Economia. UPF

**Cristina Molina Parrilla**

Llicenciada en Farmàcia per la UB

Directora d'Estratègia de Salut Mental de l'Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu. Província d'Aragó

**César Morcillo**

Metge. Especialista en Medicina Interna

Director Mèdic. Hospital Digital Sanitas

Professor col·laborador. Universitat de Barcelona (UB)

**Xavier Pérez Berruezo**

Metge. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
Director gerent. Fundació Hospital de Palamós. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

**Jordi Piera Jiménez**

Enginyer Informàtic. Màster en telemedicina i eSalut  
Director de l'Oficina de l'Estratègia de Salut Digital de Catalunya  
Professor col·laborador. Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

**Valentí Pineda Solas**

Metge. Especialista en Pediatria  
Cap de Servei de Pediatria en funcions. Infectòleg Pediàtric. Hospital Universitari Parc Taulí  
President. Societat Catalana de Pediatria  
Professor Associat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Ivan Planas Miret**

Economista. Màster en Economia Pública. Universitat de York (Regne Unit)  
Director de l'Àrea Econòmica del Servei Català de la Salut. Departament de Salut

**Antoni Plasencia**

Metge. Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública  
Director. Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal)-Hospital Clínic-Universitat de Barcelona (UB)

**Aina Plaza Tesías**

Psicòloga  
Directora General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat. Departament de Treball, Afers Socials i Família

**Miquel Porta**

Metge. Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública  
Catedràtic de Salut Pública. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Miquel Pujol**

Metge. Especialista en Medicina Interna i Malalties Infeccioses  
Director Programa VINCAt

**Pere Rebasa Cladera**

Metge. Especialista en Cirurgia General i de l'Àparell Digestiu  
Cap Unitat Cirurgia Esofago-Gàstrica. Hospital Universitari Parc Taulí.  
Professor associat Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Josep Ris i Romeu**

Metge. Especialista en Medicina Interna  
Director Assistencial. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**Lali Ruiz i Gil**

Metgessa. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
Coordinadora Docent EAP Sant Ildefons (Cornellà de Llobregat)

**Mireia Sans**

Metgessa. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
Directora. CAP Comte Borrell  
Professora Màster Universitari en Gestió Sanitària. Universitat Internacional de Catalunya (UIC)

**Sebastià J Santaeugènia Gonzàlez**

Metge. Especialista en Medicina Interna

Director del Programa d'Atenció Integrada Social i Sanitària. Departament de Salut

**Jaume Sellarès Sallas**

Metge. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària

Director EAP Sardenya

**Esther Sellés Llauger**

Treballadora Social. Especialista en atenció psicosocial i espiritual a malalties avançades

Directora General. Fundació Catalana d'ELA Miquel Valls

**Miguel A. Tovar**

Farmacèutic comunitari

Consultor d'innovació basada en startups i noves tecnologies

**Jordi Varela i Pedragosa**

Metge. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària i en Gestió Sanitària

Consultor independent

Professor associat. ESADE

**Adelaida Zabalegui Yárnoz**

Infermera

Subdirectora Infermera. Hospital Clínic

Catedràtica d'Infermeria. Professora associada. Universitat de Barcelona (UB)