



# RECOMANACIONS ESTRATÈGIQUES SOBRE EL MODEL D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA EN SALUT

Consell Assessor de Salut

Desembre de 2020



**Coordinació:**

Secretaria tècnica del Consell Assessor de Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

**Redactors:**

Carme Planas-Campmany. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Iria Caamiña-Cabo. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Elena Calvo-Valencia. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

**Alguns drets reservats**

© 2020, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

**Primera edició:**

Barcelona, desembre 2020.

**Assessorament lingüístic:**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

**URL:** <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5614>



L'encàrrec al Consell Assessor de Salut

*L'òrgan ha de permetre repensar i reorientar quin és el model que volem en el futur d'acord amb les necessitats i els canvis socials, demogràfics i tecnològics dels pròxims 20 anys.*

*El Consell ha de permetre una reflexió serena, allunyada del dia a dia de la Conselleria i, per tant, és una eina que ens pot ajudar com a país per tenir el futur sanitari ben pensat i planificat.*

*Alba Vergés*

*Consellera de Salut*

La visió del Consell Assessor de Salut

*El Consell s'ha de centrar en l'elaboració de recomanacions que orientin el model assistencial d'atenció sanitària especialitzada contemplat sempre com a part essencial d'un model centrat en la persona, que ha de donar una resposta integral i integrada a les seves necessitats, amb possibilitats il·limitades però recursos limitats.*

*Manel Balcells*

*President del Consell Assessor de Salut*



## Índex

1. Introducció .....	4
2. Situació de l'atenció especialitzada en salut .....	5
3. Justificació .....	18
4. Objectiu del document.....	19
5. Metodologia .....	19
6. El procés deliberatiu .....	20
7. Definició d'atenció especialitzada del Consell .....	21
8. La visió del Consell.....	22
9. Recomanacions estratègiques .....	24
10. Bibliografia .....	42
11. Annexos.....	46
12. Experts convidats a les sessions del Consell Assessor de Salut .....	51
13. Membres del Consell Assessor de Salut.....	52



## 1. Introducció

La pressió per transformar els sistemes de salut i benestar i consolidar models assistencials més centrats en les persones i les comunitats, i més equitatius i viables, ja era evident molt abans de la pandèmia de la COVID-19 (1,2). Aquesta transformació implica definir estratègies i reconfiguracions, cada vegada més necessàries, en un entorn marcat per la incertesa, en el que les necessitats, les preferències i les expectatives de salut i benestar de tots els actors implicats canvien. Alhora, es modifica també el patró de la demanda en els aspectes relacionats amb l'economia, les polítiques i la cultura (3).

En aquest context, se cerquen models assistencials amb una visió més holística i basats en la comunitat, que s'estenguin més enllà de les parets dels hospitals i integrin les contribucions de les organitzacions d'atenció primària i comunitària, d'especialitzada i socials (4). Fan falta models assistencials que garanteixin una distribució més eficient dels serveis i que les persones rebin l'atenció adequada, en el lloc adequat i en el moment adequat (5).

El Consell Assessor de Salut (Consell) comparteix aquesta necessitat de transformació del model, i dedica aquest document a fer propostes relacionades amb els elements estratègics a tenir en compte en l'atenció especialitzada (AE).

Els països amb ingressos alts i sistemes de salut desenvolupats s'enfronten a una demanda cada vegada més elevada d'atenció sanitària especialitzada, intensiva, predictiva, preventiva i personalitzada (6,7) per donar una resposta equitativa i de qualitat elevada a les persones amb necessitats de salut complexes i amb voluntat de prendre decisions relatives a la seva salut.

El Consell considera imprescindible trobar l'equilibri entre l'atenció de proximitat i l'especialisme de manera sostenible, partint de la premissa que l'AE vehicula bona part de la innovació per mantenir una pràctica clínica d'avantguarda i que, a Catalunya, això implica un repte financer majúscul.

La Comissió de Serveis Especialitzats (CSE) del National Health Service England (8), en un informe publicat l'any 2016 que aporta una visió global sobre el futur de l'AE, identificava reptes de l'AE que han inspirat els àmbits de discussió del Consell: la governança, el finançament, el rol dels proveïdors, la concentració de l'expertesa i de la tecnologia amb una major capil·laritat dels serveis, els sistemes de pagament, els sistemes d'informació, la transparència i el retiment de comptes. Les reflexions al voltant d'aquests àmbits han comptat amb la participació d'experts externs al Departament de Salut convidats a compartir els seus punts de vista amb el Consell.



El Consell, responent a les funcions per a les quals va ser creat, elabora aquest document i aporta una definició pròpia de l'AE, inspirada en les definicions del nostre entorn més proper, i 12 recomanacions estratègiques per avançar en l'orientació del model d'AE en salut.

## **2. Situació de l'atenció especialitzada en salut**

L'atenció especialitzada (AE) sovint està condicionada per definicions originades en els seus serveis (8–11).

Una de les definicions més referenciades és la del National Health Service England, que descriu els serveis especialitzats com aquells que proporcionen una atenció avantguardista, catalitzadora per a la innovació, que se sol proveir en moments en els quals les persones tenen més necessitats (10,11). També s'han fet esforços per diferenciar entre nivells, descrivint des de serveis superespecialitzats, dirigits a grups reduïts de persones, fins a serveis especialitzats relativament comuns, tots ells d'elevat cost (8).

A Catalunya, la definició terminològica consensuada de l'AE aporta una visió intersectorial. Es descriu com *l'atenció social o sanitària que es presta a persones amb necessitats complexes en serveis especialitzats en aquest tipus d'atenció* (12).

### **2.1. Atenció sanitària especialitzada en el model assistencial d'atenció integral i integrada**

Els models actuals i de futur s'orienten cap a una atenció integrada en què l'expertesa de l'atenció especialitzada (AE) ha de formar part de la xarxa i estendre's per la seva totalitat per tal d'arribar a tots els territoris (13).

En aquest sentit, els dominis i atributs essencials per al desenvolupament de xarxes d'atenció integrada, indiquen que el màxim nivell d'integració és aquell en el qual la provisió dels serveis especialitzats es du a terme preferentment fora dels hospitals (13). Concretament, els experts de la King's Fund recomanen concentrar l'AE per abordar situacions o problemes de salut per als



quals es disposi d'una evidència sòlida, avançant en la concentració dels serveis i, alhora, desenvolupant xarxes d'AE de cobertura més àmplia per garantir la provisió d'una atenció de qualitat de manera uniforme a tot el territori (5,14).

Pel que fa a la categorització dels serveis en un determinat nivell d'especialització, hi ha autors que determinen que aquesta s'ha de basar en una avaluació global de certs criteris dinàmics: complexitat, incidència, prevalença i consum de recursos i consideren que un servei és més especialitzat com més complex, rar i intensiu en recursos sigui (14). També descriuen que la planificació de serveis hospitalaris especialitzats es basa, en gran mesura, en el coneixement i l'experiència dels professionals de la salut (14).

L'evidència internacional mostra un impacte controvertit en l'associació entre la concentració i la qualitat de l'atenció sanitària, el cost unitari (per persona) i la integració de l'atenció (15). Algunes avaluacions econòmiques sobre la concentració o centralització dels serveis d'AE, descriuen que la informació confusa i esbiaixada que prové d'estudis sense mètodes estandarditzats pot confondre els decisors (16). És important millorar la metodologia i les conclusions de les avaluacions econòmiques i donar més rellevància a aspectes relacionats amb la concentració de l'atenció diferents del cost, com ara els resultats de salut.

Un dels treballs identificats que s'acosta més a un plantejament de futur global i transversal de l'AE és el que va liderar la Comissió de Serveis Especialitzats (CSE) l'any 2016 a Anglaterra. Per elaborar el document, es va fer una crida oberta als actors del sistema, que van contribuir a fer una proposta de futur de l'atenció especialitzada del National Health Service (NHS) (8). La CSE es va constituir com un grup de treball independent puntual, creat per formular recomanacions dirigides al Govern, l'NHS England i altres organitzacions sanitàries sobre l'assignació pressupostària futura de més de 15 milions de lliures als serveis especialitzats anglesos. La CSE va iniciar el seu treball definint uns principis centrats en la persona (taula 1) sobre els quals va basar l'informe i la formulació de les recomanacions (taula 2).

Taula 1. Principis de l'atenció centrada en les persones sobre els quals va deliberar la Comissió de Serveis Especialitzats (8).

**Principis de l'atenció centrada en les persones sobre els quals va deliberar la Comissió de Serveis Especialitzats (8)**

- L'atenció especialitzada ha de ser equitativa i no deixar ningú enrere.
- Els pacients han de tenir garantida la implicació dels especialistes en la seva cura.
- Els sistemes i processos s'han de centrar a maximitzar els resultats del pacient.
- S'ha de proporcionar atenció especialitzada al més a prop possible de la llar dels pacients.
- Els pacients han de participar, tant en les decisions sobre la seva cura com en el desenvolupament de futurs serveis.
- Els pacients i la ciutadania haurien de poder responsabilitzar l'NHS de la qualitat de l'atenció especialitzada.

Font: Informe de la Comissió de Serveis Especialitzats, 2016. President: Lord Warner (8).

Taula 2. Recomanacions per a l'atenció especialitzada. Comissió de Serveis Especialitzats, NHS England, 2016 (8).

**Recomanacions per a l'atenció especialitzada. Comissió de Serveis Especialitzats, NHS England, 2016 (8)**

1. Els serveis especialitzats haurien de definir-se tenint en compte les particularitats de la població per a la qual tingui sentit compartir el risc financer i ser coherents amb els interessos dels pacients; s'ha de garantir que els serveis obtenen el finançament adequat per proporcionar la millor atenció (recomanació dirigida al Govern i l'NHS England).
2. La gestió de molts dels serveis especialitzats hauria de delegar-se a escala regional i local, i la gestió nacional hauria de mantenir-se principalment per a serveis especialitzats complexos i serveis altament especialitzats (recomanació dirigida al Govern i l'NHS England).
3. Els estàndards nacionals obligatoris s'han de mantenir i desenvolupar com a base d'un enfocament més innovador per a la gestió i la prestació de l'atenció especialitzada (recomanació dirigida a l'NHS England).
4. La relació entre els comissionats i els proveïdors hauria de canviar cap a xarxes de proveïdors que tinguin la responsabilitat de prestar un servei integral als pacients (recomanació dirigida a l'NHS England, l'NHS Improvement i els proveïdors).
5. Els contractes d'atenció especialitzada en xarxa han de reflectir el cost total de l'atenció als pacients i incentivar així la prestació del servei eficient i pròxima al domicili, amb el suport de coordinadors d'atenció referents que han d'utilitzar plans d'atenció pactats amb els pacients (recomanació dirigida a l'NHS England i l'NHS Improvement).
6. Els models de pagament s'haurien de modificar per reflectir i fomentar el desenvolupament de xarxes d'atenció especialitzada, avançant cap a un finançament anual orientat a resultats per a condicions específiques de llarga durada vinculades més estretament als resultats (recomanació dirigida a l'NHS England i l'NHS Improvement).
7. Les dades de retiment de comptes exhaustives sobre els costos i els resultats clau han de formar part integral d'aquests canvis, per exemple, amb el reconeixement de la importància de les bases de dades per al control i el retiment de comptes (recomanació dirigida al NHS England / NHS Improvement).
8. L'NHS England s'ha d'assegurar que les dades sobre els resultats i els costos dels serveis als pacients s'enregistrin, es publiquin i s'utilitzin per garantir l'equitat de l'accés al servei i la qualitat a tot el país quan la responsabilitat de la gestió dels serveis es delegui a un nivell més local (recomanació dirigida a l'NHS England).
9. En el futur, s'ha de garantir que el retiment de comptes anual davant el Parlament i la ciutadania inclogui les actuacions realitzades i les prioritats futures, atesa la gran quantitat de diners públics gastats en serveis especialitzats (recomanació dirigida al Department of Health del Regne Unit i l'NHS England).

Font: Informe de la Comissió de Serveis Especialitzats, 2016. President: Lord Warner (8).



En aquest context, per tal de fer realitat el compromís d'atendre les persones des de la proximitat, afavorir la gestió i l'atenció més propera en funció dels recursos disponibles, fomentant un model d'atenció de serveis especialitzats en xarxa orientats a les persones i impulsats pels proveïdors, amb el suport d'una governança financera i clínica robusta, la CSE recomanava el següent:

- Comptar amb coordinadors de cures que treballin superant les fronteres organitzatives.
- Disposar d'uns estàndards nacionals que es formalitzin en contractes i el retiment de comptes nacional de tots els serveis especialitzats, mitjançant una millor difusió de la informació sobre els serveis especialitzats i una major transparència en la provisió.
- Realitzar una gestió nacional, que es mantingui principalment per a serveis especialitzats complexos i serveis altament especialitzats.
- Plantejar nous enfocaments del sistema de pagament, equilibrant el finançament limitat amb el ràpid augment de la demanda.
- Maximitzar l'eficiència i millorar la qualitat assistencial i l'experiència del pacient.
- Incorporar noves tecnologies situant les persones al centre neuràlgic de l'atenció i minimitzant l'èmfasi en la infraestructura (8).

## **2.2. Elements clau de la reconfiguració dels serveis d'atenció especialitzada**

Els treballs realitzats per la King's Fund entre els anys 2011 i 2014 identificaven uns factors interrelacionats que es consideraven determinants en la reconfiguració dels serveis d'atenció especialitzada: els professionals, la qualitat, el cost i l'accés (5,17). El repte rau en com arribar a una configuració que optimitzi aquests elements en funció dels diferents nivells de risc i complexitat clínics (5). Es va concloure que el cost i els professionals superaven amb escreix els altres factors com a determinants de la reconfiguració. I també que, tot i que rarament es mencionava la tecnologia com a impulsora de la reconfiguració dels serveis, aquesta era un element significatiu en les experiències avaluades i s'afegia com a cinquè factor clau a tenir en compte quan s'està considerant un canvi en un servei clínic. Tot i així, el pes de cadascun dels factors pot variar en funció de l'evolució del sistema i també de la perspectiva de cada actor implicat. En el treball publicat l'any 2014, Imision *et al.* sintetitzen l'evidència disponible:



- Qüestionant les suposicions que indiquen que la reconfiguració suposarà un estalvi significatiu.
- Mostrant que es poden aconseguir guanys més significatius en qualitat amb estratègies de millora que amb les reconfiguracions.
- Suggestint que cal fer una planificació conjunta dels professionals i els serveis que fomenti el desenvolupament de les plantilles per als nous models assistencials.
- Assenyalant les oportunitats que proporciona la tecnologia per mantenir l'atenció de proximitat (5).

L'evolució del model assistencial d'atenció especialitzada i la reconfiguració dels seus serveis s'ha de basar en l'evidència. La presa de decisions és complexa i ha de poder aportar un benefici més gran tant per a les persones ateses com per als contribuents. En aquest sentit, és necessari garantir que l'atenció sigui assequible i ofereixi una bona relació qualitat-preu i que les decisions al respecte siguin justes i transparents (11).

### **2.2.1. Les persones al centre de l'atenció especialitzada**

En la reconfiguració dels serveis d'atenció especialitzada les persones són al centre, atès que són la seva raó de ser. L'equilibri entre els motors de la reconfiguració (els professionals, l'accés, la qualitat, el cost i la tecnologia) s'aconsegueix de manera diferent en funció dels nivells de risc i de complexitat clínics de les persones (5).

En aquest sentit, les persones cada vegada presenten més problemes de salut crònics i la població està més envellida, és més dependent i té unes necessitats creixents d'acompanyament i cures. Alhora, les persones i les comunitats estan exposades a les malalties transmissibles, emergents i reemergents, i als problemes de salut aguts amb necessitat d'atenció immediata, intensiva i personalitzada. Tot això comporta multiplicitat de recursos (comunitaris, hospitalaris, sociosanitaris) sovint molt especialitzats (18). A més, s'ha descrit que l'envelliment de la població, juntament amb els avenços tecnològics, té un gran impacte sobre l'AE i en fa augmentar la demanda (11).

Alhora, la població també és més diversa, amb persones més informades, que exerciran de propietàries de la seva informació sanitària i decidiran sobre la utilització dels serveis, amb més capacitat de decisió, exigència, autonomia i autoresponsabilització (9,18–20). Les persones actuaran com a corresponsables en la cura de la seva salut (21).

Tot i la diversitat, s'han identificat prioritats comunes, en forma de principis i valors, per garantir una atenció centrada en les persones (taula 3) (22). A més, s'assenyala que, la relació de les persones amb la prestació de serveis tindrà lloc en un context amb multitud de dades i interlocució amb plataformes tecnològiques (18) en què la interoperabilitat empoderarà i permetrà que una gran part de les persones participi d'una manera més activa (20) malgrat l'esclatxa digital. Una informació que potser les persones només voldran compartir amb organitzacions que aportin valor, en les quals confiïn (20) i que els ofereixin resultats sobre la qualitat i el preu de l'atenció que cada vegada podran interpretar millor (23,24).

Taula 3. Principis i valors de l'atenció a la salut centrada en la persona de la International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), 2016 (22)

**Declaració sobre l'atenció a la salut centrada en la persona de la International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), 2016 (22)**

1. Respecte a les seves necessitats, preferències i valors, i també a la seva autonomia i independència.
2. Capacitat d'elecció i empoderament per participar, en funció del seu nivell de capacitat i preferència, com a soci en la presa de decisions sanitàries que afecten la seva vida.
3. Participació de la persona en la política sanitària per garantir que es dissenyi amb la persona situada al centre.
4. Accés i suport, inclòs l'accés a serveis, tractaments, atenció preventiva i activitats de promoció de la salut adequats, segurs i de qualitat.
5. Informació per prendre decisions informades sobre el tractament i la convivència amb la seva malaltia.

Font: International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), 2016 (22).

## **2.2.2. Els professionals i les especialitats**

El repte del desenvolupament, l'ordenació i la planificació dels professionals de la salut a Europa s'emmarca en un context global que preveu reptes relacionats amb els canvis demogràfics i socials (25). En aquest sentit, es preveu que el nombre de treballadors del mercat laboral disminueixi i, per tant, augmenti la ratio de persones grans per treballador actiu. També caldrà veure l'impacte de les dinàmiques de gènere i els estils de vida, les preferències i les actituds de les generacions més joves (25). En aquest context, l'augment de la demanda d'atenció, els problemes de les llistes d'espera, la pressió econòmica, la perspectiva d'escassetat de personal i els continus canvis tecnològics desafien l'organització i la gestió actuals dels serveis especialitzats i dels seus professionals i treballadors.



Els professionals de l'àmbit de l'AE es nodriran dels avenços en el coneixement, les novetats terapèutiques, les modalitats assistencials i la manera de prestar els serveis (18). En el desenvolupament de les capacitats dels treballadors de la salut, l'AE proporciona una preparació valuosa en què la mateixa especialització beneficia l'aprenentatge i la recerca i viceversa (8).

Hi ha consens que l'especialització a totes les professions sanitàries és una tendència inevitable. L'especialització és clau per millorar la competitivitat i la capacitat per innovar, estendre l'esperança de vida i explorar la ciència i el coneixement. Alhora, autors i experts recomanen recordar que es necessita la col·laboració de perfils més generalistes amb altres de més especialistes, organitzats al voltant de les necessitats de salut de les persones i per aquestes(23).

En general, els professionals treballaran més en equips inter, multi i transdisciplinaris en xarxa, connectats mitjançant les tecnologies de la informació i de la comunicació, sense la necessitat d'estructures físiques estanques per atendre les persones. També, s'espera que els professionals de l'atenció a la salut facin el millor ús possible de les dades i la tecnologia, adquirint coneixements i capacitats per aprofitar les oportunitats que ofereix la informació (26). Per fer-ho s'ha descrit el desenvolupament dels rols professionals i la reassignació de tasques com la gran estratègia per fer front a l'escassetat de personal prevista i a la creixent demanda de serveis sanitaris. No obstant això, se sap poc sobre la implementabilitat de la reassignació de tasques en l'atenció sanitària especialitzada (7).

### **2.2.3. Les organitzacions i els serveis d'atenció especialitzada: qualitat, cost i accés**

Les organitzacions en general, incloses les d'atenció especialitzada, estan sotmeses a un entorn de canvi constant i estan abocades a esdevenir organitzacions flexibles que agrupin recursos i funcionin com a bé públic (27). Concretament, segons un informe de la Unió Catalana d'Hospitals de 2018, les organitzacions d'atenció a la salut s'emmarquen en un context de tensions i corrents provocats pel sistema de finançament, l'evolució dels sistemes de contractació, pagament i avaluació, la politització del model d'atenció, la polarització de la societat, la creació d'aliances, l'orientació a resultats, la reorientació de la cultura d'empresa i de gestió dels equips, i el desenvolupament dels sistemes d'informació i de les tecnologies (18).



Les organitzacions i els serveis especialitzats no estan disponibles a tots els punts d'atenció local perquè els han de proveir equips multiprofessionals especialitzats que disposin de les competències i l'experiència necessàries (8). En entorns com el català, on s'identifiquen tendències creixents de creació d'unitats multidisciplinàries especialitzades que integren el coneixement i l'expertesa, s'enfronten amb la difícil conciliació d'aquesta concentració de serveis amb l'atenció de proximitat (18).

L'evidència disponible sobre la reconfiguració dels serveis d'AE identifica bons arguments de millora de la qualitat a favor de la concentració dels serveis especialitzats, però també n'identifica en pro de proveir-los en forma de xarxa (5). Fa anys que s'insisteix en la necessitat de prestar serveis especialitzats al lloc més adequat per a les persones, preferiblement en entorns no hospitalaris, apostant pel desenvolupament d'una xarxa extensa de serveis que arribi allà on és la ciutadania (28). Warner *et al.* determinen que un enfocament en xarxa per a la prestació de cures ofereix una solució potencial per donar resposta a la dicotomia entre la qualitat i l'accessibilitat, en què el principal repte continua sent la implementació d'aquest treball en xarxa (8).

Les noves tecnologies obren la possibilitat de facilitar localment la millor atenció, de la manera més còmoda i accessible per a la persona (8). Els hospitals del futur es visionen operant com a part d'un entorn de provisió de serveis descentralitzada, amb professionals de la salut amb competència digital que oferiran una experiència més integradora a la persona, innovant contínuament en la prestació de cures i millorant els resultats (19) amb el suport de la tecnologia (20).

L'evidència suggereix que la participació activa en xarxes clíniques ajuda a garantir l'atenció de més qualitat disponible alhora que disminueix la pressió sobre els professionals (5). També, assenyala que com més volum d'atenció hi hagi millors seran els resultats (5).

En aquest context, per tal de garantir l'equitat en la provisió de l'atenció especialitzada, per exemple des de l'NHS England, es recomana fomentar la transformació dels serveis, establir estàndards nacionals de qualitat i d'accés, i garantir la relació qualitat-preu (10).

#### **2.2.4. Els avenços tecnològics i la transformació digital**

La tecnologia ha estat considerada un motor indiscutible de canvi dels sistemes de salut (5,17,20). S'espera que serveixi per disminuir les desigualtats i millorar l'accés als serveis per a les persones vulnerables (26).



La transformació digital, basada en la tecnologia emergent, serà clau en l'evolució d'un model en què l'atenció estigui organitzada al voltant de la persona, en lloc d'estar-ho al voltant de les institucions (20). A més, s'han identificat oportunitats en l'avenç en l'adopció de les tecnologies i el desenvolupament de solucions innovadores per tenir cura de les persones en un context d'emergència sanitària com la de la COVID-19.

L'AE, per la seva mateixa naturalesa, se situa a l'avantguarda de la ciència i és pionera en l'ús de la tecnologia i solucions innovadores que s'han d'introduir aplicant criteris de prioritització i s'han de gestionar amb cura. En funció de la seva avaluació, poden implementar-se més tard en la resta del sistema (8).

L'evidència mostra que la tecnologia empodera les persones, els proveïdors, els governs i altres agents implicats, posant a disposició informació i eines per a la millora dels resultats en salut (29). No obstant això, hi ha resultats contradictoris pel que fa a l'impacte de les tecnologies en l'equació cost-qualitat de l'atenció (5).

La intel·ligència artificial (IA) és cada vegada més sofisticada, ràpida i eficient. El seu potencial i el de la robòtica en l'àmbit de la salut són amplis i mostren beneficis per mantenir-se sa, detectar precoçment, diagnosticar, prendre decisions, tractar i atendre al final de la vida (30). Les dades de salut, combinades amb altres dades i protocols, facilitaran el dibuix del perfil de cadascuna de les persones i permetran avançar en microintervencions dirigides al manteniment de la salut de manera eficaç, proactiva i amb una disminució important de la despesa sanitària, amb intervencions i tractaments més precisos, menys complexos, menys invasius i més barats (20).

També s'ha descrit que el sistema evolucionarà amb el desenvolupament de professions, rols i noves figures, en què concretament l'atenció especialitzada viurà la substitució d'especialitats diagnòstiques per intel·ligència artificial (18). A més, disposar de proves i eines sofisticades podria facilitar que la major part dels diagnòstics i les cures es duguin a terme allà on viuen les persones i les comunitats (18,20).

No obstant això, s'han descrit problemes relacionats amb la fragmentació, la manca d'interoperabilitat i la seguretat dels sistemes tecnològics en l'àmbit de la salut, amb la consegüent atenció subòptima i la frustració dels professionals, que perceben que part de la gran despesa tecnològica s'hauria pogut invertir en altres recursos assistencials (31).

En una anàlisi del futur sobre la visió digital del govern britànic, es van descriure els quatre principis que haurien de guiar la transformació digital en la salut. Es van basar en el disseny de tecnologia segura, ètica i eficaç, en funció dels valors i interessos de la societat i amb



sistemes que permetin la competència entre proveïdors, que serien recompensats per la seva qualitat: les necessitats de l'usuari; la privadesa i la seguretat; la interoperabilitat i l'accés obert, i la inclusió. També van identificar quatre àrees prioritàries en les quals calia actuar: la infraestructura, els serveis digitals, la innovació i les capacitats i la cultura de treball (31).

### **2.3. L'atenció sanitària especialitzada a Catalunya**

A Catalunya, en els darrers 30 anys el model s'ha anat perfilant per adaptar-se a la realitat demogràfica, epidemiològica i socioeconòmica i s'han desenvolupat estratègies centrades en el model de finançament i l'aprofitament de la diversificació de la provisió. També s'han anat reorientant elements del model per tal d'assolir una mirada més integral i inclusiva de la salut, inclosos els seus determinants socials.

En aquest context, l'atenció especialitzada (AE) en salut s'enfronta als reptes derivats de la diversitat als quals ha de donar resposta, d'acord amb les necessitats, preferències i expectatives de les persones. Això, a més, ho ha de fer en un marc de contenció econòmica que obliga, cada vegada més, a repensar el model amb una mirada global perquè mantingui el seu esperit equitatiu, de qualitat i d'eficiència.

Adicionalment, les necessitats creixents en salut en l'AE, condicionades en bona part per l'envelliment sostingut de la població, la incorporació continuada d'avenços tecnològics i l'impacte de la COVID-19, continuaran tensionant el sistema i exercint pressions pressupostàries.

El model sanitari català actual té el seu origen en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, aprovada l'any 1990 (32). En aquest context, Catalunya disposa d'una xarxa de serveis d'atenció especialitzada (AE) que s'exten a tots els nivells d'atenció del sector sanitari.

L'AE fa referència a la provisió de serveis centrats a donar resposta a necessitats molt específiques i comprèn els mitjans diagnòstics i terapèutics de més complexitat i cost del sistema. Aquest és un dels motius principals pels quals la despesa es troba sempre per sobre del 50%. A més, a Catalunya, la provisió d'AE pública conviu des dels seus inicis amb l'AE privada, a la qual un 25% de la població accedeix mitjançant mútues.



L'AE es presta per mitjà de la xarxa sanitària d'utilització pública que està desplegada per tot el territori català: hospitals, centres d'atenció especialitzada (de diàlisi, de rehabilitació, oncològics, de salut mental i d'atenció sociosanitària) (9). Aquests serveis formen part de la cartera comuna bàsica, que són els serveis assistencials coberts de manera completa amb finançament públic (9).

Pel que fa a la LOSC, normativa d'aplicació per a l'AE de cobertura pública a Catalunya (32), l'AE es presenta com a part d'un model d'atenció integral i integrada, distribuïda pel territori de manera equitativa i present a cadascuna de les regions sanitàries. Més endavant, l'any 1993, s'inicià la reforma de l'atenció especialitzada (RAE) a Catalunya, centrada en la reordenació de l'AE com un dels objectius fixats pel CatSalut per tal de millorar l'accés i la qualitat de l'atenció a la població. Tenia la seva base en la integració orgànica i funcional de l'AE als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública, una xarxa que es va consolidar formalment l'any 2010 com a part de la gran xarxa del sistema integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) (33) amb vocació de cobertura sanitària universal (34).

Les prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut espanyol estan regulades per la cartera de serveis prevista en la Llei 16/2003 (35) i el Reial decret 1030/2006 (36), d'acord amb els principis bàsics que s'estableixen en la Llei 14/1986, general de sanitat (37). La cartera comuna de serveis del Sistema Nacional de Salut (36,38) determina que la cartera de serveis comuns d'atenció especialitzada inclou l'assistència especialitzada a consultes i en hospitals de dia (mèdics i quirúrgics), l'hospitalització en règim d'internament, el suport a l'atenció primària en l'alta hospitalària precoç i, si escau, l'hospitalització a domicili, la indicació o prescripció i la realització de procediments diagnòstics i terapèutics, l'atenció pal·liativa, l'atenció a la salut mental i la rehabilitació de persones amb dèficit funcional recuperable. En relació amb l'accessibilitat a l'atenció especialitzada, es determina que l'atenció es presta, sempre que les condicions del pacient ho permetin, a consultes externes i hospitals de dia.

A Catalunya, l'atenció especialitzada i hospitalària es presta mitjançant recursos d'internament i comunitaris, per mitjà del SISCAT, que està desplegat per tot el territori català: hospitals i centres d'atenció especialitzada (de diàlisi, de rehabilitació, oncològics, de salut mental i d'atenció sociosanitària) (9). Els serveis inclouen els que ofereixen els hospitals d'aguts (taula 4), com ara l'atenció especialitzada ambulatoria (consultes externes), l'internament, les urgències, l'hospital de dia, els tractaments, les intervencions quirúrgiques amb ingrés o sense i les proves diagnòstiques (9).

Cal tenir en compte que, recentment, el Servei Català de la Salut (SCS) ha presentat el Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya (39).



Taula 4. Tipus d'hospitals d'utilització pública (9)

**Tipus d'hospitals d'utilització pública, CatSalut, 2019.**

1. Hospitals generals bàsics. Donen resposta completa als requeriments habituals de la població. Aquests hospitals tenen la tecnologia assistencial necessària per atendre les patologies que no requereixen un grau d'especialització important. Quan el nivell de complexitat no pot ser atès per l'hospital de primer nivell, la persona es deriva a un hospital de referència o d'alta tecnologia.
2. Hospitals de referència. Destinats a resoldre pràcticament tots els problemes de salut susceptibles de curació i millora, tret dels que requereixen recursos tecnològics d'alt nivell o una pràctica altament especialitzada.
3. Hospitals d'alta tecnologia. Disposen de les anomenades supraespecialitats i de noves tecnologies diagnosticoterapèutiques. Atenen els pacients que no es poden tractar als hospitals de referència.
4. Hospitals lleugers. Centres de salut que apropen l'atenció especialitzada i urgent a la població, tot facilitant una resolució més ràpida dels processos i potenciant la integració amb l'atenció primària de salut. Els hospitals lleugers, sense internament, poden oferir consultes d'atenció especialitzada, hospital de dia, cirurgia ambulatoria, urgències, diagnòstic per la imatge i proves complementàries.

Font: Tipus d'hospitals d'utilització pública, CatSalut 2020. Disponible a <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-especialitzada-hospitalaria-aguts/>

## 2.4. Els professionals de l'atenció especialitzada

Segons l'anàlisi de situació realitzada l'any 2018 pel Departament de Salut (40), els professionals de la salut col·legiats a Catalunya, majoritàriament d'infermeria i medicina, es distribueixen de manera que gairebé el 60% dels professionals sanitaris es concentra en l'atenció hospitalària d'aguts, el 3,6% en l'atenció a la salut mental i el 6,2% en l'atenció sociosanitària (el 27% restant en l'atenció primària de salut).

Pel que fa a les especialitats mèdiques, més de la meitat dels especialistes es concentra en vuit especialitats: medicina familiar i comunitària (21%), medicina interna (5%), anestesiologia i reanimació (4%), cirurgia ortopèdica i traumatologia (4%), obstetrícia i ginecologia (4%), psiquiatria (4%), cirurgia general i de l'aparell digestiu (3%) i pediatria i àrees específiques (3%). Amb relació a les especialitats infermeres, al voltant del 90% del col·lectiu no té reconeguda una especialitat. La demora en el desplegament i la implementació de les especialitats infermeres té un impacte negatiu en la seva captació i retenció, així com en el desenvolupament dels nous rols que podrien assumir.

Els missatges principals del Departament de Salut segons el diagnòstic de les necessitats dels professionals de la salut van ser els següents (40):



1. El Registre de professions sanitàries de Catalunya (RPSC) ha de ser la font d'informació principal.
2. No podem dir que el relleu generacional en les professions sanitàries estigui garantit.
3. Cal revisar la suficiència i adequació de la dotació de professionals a les diferents línies assistencials, per garantir el model d'atenció a la salut de les persones arreu del territori.
4. El nombre actual d'infermers i infermeres no és suficient per donar resposta a les necessitats dels nous models d'atenció.
5. Augmentar la centralitat de l'atenció primària en el nostre sistema públic de salut requereix incrementar el nombre d'especialistes en l'àmbit de l'atenció primària, però també cal emprendre altres mesures complementàries.

Posteriorment, en les conclusions del Fòrum de Diàleg Professional, centrat en la perspectiva assistencial i emmarcat en la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS) (41), es van identificar els reptes de present i de futur (42), com ara:

- Retenir el talent de professionals i la dedicació a la recerca i la innovació.
- Definir els llocs de treball relacionats amb les especialitats infermeres.
- Establir unitats docents transversals més enllà de l'entorn hospitalari.
- Incorporar la visió dels professionals experts en l'àmbit de la bioètica.
- Incorporar una prova d'aptitud en la selecció dels estudiants de grau de professions sanitàries
- Desenvolupar i empoderar la professió infermera.
- Fer polítiques professionals centrades en la planificació i l'ordenació en funció de les necessitats reals de salut de les persones.
- Avançar en els requeriments d'acreditació dels docents.



### 3. Justificació

En general, quan s'exploren el present i el futur dels sistemes de salut i benestar, els models se centren en la persona i les comunitats, i donen protagonisme a l'atenció de proximitat emmarcada en un sistema d'atenció integral i integrada. Amb això, es pretén construir i preservar sistemes de salut i benestar més resilients, que assoleixin una cobertura universal i se centrin en les necessitats, preferències i expectatives de les persones i les comunitats, en lloc d'organitzar-se al voltant dels serveis.

Des del punt de vista teòric, el consens que els protagonistes de les reformes han de ser les persones i els professionals, i no els serveis, els hospitals o la tecnologia, és indiscutible. A més, cal considerar que l'atenció sanitària avançada és especialment demandant en termes d'expertesa, quant a professionals ben formats i experimentats, i en termes de recursos, especialment pel que fa a la disponibilitat de tecnologia avançada i la innovació.

En aquest context, l'orientació del model assistencial d'atenció especialitzada (AE) per al futur, des d'una perspectiva estratègica i transversal, és d'una complexitat considerable.

En la literatura es descriu la necessitat que els nous models assistencials d'AE vagin més enllà de l'edifici de l'hospital; integrin la contribució de l'atenció primària, l'atenció especialitzada no hospitalària i l'atenció social; superin la definició tradicional i vagin cap a organitzacions flexibles i àgils que aglutinin coneixement i expertesa agrupant els recursos imprescindibles. En aquest sentit, s'identifiquen experiències que ordenen l'AE de manera parcel·lada i basant-se en l'evidència per després concentrar serveis i desenvolupar extenses xarxes de provisió de serveis i atenció. En la literatura també s'identifiquen cinc elements clau com a motors de les transformacions de l'AE: l'accés al sistema, els professionals, la qualitat, la tecnologia i els costos que tot això comporta. Tot i la disponibilitat d'evidència, al món manca una visió de futur global i transversal consensuada en l'àmbit de l'AE.

A Catalunya, no s'identifiquen propostes globals clares per a la transformació i transversalització de l'AE, tot i l'esforç que han fet algunes organitzacions per analitzar les necessitats i les tendències del sistema a tenir en compte per a l'àmbit de l'AE. Per continuar avançant, el treball de reflexió i posicionament del Consell Assessor de Salut (Consell) sobre l'orientació de futur de l'AE en salut s'ha enfocat considerant l'AE com a part del model d'atenció integral i integrada i tenint en compte l'abast i la complexitat d'aquest àmbit de competències del Departament de Salut de Catalunya. Concretament, el Consell considera que l'AE necessita estratègies que permetin evolucionar en:

- La regulació, amb un marc normatiu adient.



- Els professionals, facilitant el seu desenvolupament i reconeixement.
- El finançament, que cal que sigui suficient i ajustat a la planificació en salut.
- Els sistemes de pagament, que han de ser equitatius i actuar com una eina de contraprestació de la resposta dels proveïdors als objectius de salut.
- La provisió dels serveis, accessibles, de qualitat, segurs i eficients.
- La tecnologia i la innovació, que han de ser avaluades i incorporades de manera sistèmica seguint la planificació de país de l'autoritat competent.

L'elaboració d'aquest document es va haver d'interrompre per la pandèmia. El Consell va centrar els esforços en la reflexió sobre la crisi generada i va fer propostes en forma de recomanacions estratègiques sobre el sistema de salut postcrisi de la COVID-19 (1). Centrat de nou en el model d'AE i amb les lliçons apreses de la primera onada de la pandèmia, el Consell manté el posicionament i troba encara més justificada i urgent la transformació de l'AE.

#### **4. Objectiu del document**

Formular recomanacions estratègiques que orientin el model d'atenció especialitzada, dintre d'un model d'atenció integral i integrada de salut, que cuidi a les persones, proporcioni un entorn adient als professionals, prioritzi l'atenció de proximitat i sigui equitatiu, de qualitat i sostenible.

#### **5. Metodologia**

Reunions de treball i deliberació entre els membres del Consell Assessor de Salut, de caràcter presencial i virtual, amb l'ús d'eines de treball col·laboratiu, la revisió d'informes i la bibliografia rellevant i la contribució de experts externs al Departament convidats, que han compartit la seva visió aplicada a l'àmbit de l'atenció especialitzada.



## **6. El procés deliberatiu**

El Consell Assessor de Salut (Consell), en aquesta legislatura, s'ha centrat en l'anàlisi i l'elaboració de recomanacions estratègiques sobre el conjunt del Sistema de català de salut, abordant de manera específica cadascun dels grans àmbits en els quals s'organitza, i ho ha fet amb una visió global i integradora.

L'any 2019 el debat es va enfocar cap a l'orientació de l'atenció primària i comunitària (APiC) de la salut (43) i l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries (44), i va donar com a resultat dos documents que accentuen la importància de passar a l'acció des d'una perspectiva global de sistema de salut. L'any 2020 el Consell s'ha centrat, en primer lloc, en l'elaboració i ampliació de recomanacions estratègiques centrades en el sistema de salut després de la crisi de la COVID-19 (1) i, a continuació, el present treball per a la orientació i posicionament sobre el model d'atenció especialitzada (AE) en salut.

En aquest darrer treball, la deliberació s'ha basat en la revisió de l'estat de l'AE, la definició de l'atenció especialitzada en salut i la identificació de grans àmbits rellevants i aspectes prioritaris: les persones, els professionals, la normativa, la provisió dels serveis, el finançament i sistema de pagament, el coneixement i els avenços tecnològics i la innovació.

Cal subratllar que l'abast i la complexitat del model d'atenció especialitzada i la insuficient disponibilitat de treballs centrats en una visió transversal i global del model d'AE per donar resposta a les necessitats de salut de les persones, fan que l'encàrrec de l'Honorable Consellera fos un repte considerable. És per aquest motiu que s'ha comptat amb nou experts externs al DS que generosament han expressat la seva visió sobre l'atenció especialitzada.

El Consell s'ha posicionat considerant que no es pot reformar, reordenar ni transformar el sistema d'atenció a la salut de les persones sense transformar l'AE, l'atenció primària i comunitària i l'atenció social, com a mínim.

Els protagonistes de la reforma, emmarcada en un model d'atenció centrada en la persona, són les persones, els seus cuidadors i els familiars. Cal la seva implicació, reconèixer la seva expertesa i conèixer la seva opinió sobre com ho farien ells.

Els professionals, també protagonistes, han de dotar-se de capacitat resolutiva i els seus rols s'han d'adaptar a la realitat canviant, posant èmfasi en el coneixement, la formació i la recerca.

Els nous models han d'anar més enllà de l'edifici de l'hospital, integrar la contribució de l'atenció primària, l'atenció especialitzada i l'atenció social, superar la definició tradicional i evolucionar cap a organitzacions flexibles que agrupin i acumulin els recursos suficients per proveir l'AE.



Calen respostes estratègiques sobre la regulació, la provisió dels serveis, el finançament, l'assignació de recursos, els professionals i la incorporació dels avenços tecnològics i la innovació, entre d'altres. S'ha descrit que la clau rau en com arribar a una configuració que optimitzi factors clau interrelacionats, com la contribució dels professionals, la qualitat i l'accés a l'atenció, el cost i la incorporació de la tecnologia, tenint en compte els diferents nivells de risc i complexitat clínics.

A partir de tot el que s'ha anat tractant al llarg de les reunions, des del Consell s'ha convingut que el treball s'havia de centrar en l'elaboració d'una sèrie de recomanacions que orientin el model assistencial d'atenció sanitària especialitzada, contemplat sempre com a part essencial d'un model centrat en la persona que ha de donar una resposta integral i integrada a les seves necessitats i amb possibilitats il·limitades però recursos limitats.

## **7. Definició d'atenció especialitzada del Consell**

Definició d'atenció especialitzada en salut del Consell Assessor de Salut, 2020

L'atenció especialitzada ha de ser el conjunt de recursos materials i humans del sistema de salut caracteritzats per un cos de coneixements especialitzats en constant desenvolupament, organitzats en xarxa de treball col·laboratiu i amb capacitat d'adaptació, flexibilitat organitzativa i agilitat per atendre les qüestions i els problemes de salut més complexos\* al més a prop de l'hàbitat de la persona, sempre que sigui possible.

\*La complexitat pot estar determinada per la gravetat i el patiment de les persones, les dificultats organitzatives o les necessitats tecnològiques i les exigències del coneixement científic específic.

## 8. La visió del Consell

El Consell ha valorat diverses qüestions per a concretar la seva visió, de les quals destaquen conceptes clau com la flexibilitat, la concentració, la proximitat i la xarxa de xarxes.

El Consell considera que el sistema d'atenció a la salut és certament plàstic i s'ha reformat i reordenat repetidament, tensionant-lo i sobrepasant, sovint, el límit de la seva elasticitat. Això s'ha traduït en algunes alteracions gairebé irreversibles.

En aquest context, durant la primera onada de la pandèmia, l'atenció especialitzada (AE) hospitalària, que és l'àmbit amb més despesa, el laboratori de proves d'alta tecnologia i el motor de la innovació, ha demostrat una inimaginable capacitat de transformació i adaptació, liderada en bona part pels professionals.

No obstant això, la tensió exercida sobretot en forma de restricció financera i l'escassetat d'alguns perfils professionals, fan necessari identificar, provar, implementar i avaluar fórmules que permetin aprofitar l'elasticitat i mantenir-la. A més, cal tenir en compte que la poderosa AE i el seu centre d'operacions més potent, l'hospital d'elevada especialització, engoleixen uns recursos que són limitats.

El repte de l'AE és donar una resposta a les persones amb necessitats complexes de salut que sigui especialitzada, predictiva, preventiva, personalitzada (6) i participada (21,45) i alhora equitativa, de qualitat, segura i eficient. Per assolir-lo, s'ha configurat i reconfigurat especialment l'oferta de professionals, serveis i tecnologia i s'ha orientat a resultats, amb l'objectiu quàdruple de millorar la salut de la població, l'experiència assistencial de les persones ateses, l'eficiència del sistema i l'entorn laboral dels professionals (46).

En una era de desenvolupament continu de coneixement, de múltiples opcions de tractament i de limitació de recursos, el Consell posa el focus en la recuperació dels valors humanistes en l'AE. També destaca la necessitat d'incorporar definitivament en la pràctica habitual l'abordatge dels valors i les preferències de la persona atesa, expressades en el mateix moment de l'atenció o bé de forma prèvia, així com evitar el sobretractament i el sobrediagnòstic en tots els processos.

Un dels debats permanents en l'atenció especialitzada (AE) és el que fa referència a la cerca de l'equilibri entre els elements centralitzats, més o menys jerarquitzats, i els matricials.

En aquest context, el Consell aposta per una AE que compatibilitzi la concentració i la proximitat, mitjançant el desenvolupament de xarxes interconnectades i la corresponsabilització de tots els agents del sistema. Per fer-ho, cal comptar amb l'ajuda d'eines com la digitalització i la mobilitat, tenint en compte la nova dimensió que estan adquirint els trasllats sanitaris tant de persones com



d'equipaments. La proximitat i la centralització no són contradictòries, sinó complementàries; la combinació d'ambdues ha de garantir l'equitat d'accés i de resultats i promoure el treball en una xarxa interconnectada.

Les xarxes s'han d'articular de manera corresponsable entre proveïdors i d'acord amb els principis de capil·laritat i subsidiarietat, acostant l'AE a l'entorn de la persona o acostant la persona als serveis d'AE, en funció de la complexitat i la intensitat de l'atenció. Cal flexibilitat organitzativa per tal de proporcionar, en funció de la complexitat, la incidència i el consum de recursos, l'atenció més idònia allà on sigui més adequada, avaluant si dona resposta a les necessitats, preferències i expectatives de les persones. El treball en xarxes interconnectades permet complementar i evitar duplicitats assistencials i administratives i millora la distribució dels recursos.

El paper dels professionals és cabdal en el contínuum entre la concentració i la proximitat de l'AE. Cal garantir equips d'atenció especialitzada referents per a l'APiC i la seva població assignada quan les persones necessitin intervencions més complexes o intensives. Això obliga al treball conjunt i coordinat de l'AE amb els equips d'APiC i facilita el coneixement compartit de la història de vida de les persones, cosa que millora l'atenció i l'experiència de les persones i la satisfacció dels professionals.

El Consell visualitza un model d'atenció especialitzada (AE) que recuperi els valors de l'humanisme, se centri en les persones i sigui elàstic, flexible i adaptable. Aquest model requereix una organització en xarxes interconnectades i ha de buscar l'equilibri entre la concentració dels serveis i la proximitat de l'atenció, condicionades ambdues per la limitació lògica dels recursos.



## 9. Recomanacions estratègiques

El Consell Assessor de Salut (Consell) ha centrat la discussió en els protagonistes, que són les persones, les comunitats i la ciutadania, i s'ha basat en cinc elements clau identificats en la literatura com a motors de la transformació de l'atenció especialitzada: la qualitat, els professionals, l'accés al sistema, la tecnologia i els costos que tot això comporta.

S'ha aprofundit en alguns aspectes rellevants més concrets, com són els valors en general i l'empatia i l'escolta activa en particular. També en el paper clau dels professionals, la dificultat per a l'atracció i la fidelització d'alguns perfils concrets, el lideratge, les xarxes i les xarxes de xarxes, els entorns col·laboratius, la presa de decisions, l'atenció menys presencial, la intensificació de l'atenció a domicili i la incorporació de la intel·ligència artificial a la presa de decisions, entre d'altres.

En el aquest document, les recomanacions estratègiques del Consell per a l'orientació del model assistencial de l'atenció especialitzada s'han desenvolupat i ordenat en funció d'aquests grans àmbits, punts clau i aspectes rellevants tractats durant el procés de reflexió (taula 5).

Taula 5. Definició dels temes en els quals se centren les recomanacions. Consell Assessor de Salut, 2020.

Grans àmbits identificats	Elements clau, motors de la transformació	Recomanacions estratègiques AE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les persones i el seu entorn</li> <li>• Professionals</li> <li>• Regulació</li> <li>• Provisió dels serveis</li> <li>• Finançament i sistema de pagament</li> <li>• Coneixement</li> <li>• Avenços tecnològics / innovació</li> </ul>	<p>Tenint en compte els diferents nivells de risc i complexitat clínics, cal establir una configuració per optimitzar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionals</li> <li>• Accessibilitat</li> <li>• Qualitat</li> <li>• Cost</li> <li>• Tecnologia</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persones</li> <li>2. Valors professionals</li> <li>3. Pràctica professional</li> <li>4. Coneixement, docència i recerca</li> <li>5. Governança</li> <li>6. Regulació</li> <li>7. Equitat i accessibilitat</li> <li>8. Qualitat i seguretat</li> <li>9. Organitzacions i provisió</li> <li>10. Finançament i sistema de pagament</li> <li>11. Innovació i tecnologia</li> <li>12. Transparència i retiment de comptes</li> </ol>

Font: Elaboració pròpia.

El model d'AE del qual partim té un important marge de millora pel que fa a la visió holística i humanística de l'atenció. Cal avançar reduint les desigualtats territorials, aprofitant millor les estructures existents i potenciant l'aplicació de les pràctiques de més valor.

Qualsevol proposta d'avenç del model de salut ha de comptar amb estratègies que interpel·lin i facilitin la implicació i el compromís de les persones en la seva pròpia cura i també els dels



professionals, els docents, els investigadors, els gestors, els planificadors i els decisors perquè la implementació de mesures sigui exitosa.

Per tal de contextualitzar les recomanacions de l'àmbit de l'AE, cal tenir presents els documents previs del Consell en què s'estableixen elements amb els quals es podrien configurar les bases del futur model assistencial (1,43,44). En aquests s'ha identificat una sèrie de valors i principis que han d'impregnar el model d'atenció a la salut de les persones (annex 1), i s'ha proposat un conjunt de recomanacions estratègiques en les quals es pot fonamentar el sistema d'atenció a la salut de les persones (annex 2).

El Consell, en les seves reflexions, s'ha referit des de l'inici de la legislatura a un model assistencial d'atenció integral i integrada, que posa les persones al centre de les actuacions i facilita que disposin de professionals de referència que s'organitzin entre ells per evitar que les persones ateses hagin de fer un pelegrinatge pel sistema. Aquest model obliga els proveïdors i, per tant, també els professionals a actuar en permanent interrelació amb un treball conjunt entre els diferents nivells assistencials, sumant les diverses capacitats resolutives dels equips.

En aquest paradigma queda clar que cada recomanació proposada, tant en els anteriors documents ja publicats com en aquest document, afecten tots els àmbits d'atenció en què s'organitza el sistema i, per tant, el conjunt del sistema. En el document de l'AE es proposen recomanacions dirigides directament a l'especialització. El document tanca la tetralogia elaborada pel Consell amb una visió global del sistema (vegeu documents del Consell).

Vist el conjunt de recomanacions fetes pel Consell en els diferents documents, es podria concloure que el model català de la salut de futur ha de mantenir la cobertura universal i ha d'estar ben governat, amb un lideratge fort i una clara separació de funcions. El model ha de garantir l'equitat en l'accessibilitat, la qualitat, la seguretat, l'eficiència, la transparència, el retiment de comptes i la participació democràtica ciutadana i per fer-ho ha de disposar d'estructures territorials per a la governança.

L'AE ha de fer l'esforç de posar definitivament al centre les persones, atès que, per les característiques d'aquest tipus d'atenció i la manera en què actualment s'atén, és fàcil perdre de vista que l'atenció d'un problema de salut molt concret també requereix una mirada holística i empàtica cap a la persona i, també, que la persona atesa hi participi coneixent les diverses alternatives que es poden donar com a solució als seus problemes i prengui part en les decisions.

És imprescindible establir un treball cooperatiu o com a mínim una atenció ben coordinada per part dels professionals. En aquesta línia, els proveïdors han de disposar d'instruments que facilitin i impulsin l'organització del treball transdisciplinari dels equips territorials, que s'han de coordinar amb els equips supraterritorials i retroalimentar l'atenció primària i comunitària com a eix central.



Aquest model necessita l'establiment d'un finançament de base capítativa, que garanteixi l'equitat en la distribució dels recursos i integri l'atenció a la salut de les persones en la vessant sanitària i en la vessant social. Cal estendre aquest finançament capítatiu, ja establert a l'atenció primària i comunitària, a l'atenció especialitzada i a l'atenció sociosanitària. S'han de desenvolupar solucions innovadores per garantir la longitudinalitat i oferir una atenció de proximitat sempre que sigui possible.

Es requereix a la vegada l'establiment d'una nova normativa que faciliti l'elasticitat, l'agilitat i la flexibilitat al conjunt del sistema i a cada una de les parts que el formen i que doni seguretat jurídica als seus actors, atès que la legislació actual mostra greus mancances en aquest sentit.

## **9.1. Les recomanacions estratègiques de l'atenció especialitzada**

A continuació es defineixen recomanacions més concretes per a l'àmbit de l'AE, que complementen les de l'atenció primària i comunitària (APiC), les de l'atenció a les persones amb necessitats socials i de salut i les generals sobre la postcrisi de la COVID-19 elaborades pel Consell.

### **9.1.1. Recomanació AE 1. Les persones**

**Garantir la participació de les persones en la presa de decisions que afecten a la seva salut, des del respecte, l'empatia i l'escolta activa de les seves necessitats, preferències i expectatives. I fer-ho proporcionant-los informació clínica de la seva situació, que sigui entenedora especialment pel que fa a les possibilitats d'atenció d'alta especialització.**

Les persones i el seu entorn són els protagonistes dels sistemes d'atenció a la salut; per tant, també ho són de l'atenció especialitzada en salut. Tenen uns coneixements, punts de vista i experiències únics que contribueixen a proporcionar una perspectiva essencial en la presa de decisions sobre el seu procés de salut i també sobre el sistema de salut.

El present i el futur es plantegen amb persones diverses, algunes de més formades, exigents i autònomes i d'altres amb més necessitat de cures, suport, informació i acompanyament, que

requereixen diferents intensitats d'atenció especialitzada i diferents nivells de capacitació personal. Tot i la diversitat, totes elles perceben la salut i la malaltia des dels seus valors i la seva experiència, i han expressat deficiències en el tracte des del punt de vista de l'humanisme i la confortabilitat esperada en l'atenció, especialment en entorns superespecialitzats i tecnificats.

D'una banda, cal fer un esforç per estimular l'empatia i l'escolta activa en els entorns digitalitzats, que s'estan potenciant, tenint en compte els diversos perfils de persones ateses i facilitant-ne la participació, la corresponsabilització i l'autocura. I cal fer-ho de manera que quedi integrat i sistematitzat en la pràctica professional i es doni veu a les persones des d'una millor comprensió del seu procés i amb més control sobre la seva cura, des del respecte a la seva autonomia i en compliment de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Cal intensificar l'esforç al qual fem referència quan es tracta de persones amb pluripatologies o malalties cròniques que pivoten sobre l'atenció primària i comunitària (APiC), però amb la imprescindible coordinació de l'atenció especialitzada. En la història clínica compartida (HCCC) és necessari promoure l'ús de la planificació de decisions anticipades (PDA), atès que això ja dona molta informació al professional, ha estat elaborat per la persona amb l'equip d'APiC i és especialment útil en cas d'agudització perquè aporta criteris d'atenció en situacions crítiques. D'altra banda, també cal la incorporació permanent de les persones al disseny i la prestació de tot tipus de serveis.

Per facilitar la implicació, és imprescindible que els professionals disposin d'eines per proporcionar informació clínica i sobre l'ús adequat de recursos, circuits i dispositius, tenint en compte l'ús responsable dels recursos públics. També és recomanable facilitar informació relativa al cost, especialment en alguns tractaments i intervencions en els quals aquest pot ser un element rellevant que la persona atesa i el seu entorn poden considerar. Aquesta informació ha de ser entenedora, especialment pel que fa a les possibilitats d'atenció especialitzada i aportar elements per poder decidir de manera autònoma, valorant riscos i beneficis en el context del sistema. Per això s'ha de garantir que hi hagi un equip d'atenció especialitzada referent, que els acompanyi durant tot el procés i proporcioni la informació adient, faci l'educació pertinent, resolgui els dubtes i advoqui pels seus interessos i preferències de manera coordinada amb la resta de professionals, nivells i sectors implicats en l'atenció integral i integrada de la seva salut.

Les persones han de poder exercir el dret de prendre decisions informades relatives a la seva salut en un context d'opcions gairebé il·limitades però de recursos limitats.

### 9.1.2. Recomanació AE 2. Els valors professionals

**Establir un model assistencial d'atenció especialitzada fonamentat en el coneixement tècnic expert i actualitzat i, també, en l'ètica i l'humanisme. El model ha de promoure l'autonomia professional, orientada a la pràctica clínica de valor, i fomentar el reconeixement professional i social, i la satisfacció dels professionals.**

Els professionals, l'element més valuós de l'atenció especialitzada (AE), són persones expertes en el seu camp de coneixements. Els hi és exigible la constant actualització i el domini de la tècnica que els permet afinar un diagnòstic o recomanar i aplicar un tractament complex. Aquests són valors essencials de compromís amb el coneixement que són inherents a l'AE d'alta qualitat legitimada per la població atesa.

No obstant això, en línia amb el que s'assenyala en altres recomanacions, a vegades les persones ateses han percebut carències de tracte i de confortabilitat per sensació de distància i manca d'informació, i bona comunicació en l'atenció rebuda. Si tenen lloc aquestes circumstàncies, s'incrementa l'asimetria entre el professional i la persona atesa, vulnerable per la seva situació de salut. Aquesta és una realitat que algunes persones perceben especialment en entorns superespecialitzats i tecnificats.

En aquest sentit, pren rellevància la necessitat de potenciar un model que valori no només l'expertesa i el coneixement rigorós i actualitzat, sinó també i de manera inseparable, l'empatia i l'escolta activa i se centri en la ciutadania (malalta i sana), a la qual es deuen els professionals del sistema de salut i que cal atendre. A més, el model ha de promoure l'autonomia professional, orientada a la pràctica clínica de valor, i fomentar el reconeixement professional i social i la satisfacció dels professionals.

Per altra banda, la manca d'especialistes, el recanvi generacional, els nous rols, el treball en equip i el lideratge clínic, juntament amb les dificultats per a la coordinació i la necessitat de promoure l'accessibilitat, fan exigible que els professionals incorporin valors essencials com l'adaptabilitat, la flexibilitat i la mobilitat. Alhora, cal mesurar i compensar aquest esforç quan calgui.

S'ha d'intentar donar la solució al més a prop possible del lloc on es produeix la necessitat d'atenció. És per això que els professionals, trencant amb esquemes més tradicionals de drets adquirits i immobilisme, han de tenir sempre present la possibilitat de desplaçar-se allà on es constati que el desplaçament té un cost-efectivitat assumible i afegeix valor. I això, que ha de formar part del projecte professional, ha d'ajudar a retenir talent.

### 9.1.3. Recomanació AE 3. La pràctica professional

**Implementar polítiques basades en criteris que reconeixin la competència, el compromís i els resultats dels professionals de l'atenció especialitzada. Cal ajustar les retribucions i els incentius d'acord amb la productivitat i els resultats obtinguts, tenint en compte l'entorn i les condicions en què treballen els professionals.**

La planificació, l'ordenació i les condicions de l'entorn de la pràctica dels professionals juntament amb les condicions laborals i de contractació a l'AE són clau, s'han de basar en l'evidència i procurar el benestar dels professionals. Els professionals són els que aporten el coneixement i l'experiència imprescindibles per a la millora dels resultats en salut de les persones i les comunitats.

Sovint, el desenvolupament personal i professional és excel·lent, però aquest no sempre es tradueix en un bon desenvolupament de la carrera professional per a un nombre important dels professionals de la salut. Per exemple, cada vegada es fa més explícit el consens sobre la conveniència de fer un canvi i atorgar autoritat i noves responsabilitats gestores als Infermers i infermeres. I això es fa aprofitant l'interès manifestat per desenvolupar aquests rols, atesos el seu coneixement, la seva visió transversal del sistema i, sobretot, la seva visió holística de la persona, tret històricament característic d'aquest col·lectiu.

Davant del debat sobre si cal destinar els recursos a l'increment de plantilla o a un augment dels salaris, és clau abordar les qüestions relatives al règim laboral, incorporar l'exigència de la productivitat i determinar-ne les conseqüències, tant del compliment com de l'incompliment en termes de resultats esperats. Per fer-ho, cal establir criteris i prendre decisions per avançar en els temes relatius als rols, la dotació de personal, la productivitat i les retribucions, tant en salaris com en incentius, trobant l'equilibri entre reforçar les dotacions de personal o ajustar els salaris i els incentius. Així mateix, cal reduir l'elevada temporalitat i abordar el règim de les incompatibilitats i les compensacions del personal del sistema públic de salut.

S'hauria de replantejar la normativa que s'aplica als organismes públics per tal que faciliti el disseny i la implementació d'una política de recursos humans transformadora i d'acord amb les estratègies de desenvolupament de l'AE. Aquestes han d'incentivar la formació contínua, la capaciació en digitalització, l'avaluació, la recerca i la innovació, juntament amb el desenvolupament d'instruments específics per mesurar-ne la implementació. També cal que les intervencions dels professionals es basin en la millor evidència científica disponible, amb

critèris explícits de qualitat que incorporin també els aspectes ètics, entre ells una bona informació i comunicació amb la persona atesa.

#### **9.1.4. Recomanació AE 4. El coneixement, la docència i la recerca**

**Promoure i implementar entorns col·laboratius orientats a resultats, basats en xarxes de coneixement interconnectades. Cal impulsar el desenvolupament personal i professional i fomentar oportunitats d'aprenentatge que garanteixin una atenció especialitzada de qualitat a tot el territori.**

En la mateixa definició d'AE, determinada pel Consell en aquest document, destaca la idea que aquesta es caracteritza per estar fonamentada en un cos de coneixements cada vegada més superespecialitzats i en constant desenvolupament.

L'especialització és una tendència irrefrenable a totes les professions de l'àmbit de la salut, ateses la magnitud i la complexitat creixents d'aquest àmbit. De fet, l'especialització és clau per millorar la competitivitat, la capacitat per innovar i el coneixement. En aquest sentit, l'AE té una llarga tradició de creació de coneixement a partir de l'evidència i Catalunya ha tingut un paper capdavanter en el desenvolupament de les especialitats en salut, que cal potenciar en el futur per tal que continuï liderant la seva evolució.

Cal garantir que la inversió feta en aquests centres i xarxes retorni en forma de millora de resultats en salut de les persones i desenvolupament i satisfacció dels professionals. D'aquesta manera es promou el retiment de comptes i l'anàlisi dels impactes dels recursos dedicats, evitant que les clàusules de recerca en el finançament dels centres quedin diluïdes. En aquest sentit, el finançament de la recerca que prové dels programes finançats pel Servei Català de la Salut (SCS) en l'àmbit de l'AE, hauria de vincular-se a mecanismes de captació de fons competitiu en el marc del Pla estratègic de recerca i innovació en Salut (PERIS). Cal que els programes de recerca contractats per l'SCS deixin de ser tractats com una clàusula addicional, bastant flexible en la interpretació, dins dels contractes que l'SCS manté amb els centres d'AE. Alhora, cal potenciar la comparativa de resultats a temps real i reforçar el paper de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) com a central d'intel·ligència i avaluació en l'àmbit de la salut.



En paral·lel, cal impulsar l'excel·lència i la competència dels centres, augmentar la capacitat de captació de fons competitiu internacionals i dotar-los d'instruments per a la seva gestió.

Cal establir entorns col·laboratius i facilitar el treball en xarxes de coneixement interconnectades (assistencials, de recerca i innovació, i de docència), de responsabilitat compartida i orientades a resultats. Per fer-ho, cal invertir temps i recursos en el desenvolupament de les professions per superar les fronteres de la pràctica actual i crear noves oportunitats d'aprenentatge per al treball transdisciplinari. Ens aquestes xarxes de coneixement cal comptar amb la col·laboració i l'intercanvi permanent amb les universitats i els centres de recerca propis, nacionals i internacionals. Cal que evolucionin les normatives i els sistemes organitzatius per agilitzar aquests processos.

Els professionals i les organitzacions han de ser competents i, per això, les àrees de docència han de disposar de l'assignació econòmica necessària per impulsar estratègies que capacitin els professionals per assumir els rols requerits, donant resposta a una realitat en permanent canvi. Per facilitar el desenvolupament d'aquestes competències s'ha de disposar d'un sistema docent i d'una xarxa de recerca que es retroalimentin.

En els contractes entre l'SCS i els proveïdors d'AE s'han d'especificar clarament quins són els resultats esperats pel que fa a les seves tres grans missions: l'assistència, la docència i la recerca. Les entitats proveïdores han de convenir clarament amb els seus equips professionals els productes o resultats a assolir en l'exercici de les tres grans funcions. Així, el conjunt de l'equip ha de disposar d'eines i de temps de dedicació suficient per aconseguir que els professionals es distribueixin les tasques en funció de les seves capacitats i preferències. D'aquesta manera, el resultat final ha de sumar els resultats individuals en assistència, docència i recerca i assolir els compromisos pactats. Cadascun dels professionals de l'equip ha de ser reconegut o penalitzat en funció dels resultats individuals obtinguts.

El model formatiu acadèmic actual no dona resposta a totes les necessitats formatives dels professionals. Cal invertir i concretar les necessitats docents del sistema, especialment en relació amb els nivells d'especialització dels diversos col·lectius professionals i particularment el d'infermeria. S'identifica la necessitat d'avançar en l'adequació dels sistemes de selecció i de formació, especialment pel que fa a alguns aspectes com l'acompanyament al final de la vida, la comunicació, la digitalització, la cultura del canvi, o el treball transdisciplinari, entre d'altres.



### 9.1.5. Recomanació AE 5. La governança

**Enfortir la bona governança de les institucions per liderar la transformació del model d'atenció especialitzada. Cal fer-ho realçant els valors i principis d'un model d'atenció integral a la salut i el benestar de les persones, amb un paper més rellevant de la ciutadania i dels professionals en la presa de decisions.**

La separació de funcions establerta pel model s'ha anat desdibuixant progressivament al llarg del temps i ha debilitat especialment l'AE.

El Departament de Salut (DS) ha d'efectuar la planificació global dels objectius de salut de l'AE que donin resposta a les necessitats, preferències i expectatives de les persones ateses pels serveis especialitzats. Per assolir els objectius, ha d'establir els imperatius estratègics, planificar la provisió de serveis i determinar la cartera de serveis, promovent l'organització en xarxa entre nivells assistencials sobre la base d'una planificació territorialitzada.

El Servei Català de la Salut (SCS) ha d'operativitzar els serveis d'AE en coherència amb les estratègies i els objectius de salut establerts pel DS. L'SCS ha de fixar, en el contracte amb els proveïdors, els plans i programes que s'han de desenvolupar per tal d'assolir els objectius determinats pel DS. En els contractes s'han de deixar clars la cartera de serveis de cada proveïdor, els resultats en salut que s'esperen obtenir i la contraprestació econòmica que rebran per aquests en funció del grau de compliment. Cal que aquests contractes, a banda de públics i transparents, siguin comprensibles i fàcilment accessibles en un format digital que incorpori i permeti consultar les avaluacions de les clàusules.

Les entitats proveïdores d'AE contractades per l'SCS, han de fer un canvi profund de la seva governança. Cal que la tasca principal d'aquests òrgans se centri en el seguiment i compliment del contracte de compra dels serveis que fan amb l'SCS, garantint així que es dona resposta a les línies estratègiques i els objectius de salut predeterminats pel DS. Els òrgans de govern han d'incorporar persones amb capacitat d'actuar des del coneixement profund de la matèria a governar. A més, les persones que formin part dels òrgans de govern han de retre comptes del resultat de l'exercici de les responsabilitats i els compromisos que adquireixen, bàsicament mitjançant el contracte de compra dels serveis, tant de manera individual com també de manera col·legiada.

Cal evitar confusions en les funcions dels òrgans de govern dels proveïdors d'AE. És per això que les persones amb càrrecs al DS o a l'SCS no poden formar part dels òrgans de govern dels proveïdors. S'ha de garantir d'una banda la representativitat de la ciutadania, sobretot



dels col·lectius en situació de vulnerabilitat, i d'altra banda la dels professionals en els òrgans de govern dels proveïdors de l'AE. En aquest marc, s'han d'establir mecanismes per tal que les persones que exerceixin la representació protegeixin els interessos comuns per sobre dels personals.

Cal promoure aliances estratègiques territorials entre els proveïdors d'atenció especialitzada, de la mateixa manera que cal fer-ho en la resta dels àmbits. Atès que sempre ens referim a un model d'atenció especialitzada coordinat amb l'APiC, sobre la qual bascula el sistema, cal tenir clar que hi ha d'haver una lògica territorial que estigui dissenyada amb estratègies de xarxes interconnectades per tal de garantir que l'organització i la distribució territorial segueixen els mateixos esquemes.

#### **9.1.6. Recomanació AE 6. La regulació**

**Determinar les funcions i les competències dels agents de l'atenció especialitzada, establint clarament els límits i les responsabilitats per garantir una atenció especialitzada equitativa, de qualitat, segura i eficient.**

El model sanitari català actual té el seu origen en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) aprovada l'any 1990 (32). Les reformes sanitàries constants s'han anat produint mitjançant diverses regulacions dins del marc jurídic de la LOSC. Els nous reptes que plantegen les noves necessitats emergides d'aquesta realitat són molt diferents als que es visionaven en el moment en el qual es va elaborar la LOSC. Aquesta realitat fa que sigui necessari plantejar un nou marc legislatiu que faciliti la seguretat jurídica per protegir tots els agents que intervenen en l'AE.

El nou marc normatiu ha de facilitar el treball integrat i les responsabilitats compartides dels equips interdisciplinaris, però a la vegada ha d'aclarir quines qüestions corresponen a l'àmbit de l'AE, assignant-les en funció de les diferents capacitats resolutives, explicitades a la cartera de serveis determinada pel DS.

En aquest sentit, també es recomana avançar en el desplegament de la Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut per tal que l'AE pugui treballar amb l'atenció primària i comunitària (APiC) no només de manera coordinada, sinó també integrada i organitzada en equips transdisciplinaris.



### 9.1.7. Recomanació AE 7. L'equitat i l'accessibilitat

**Garantir l'equitat d'accés i de provisió de serveis per a totes les persones partint d'estàndards específics d'atenció especialitzada. Cal que aquests estiguin fonamentats en l'evidència clínica i científica i, alhora, en altres criteris com els socials, amb rellevància en la prioritització de l'accés.**

El model català ha de mantenir el principi de cobertura sanitària universal preservant com a valors principals l'equitat i l'accessibilitat. En el cas de l'AE, aquests valors adquireixen una rellevància considerable per les característiques i els requeriments d'alguns dels tipus d'especialització, particularment, de l'alta especialització.

Cal establir uns estàndards sòlids per a l'AE per tal de garantir-ne l'equitat i l'accessibilitat i perquè alhora asseguri una assignació de recursos eficient en la qual la persona continuï sent l'element nuclear. Aquests estàndards han d'estimular el desenvolupament del coneixement especialitzat i dels seus professionals. En aquest sentit, la planificació sanitària ha d'establir uns criteris comuns per al conjunt de l'AE basats en les millors pràctiques i recomanacions, proposades i revisades periòdicament per especialistes i superespecialistes de cada àmbit.

Cal posar èmfasi en les desigualtats i en els resultats en salut, elements determinants per fer consideracions sobre l'equitat en l'accés des de la perspectiva territorial. Les estratègies de planificació i de provisió de serveis han de minimitzar la variabilitat territorial i les desigualtats en l'accés, aproximant tant com sigui possible els serveis especialitzats al lloc on són les persones sense posar en risc la viabilitat del sistema.

Cal assegurar l'agilitat en la pràctica de l'atenció sanitària pública i reduir les llistes d'espera per contrarestar les desigualtats que es puguin produir en l'accés a l'AE no hospitalària, ateses les possibilitats de diagnòstics més ràpids mitjançant l'accés d'una part important de la població als serveis privats. El desplaçament de la demanda d'aquesta part de la població cap al sector privat acceleraria el procés de deteriorament dels serveis públics.

A nivell més operatiu s'ha de garantir la capacitat suficient a l'AE perquè, juntament amb l'APiC i la resta d'equips del sistema, faci front a qualsevol situació o emergència. En aquest sentit, cal garantir la disponibilitat de l'AE per donar respostes allà on siguin necessàries, superant les discrepàncies que es podrien produir entre l'atenció de proximitat i l'especialisme.



### 9.1.8. Recomanació AE 8. La qualitat i seguretat

**Establir mesures que assegurin pràctiques clíniques de qualitat, segures i cost-efectives basades en l'evidència. Cal que aquestes aportin valor a l'atenció especialitzada en termes de resultats en salut i de satisfacció, que se salvaguardi el respecte a les preferències de les persones degudament informades i ponderin amb elles els pros i els contres de cada actuació.**

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'Organització per la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) i el Banc Mundial determinen que l'atenció de qualitat és segura, efectiva, centrada en les persones, oportuna, equitativa, integrada i eficient, que millora els resultats en salut i redueix els residus (4).

Particularment en l'àmbit de l'especialització i la superespecialització s'ha de garantir que qualsevol intervenció sigui, en primer lloc, de qualitat, i per tant segura i efectiva, fent que sempre que sigui necessari es prioritzin l'efectivitat i l'equitat per sobre de l'eficiència en els tractaments d'algunes persones, com per exemple en la cura de les que pateixen malalties rares.

En tot cas, cal garantir pràctiques clíniques que aportin valor i siguin segures, posant en relleu els principis de la bioètica com la beneficència i la no maleficència en la cura de les persones, i alhora promoure una cultura de la millora de la qualitat. El DS ha d'establir i revisar, sistemàticament i periòdicament i amb el consens dels especialistes de cada àmbit, guies i protocols per a l'aplicació de les millors pràctiques que garanteixin el nivell òptim de qualitat i seguretat, assegurant la seva aplicabilitat i l'avaluació del seu impacte en termes de resultats.

Cal garantir que la mesura de la qualitat i la seguretat impliqui la millora no només dels resultats en salut sinó també de la satisfacció en l'accés i l'experiència de les persones, des del respecte a la seva autonomia i les seves preferències. Per això cal que les persones estiguin degudament informades i ponderin amb elles els pros i els contres de cada actuació per implicar-les en la seva pròpia seguretat i en la qualitat de l'atenció rebuda.

I, en termes més generals, cal subratllar la importància de conèixer, avaluar i compartir la informació sobre qualitat i seguretat, però sobretot cal fer-la més transparent i entenedora per a ciutadania per tal que pugui implicar-se i exigir els nivells òptims de qualitat i seguretat.



### 9.1.9. Recomanació AE 9. Les organitzacions i la provisió de serveis

**Flexibilitzar la verticalitat i la jerarquització de l'atenció especialitzada dotant-la de serveis transversals amb equips interdisciplinaris. Els equips han d'estar formats per diversos perfils de professionals, treballant conjuntament amb professionals especialistes de la medicina i d'infermeria, i incorporar la col·laboració de superespecialistes quan es requereixin intervencions superespecialitzades.**

Abans de la crisi de la COVID-19, ja es preveia la necessitat de repensar i flexibilitzar les estructures del sistema de salut mitjançant la mobilitat i la digitalització i prioritzar l'atenció de proximitat sempre que fos possible. En el context d'una emergència sanitària com la pandèmia, les organitzacions han trencat estereotips. S'han flexibilitzat de cop i han donat bons resultats, implementant noves fórmules d'organització matricial i d'atenció menys presencial i intensificant l'atenció a domicili.

Per avançar en aquesta flexibilització, s'ha de donar a les organitzacions que proveeixen AE més autonomia de gestió i assignar i exigir corresponsabilitat entre els proveïdors en l'aplicació dels programes, plans i protocols establerts pel DS, que seran avaluats en funció de l'acompliment dels objectius fixats en els contractes. S'han de concretar els mecanismes i instruments adients per aplicar un model de gestió amb capacitat d'adaptació, per donar respostes àgils en un context en permanent evolució.

L'AE ha d'organitzar-se en xarxes d'atenció integral interconnectades que prestin serveis allà on sigui més adequat. Calen nous models assistencials que vagin més enllà de l'edifici de l'hospital i integrin la contribució de l'atenció primària i comunitària (APiC), l'AE i l'atenció social. S'ha de superar la definició tradicional i anar cap a organitzacions flexibles que aglutinin coneixement i expertesa concentrant els recursos suficients per abastar a tot el territori.

L'APiC ha de ser capaç d'assumir bona part dels processos menys intensius però més prevalents. Per fer-ho, cal identificar i ordenar els processos de l'AE que per la seva prevalença i intensitat de recursos es poden situar en l'APiC i capacitar-la per dur-los a terme.

Des del punt de vista del territori, cal vincular equips d'alta especialització a altres equips d'AE de perfil més generalista per assegurar la continuïtat i la longitudinalitat, perquè es complementin i s'evitin duplicitats assistencials i administratives i per millorar la distribució cost-efectiva dels recursos. Això requereix acords de gestió entre proveïdors i contractes amb l'SCS que assegurin l'aplicació dels estàndards basats en les millors pràctiques determinades



pel DS i obliguin al retiment de comptes amb una traducció clara del cost-benefici dels serveis especialitzats.

Atès que les organitzacions d'AE tenen la triple missió de proporcionar assistència, impartir docència i fer recerca, incorporant innovació permanentment, cal impulsar xarxes no només assistencials sinó també de docència i de recerca i innovació. Per tal de facilitar que els proveïdors d'AE actuïn adequadament, cal que l'SCS concreti clarament en els contractes la cartera de serveis, els plans i els programes a aplicar, tant a l'assistència, com a la docència i la recerca, i els objectius a assolir pels quals seran avaluats i compensats econòmicament.

Per a les organitzacions és imprescindible comptar amb professionals capacitats i compromesos, degudament reconeguts i compensats, que exerceixin el lideratge clínic i participin en la presa decisions. La seva implicació és un element clau i imprescindible per impulsar el canvi cap a una cultura de treball en una xarxa de xarxes, basada en l'equilibri entre la proximitat i la concentració de l'AE.

#### **9.1.10. Recomanació AE 10. El finançament i el sistema de pagament**

**Articular un model de finançament i un sistema de pagament de l'atenció especialitzada transparents. Cal una assignació capítativa adequada, que estimuli la millora dels resultats en salut, incentivi l'eficiència i compensi adequadament les despeses generades per l'especialització.**

A Catalunya, l'atenció especialitzada (AE) i superespecialitzada amb una despesa que ha estat sempre per sobre del 50% del total, sovint té una tendència creixent a costa d'incorporar la innovació necessària per mantenir una pràctica clínica d'avantguarda (8).

Cal transformar el model de pagament, superar el model compartimentat i pagar de manera conjunta per dirigir el model assistencial cap a la superació de la fragmentació i cap a una atenció integral i integrada. En aquest sentit, el finançament capítatiu de base territorial s'ha de determinar per al conjunt de l'atenció especialitzada, inclosa l'atenció a les necessitats socials i de salut de les persones.

L'aposta per un model de finançament capítatiu, amb incentius lligats a la capacitat resolutiva, connecta amb les necessàries aliances estratègiques territorials i de coordinació i cooperació entre nivells. Això requereix uns ajustos en la càpita que determinin el terciarisme i l'alta especialització, que necessiten un finançament diferenciat. No obstant això, per poder-lo

aplicar caldria superar les dificultats de disseny efectiu i d'implementació, mitjançant la creació d'àrees assistencials que englobin tots els serveis. Prèviament caldria analitzar i determinar quines són les dimensions òptimes en termes d'abast territorial i població assignada.

Les inversions també requereixen un finançament diferenciat. Si s'analitza el mapa actual del finançament de les grans inversions en infraestructures hospitalàries, s'observa que és extremadament inequitatiu i distorsiona el sistema de pagament. En alguns casos l'SCS paga les inversions i en uns altres no, però no té en compte aquest paràmetre quan estableix l'assignació pressupostària als proveïdors.

En aquest sentit, es proposa un sistema d'harmonització de la innovació i les grans inversions tecnològiques. S'està fent en l'àmbit del producte farmacològic i no es fa en altres àmbits que tenen un impacte pressupostari també molt elevat. Aquest fet té conseqüències en l'equitat i l'accés a la innovació i a la tecnologia, diferenciats per territoris. Una harmonització de la inversió en tecnologies està encara més justificada si s'estableix una càpita per a la resta dels serveis especialitzats, en què sovint la inversió està condicionada per les capacitats i les condicions de pagament del comprador. Per tant, a l'atenció superespecialitzada i al terciarisme se'ls ha de dedicar un finançament específic pel que fa a inversions, incloses la tecnologia i la gran tecnologia d'innovació. Aquest finançament ha d'anar associat a alguns incentius, especialment pel que fa a la capacitat resolutiva i a la capacitat de prestar serveis de manera integrada oferint una atenció integral a les persones.

El sistema de pagament ha de tenir unes característiques clares per ser àgil, adequar-se a l'estructura de costos i no acabar sent un sistema desincentivador. L'SCS ha de definir i exigir una comptabilitat analítica per establir els contractes amb els proveïdors i implementar un sistema de pagament simple i transparent. Aquest sistema ha de compensar les despeses adequadament, aportar informació sobre les despeses de funcionament i generar els estímuls adequats per millorar els resultats assistencials i l'eficiència. També ha de fer una assignació adequada del risc financer, és a dir, traslladar el risc a qui és capaç de gestionar-lo des de la consideració que, per una banda, massa risc és desincentivador i es corre el perill de provocar un comportament pervers i, per l'altra, un risc baix té el perill de la gestió ineficient. Quan els proveïdors i els professionals no assumeixen el risc financer i per tant no assumeixen les conseqüències d'una mala gestió dels recursos, les acaben assumint les persones i comunitats a les quals atenen, amb la consegüent pèrdua de qualitat i equitat territorial. Que finalment l'autoritat sanitària acabi compensant amb un "rescat econòmic" pot induir a efectes indesitjables en l'exercici d'una bona gestió financera.



El sistema de pagament ha de cedir protagonisme i constar clarament detallat en el contracte. Es tracta d'un instrument rellevant, però no únic, per garantir l'actuació dels proveïdors en virtut de les necessitats de salut de la població a la qual han d'atendre.

Cal també que la ciutadania sigui particip i compregui la presa de decisions pel que fa al finançament i impulsar que pugui exercir la seva participació posant al seu abast, de manera atractiva i entenedora, la informació econòmica i d'eficiència del sistema de salut.

### **9.1.11. Recomanació AE 11. La innovació i la tecnologia**

**Incentivar, testejar i avaluar la tecnologia i els elements d'innovació, garantint la seva incorporació amb criteris ètics, d'equitat i de cost-efectivitat que permetin mantenir un sistema perdurable i millorin la qualitat de l'atenció.**

La innovació i la tecnologia estan revolucionant l'assistència, la gestió, la recerca i la docència amb possibilitats d'avanços pràcticament infinites però amb recursos limitats. El coneixement que, des del punt de vista quantitatiu, avui és ingent i evoluciona i s'incrementa de manera exponencial, sumat als avenços científics i tecnològics, amb especial impacte en l'àmbit de l'AE, orienta una tendència imparabile a un increment de l'especialització dels professionals i a la millora dels tractaments i procediments.

A més, cal destacar que la tecnologia i la innovació han estat cabdals durant la crisi sanitària de la COVID-19, han actuat com a catalitzadores d'avanços i col·laboracions àgils i han augmentat d'una manera mai vista l'atenció menys presencial, que permet el control i consulta de forma remota però, en contrapartida, posa encara en més en risc la humanització de l'atenció.

Cal que la tecnologia i la innovació ajudin a garantir l'equitat en l'accés i en els resultats en salut de la població disminuint les desigualtats i aportant progressos en el disseny, planificació, la implementació, el seguiment i l'avaluació de polítiques, accions i intervencions de l'autoritat sanitària; en l'accessibilitat, la qualitat, la seguretat i l'eficiència de les organitzacions, i especialment en el desenvolupament, la capacitat, l'entorn de treball i l'experiència dels professionals.

Cal tenir en compte, però, que la medicina personalitzada, els nous tractaments, la digitalització, la intel·ligència artificial, les dades massives, la telemedicina, etc. tenen un cost elevat. En aquest sentit, es fa imprescindible facilitar que la innovació sigui incentivada,





detectada i avaluada, i que la seva inversió retorni al sistema i es tradueixi en resultats en salut. També cal promoure mecanismes de col·laboració transparents amb la indústria que garanteixin la transferència de la tecnologia i la innovació, explicitant els conflictes d'interessos, en el marc de l'ecosistema de Catalunya dinamitzat per Biocat.

Per tot el que s'ha recomanat, es fa necessari insistir en la necessitat d'avaluar de manera rigorosa les tecnologies aplicades en l'àmbit de la salut de les persones. Cal tornar a posar el focus a recuperar el paper de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) com a agència independent amb dos grans àmbits: un de dedicat a les guies, els protocols, les bones pràctiques i l'avaluació dels resultats en salut i dels nous plantejaments organitzatius i un altre que inclogui l'avaluació de les tecnologies i la innovació i orienti la millora de l'atenció, recomanant l'adopció de les millors tecnologies i innovacions. Cal que s'incorporin totes elles de manera avaluada, sistèmica i tenint en compte els aspectes ètics, especialment en la gestió de la informació de la ciutadania.

Compartir informació és imprescindible per assolir l'atenció integrada i per treballar en xarxes (assistencials, de recerca i innovació i de docència) de manera coordinada. Per això és imprescindible assegurar un bon desenvolupament i manteniment d'un sistema d'informació integral i integrat, instrument essencial de l'AE per assegurar un funcionament cohesionat de tots els actors del sistema.

Tal com s'indica en la recomanació relativa al finançament de l'AE, l'impacte pressupostari de la tecnologia i la innovació, pel que fa tant al seu desenvolupament com a la seva implementació, és elevat, cosa que impacta en l'equitat i l'accessibilitat dels avenços i provoca variabilitat territorial. Cal garantir la seva incorporació no només amb criteris ètics sinó també d'equitat i de cost-efectivitat, permetre que arribin a tota la ciutadania i, alhora, assegurar la perdurabilitat del sistema i la millora de la qualitat de l'atenció.

#### **9.1.12. Recomanació AE 12. La transparència i el retiment de comptes**

**Garantir la transparència i el retiment de comptes de l'atenció especialitzada mitjançant contractes públics clars i transparents. En els contractes s'han de concretar detalladament els serveis i la seva contraprestació econòmica, els objectius i l'avaluació de la seva provisió, centrada en les necessitats de les persones ateses.**



La transparència i el retiment de comptes han d'aportar informació que pugui ser útil i entenedora per a la ciutadania. La seva confiança en els serveis especialitzats depèn, en bona part, d'una comprensió clara dels beneficis que proporcionen i també del que costen, així com de les condicions de qualitat i seguretat en què treballen els professionals. Això és especialment pertinent en l'AE, àmbit assistencial amb major despesa, per assegurar que l'atenció que es presta dona una resposta adequada i equitativa a les necessitats, preferències i expectatives de la població.

En aquest sentit, en línia amb el que s'ha apuntat en altres recomanacions tant d'aquest document del Consell com dels anteriors, cal facilitar informació entenedora, actualitzada i transparent sobre diversos aspectes rellevants de l'AE per adequar-ne el disseny, la planificació, la implementació, el seguiment i l'avaluació. S'ha de fer a partir dels objectius i estàndards predeterminats en les estratègies, els programes, els plans i els serveis d'AE i facilitar la participació ciutadana en totes les fases del procés. D'aquesta manera es garanteix el retiment de comptes i l'anàlisi dels impactes del recursos dedicats al conjunt de l'AE (assistencials, de recerca, etc.). També s'impulsa la implicació de la ciutadania perquè pugui exigir els nivells òptims d'accessibilitat, qualitat, seguretat i eficiència.

De la mateixa manera, tots els instruments i mecanismes de relació i col·laboració entre l'autoritat sanitària i els actors del sistema també han de ser públics i, si cal, explicitar els conflictes d'interessos. Per exemple, es proposen acords de gestió pressupostària en els quals l'autonomia de gestió i, per tant, la capacitat de decisió siguin possibles només si s'acompanyen de la responsabilitat. És a dir, cal retre comptes de què i de com es fa, i assumir-ne les conseqüències.

## 10. Bibliografia

1. Consell Assessor de Salut. El sistema de salut. Postcrisi de la COVID-19 [Internet]. Barcelona; 2020 [cited 2020 Sep 13]. Available from: [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Professionals/Consells\\_comissions/consells\\_assessor\\_de\\_sanitat/cas-sistema-postcrisi-covid.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-sistema-postcrisi-covid.pdf)
2. World Economic Forum. Global Future Council on Health and Healthcare 2018-2019 A Vision for the Future: Transforming Health Systems [Internet]. Geneva; 2019 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.weforum.org/whitepapers/global-future-council-on-health-and-healthcare-2018-2019-a-vision-for-the-future-transforming-health-systems>
3. Harari YN. Yuval Noah Harari: the world after coronavirus | Financial Times. Financial Times [Internet]. 2020;1–16. Available from: <https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75>
4. World Health Organization, World Bank, Organization for Economic Co-operation and Development. Delivering Quality Health Services: A Global Imperative [Internet]. Geneva: IGOWHO; 2018. 100 p. Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage>
5. Imison C, Sonola L, Honeyman M, Ross S. The reconfiguration of clinical services: what is the evidence? Kings Fund [Internet]. 2014;(November):134. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/reconfiguration-clinical-services>
6. Weston AD, Hood L. Systems Biology, Proteomics, and the Future of Health Care: Toward Predictive, Preventative, and Personalized Medicine. *J Proteome Res.* 2004;3(2):179–96.
7. Feiring E, Lie AE. Factors perceived to influence implementation of task shifting in highly specialised healthcare: A theory-based qualitative approach. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1–10.
8. Warner, Lord. Report of the Specialised Services Commission. 2016;
9. CatSalut. Atenció especialitzada i hospitalària. CatSalut. Servei Català de la Salut [Internet]. 2020 [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/guiadus/canals/atencio-especialitzada/>
10. NHS England. Spotlight on specialised services [Internet]. NHS England. 2017. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/spotlight-on-specialised-services.pdf>
11. NHS England. NHS commissioning-specialised services [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 22]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/>
12. TERMCAT. Atenció especialitzada. TERMCAT [Internet]. 2020 [cited 2019 Nov 26]. Available from: <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/230/search/atencio-especialitzada?type=basic&language=&condition=match>
13. World Health Organization Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 2]. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
14. Sundhedsstyrelsen. Specialised hospital services. Principles of national planing in Denmark [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 30]. Available from: [https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~/\\_media/3499BD6FE4894BF1B75A27CAD2](https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~/_media/3499BD6FE4894BF1B75A27CAD2)



A3AB29.ashx

15. Sheiman I, Shevsky V. Concentration of health care providers: Does it contribute to integration of service delivery? *Risk Manag Healthc Policy*. 2019;12:153–66.
16. Bhattarai N, McMeekin P, Price C, Vale L. Economic evaluations on centralisation of specialised healthcare services: A systematic review of methods. Vol. 6, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2016. p. e011214.
17. Imison C. Imison C. Briefing: reconfiguring hospital services [Internet]. London; 2011. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Briefing-on-Reconfiguring-hospital-services-Candace-Imison-Kings-Fund-September-20111.pdf>
18. Unió Catalana d'Hospitals. Projecte +Futur: Escenari de tendències i àrees d'acció prioritàries. Barcelona; 2018.
19. Chen B, Baur A, Stepniak M, Wang J. Finding the future of care provision: The role of smart hospitals | McKinsey [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/finding-the-future-of-care-provision-the-role-of-smart-hospitals>
20. The Deloitte Center for Health Solutions. Forces of change: the future of health [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/industry/health-care/forces-of-change-health-care.html>
21. Hood L, Friend SH. Predictive, personalized, preventive, participatory (P4) cancer medicine. *Nat Rev Clin Oncol*. 2011;8(3):184–7.
22. International Alliance of Patients' Organizations. Declaration on: Patient-Centred Healthcare [Internet]. 2016. Available from: [https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO\\_declaration\\_ENG\\_2016.pdf](https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO_declaration_ENG_2016.pdf)
23. Britnell M. The role of the “specialist” in healthcare. *Clin Med J R Coll Physicians London*. 2011;11(4):329–31.
24. Porter ME, Thomas LH. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harv Bus Rev* [Internet]. 2013;1277(October):1–18. Available from: [file:///T:/Consell Assessor del Departament de Salut/Doc3\\_CAS\\_2019/Bib/Porter-Lee-Strategy-that-will-fix-healthcare-2013.pdf](file:///T:/Consell%20Assessor%20del%20Departament%20de%20Salut/Doc3_CAS_2019/Bib/Porter-Lee-Strategy-that-will-fix-healthcare-2013.pdf)
25. European Commission. The Knowledge Future : Intelligent policy choices for Europe 2050 [Internet]. 2015. 64 p. Available from: [https://ec.europa.eu/research/pdf/publications/knowledge\\_future\\_2050.pdf](https://ec.europa.eu/research/pdf/publications/knowledge_future_2050.pdf)
26. National Information Board. Personalised Health and Care 2020 Using Data and Technology to Transform Outcomes for Patients and Citizens A Framework for Action. 2014.
27. World Health Organization. The transformative role of hospitals in the future of primary health care. 2018; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326296/WHO-HIS-SDS-2018.45-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Networks Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas Area of Health Systems Based on Primary Health Care (HSS) Integrated Health Services Project [Internet]. Washington, D.C.: HSS/IS; 2011 [cited 2019 Jul 25]. Available from: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC\\_IHSD-2011Serie4.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf)
29. Thimbleby H. Technology and the future of healthcare. *J Public health Res*. 2013;2(3):160–7.
30. PricewaterhouseCoopers. What doctor? [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 25]. Available from:



- <https://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/publications/ai-robotics-new-health/ai-robotics-new-health.pdf>
31. UK Government. The future of healthcare: our vision for digital, data and technology in health and care. Public policy [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 26]. Available from:  
<https://www.gov.uk/government/publications/the-future-of-healthcare-our-vision-for-digital-data-and-technology-in-health-and-care/the-future-of-healthcare-our-vision-for-digital-data-and-technology-in-health-and-care>
  32. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. LLEI 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya [Internet]. 1990 [cited 2019 Mar 27]. Available from:  
<https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/1324/1603354.pdf>
  33. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. DECRET 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Barcelona: Parlament de Catalunya; 2010.
  34. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. LLEI 13/2014, del 30 d'octubre, d'accessibilitat. Barcelona; 2014 p. 1–49.
  35. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Saniconal de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 128, de 29-05-2003. 2003 p. 1–46.
  36. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1030 / 2006 , de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. 2006 p. 1–74.
  37. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986. [Internet]. Boletín Oficial del Estado 1986 p. 1–24. Available from:  
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
  38. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Bol Of Del Estado 98 [Internet]. 2012;31278–312. Available from:  
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
  39. Servei Català de la Salut. Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya Alternativa a l'hospitalització convencional Servei Català de la Salut. 2020.
  40. Departament de Salut. Situació actual i diagnòstic de necessitats dels professionals de la salut. Proposta de marc comú per a l'anàlisi de la demografia professional i dels criteris de planificació. Generalitat de Catalunya. 2018.
  41. Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Madrid: Boletín Oficial del Estado; Nov 23, 2003. Available from:  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340&p=20130725&tn=2>
  42. Direcció General de Professionals de la Salut. Fòrum de diàleg de professionals. Conclusions. [Internet]. Barcelona; 2019. Available from:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_departament/lineas-estrategiques/1r\\_forum\\_dialeg\\_professional/documents/conclusions-forum-dialeg-professional.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/lineas-estrategiques/1r_forum_dialeg_professional/documents/conclusions-forum-dialeg-professional.pdf)
  43. Consell Assessor de Salut. Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària [Internet]. Barcelona; 2019 [cited 2020 Jun 18]. Available from:



[https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Professionals/Consells\\_comissions/consells\\_assessor\\_de\\_sanitat/cas-apic.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-apic.pdf)

44. Consell Assessor de Salut. Orientacions sobre el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries [Internet]. Barcelona; 2019 [cited 2020 May 28]. Available from: [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Professionals/Consells\\_comissions/consells\\_assessor\\_de\\_sanitat/cas-necessitats-socials-i-sanitaries.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-necessitats-socials-i-sanitaries.pdf)
45. Auffray C, Charron D, Hood L. Predictive, preventive, personalized and participatory medicine: back to the future. *Genome Med.* 2010;2(8):57.
46. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 22];12(6):573–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25384822>

## 11. Annexos

### 11.1. Annex 1. Principis i valors de l'àmbit de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries. Consell Assessor de Salut, 2019

L'ordenació i l'execució de les actuacions en matèria d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries hauran d'incorporar els principis i valors propis de l'àmbit. La visió serà realment compartida si es fonamenta en uns principis i valors comuns basats en el respecte a l'autonomia personal i la dignitat de la persona. A continuació, es descriuen aquests principis i valors en ordre alfabètic.

#### Principis i valors de l'àmbit de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries. Consell Assessor de Salut, 2019 (44)

1. Agilitat, flexibilitat i transparència. Una organització executiva, àgil i flexible, amb capacitat per mobilitzar alhora els recursos socials i sanitaris locals, supralocals i governamentals.
2. Coneixement, recerca i innovació. Aglutinar, generar i difondre els coneixements i la capacitat d'innovació amb relació a l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries.
3. Empatia i respecte a la diversitat. Una organització inclusiva que garanteixi una atenció personalitzada i propera i tingui en compte les voluntats, preferències i experiències de cada persona.
4. Equitat. L'equitat i la superació de les desigualtats socials, de gènere i territorials.
5. Governança compartida. Governança fonamentada en una concepció integral, integrada i intersectorial per assolir una millor atenció basada en les preferències de les persones i amb impacte sobre la seva salut i el seu grau d'autonomia.
6. Participació. Participació efectiva, tant individual com col·lectiva, per donar veu a les persones i posar en valor les seves necessitats des d'una visió global.
7. Proactivitat. Actitud proactiva en l'abordatge de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries des de la promoció de la salut i l'autonomia, la prevenció de la malaltia i la dependència i l'atenció a les persones.
8. Proximitat i descentralització. Necessitat de donar resposta a les necessitats de la població al més a prop possible del seu entorn des d'una organització amb capacitat per actuar de manera descentralitzada.
9. Qualitat i sostenibilitat. Racionalització, eficàcia, efectivitat, eficiència i sostenibilitat en l'organització, fomentant i millorant la qualitat i la seguretat, avaluant les actuacions i incorporant la millor evidència disponible.
10. Universalització. Universalització i garantia de les prestacions per a l'atenció de les persones amb necessitats socials i sanitàries com un dret individual i social.

Font: Orientacions sobre el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries. Consell Assessor de Salut, 2019. Disponible a: [https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells\\_i\\_comissions/consells\\_assessor\\_de\\_sanitat/](https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells_i_comissions/consells_assessor_de_sanitat/)

## 11.2. Annex 2. Recomanacions estratègiques per a l'orientació de l'APiC, l'atenció a les persones amb necessitats de salut i socials i el model postcrisi de la COVID-19. Consell Assessor de Salut, 2019 i 2020

### Recomanacions en relació amb el model d'atenció primària i comunitària. Consell Assessor de Salut, 2019 (43)

- R1. Reformar l'atenció primària i comunitària per tal que esdevingui el vertader eix vertebrador del model assistencial i comunitari del sistema de salut de Catalunya i alhora en garanteix la viabilitat.
- R2. Identificar l'Estratègia nacional d'atenció primària i comunitària com l'instrument necessari, pertinent i ambiciós per assolir els objectius propis de l'atenció primària i comunitària.
- R3. Reforçar la salut comunitària, tot concretant i pressuposant les intervencions que cal desenvolupar en aquest àmbit.
- R4. Fomentar les relacions de confiança entre la ciutadania, els professionals i les institucions.
- R5. Establir espais de diàleg permanent entre tots els actors implicats.
- R6. Recollir i incorporar els valors i les expectatives que expressi la ciutadania sobre l'atenció primària i comunitària i corresponsabilitzar-la de la seva salut.
- R7. Recollir i incorporar els valors i les expectatives que expressin els professionals de la salut sobre l'atenció primària i comunitària.
- R8. Definir de nou els rols professionals i capacitar-los per donar resposta a les necessitats de les persones en organitzacions flexibles.
- R9. Evolucionar cap a organitzacions més flexibles amb capacitat i autonomia organitzatives per adaptar-se a les necessitats i a les realitats canviants.
- R10. Considerar els determinants socials de la salut i les desigualtats en salut i l'atenció, especialment per a les persones en context de vulnerabilitat.
- R11. Integrar els elements i les eines necessàries per donar resposta a les necessitats de les persones, tot garantint l'accessibilitat, la transversalitat i la longitudinalitat del model assistencial d'atenció primària i comunitària.
- R12. Incorporar les necessàries reformes a l'atenció especialitzada en el marc de la transformació de l'atenció primària i comunitària.
- R13. Millorar la integració de la salut pública amb l'atenció primària i comunitària.
- R14. Integrar les necessitats socials des del model d'atenció primària i comunitària centrada en la persona.
- R15. Concretar la cartera de serveis d'atenció primària i comunitària per millorar-ne la capacitat resolutiva.
- R16. Garantir que el finançament de l'atenció primària i comunitària sigui congruent amb les responsabilitats que se li assignen, essent especialment sensible a l'equitat territorial i a les desigualtats econòmiques.
- R17. Avaluar l'atenció primària i comunitària, donar visibilitat al procés i divulgar-ne els resultats de forma adaptada a les diferents audiències (població general, pacients, professionals i organitzacions).
- R18. Reconèixer i reforçar la rellevància de l'atenció primària i comunitària en la docència.
- R19. Garantir que la recerca sigui un dels eixos transformadors de l'atenció primària i comunitària.
- R20. Impulsar més la innovació en atenció primària i comunitària com a estratègia i eina de millora.
- R21. Promoure de manera coherent i amb criteris d'eficiència les tecnologies de la informació i la comunicació com un instrument indispensable en la reforma, la implementació i l'avaluació del model.

Font: Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària. Consell Assessor de Salut, 2019). [https://canalsalut.gencat.cat/web/contenit/Professionals/Consells\\_comissions/consells\\_assessor\\_de\\_sanitat/cas-apic.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/contenit/Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-apic.pdf)



**Elaboració de les bases de l'ens públic, àmbits d'actuació i accions. Consell Assessor de Salut, 2019 (44)**

1. Creació de l'ens públic per al desenvolupament (governança i gestió) de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya
  - 1.1. Consensuar l'estratègia a mitjà i llarg termini.
  - 1.2. Definir les característiques de l'ens.
  - 1.3. Elaborar i aprovar la normativa de creació i regulació de l'ens.
  
2. Àmbits d'actuació de l'ens
  - 2.1. Atenció primària i comunitària de salut i atenció primària dels serveis socials bàsics.
  - 2.2. Entorn domiciliari.
  - 2.3. Centres d'atenció diürna.
  - 2.4. Atenció de llarga durada.
  - 2.5. Residències assistides.
  - 2.6. Sistemes d'informació
  - 2.7. Primera infància amb discapacitat, trastorns mentals i malalties minoritàries.
  - 2.8. Dones en situació de vulnerabilitat.
  - 2.9. Promoció de l'autonomia personal i prevenció de la institucionalització.
  - 2.10. Salut mental i addiccions.
  
3. Accions operatives que cal prioritzar
  - 3.1. Establir espais de participació ciutadana i de professionals.
  - 3.2. Promoure les xarxes socials i el voluntariat.
  - 3.3. Dotar els ciutadans i els professionals amb les eines per a la presa de decisions compartides.
  - 3.4. Redefinir els rols professionals de l'àmbit de salut i social.
  - 3.5. Iniciar el diàleg entre l'Administració pública, les institucions, els representants dels treballadors i els professionals d'ambdós sectors per tal d'explorar possibilitats d'apropament, començant per les condicions de treball.
  - 3.6. Potenciar la recerca i la innovació per transformar l'atenció a les persones i millorar l'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència del sistema d'atenció social i sanitari.
  - 3.7. Avaluat l'impacte de les actuacions dirigides a la millora de la salut i de l'autonomia de les persones amb necessitats socials i sanitàries.
  - 3.8. Assajar diferents sistemes de pagament, mecanismes de contractació i retiment de comptes.
  - 3.9. Unificar els àmbits territorials de les àrees bàsiques socials i sanitàries.

Font: Orientacions sobre el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries. Consell Assessor de Salut, 2019.

[https://canalsalut.gencat.cat/web/content/Professionals/Consells\\_comissions/consells\\_assessor\\_de\\_sanitat/cas-necessitats-socials-i-sanitaries.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/content/Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-necessitats-socials-i-sanitaries.pdf)

**Recomanacions per a l'orientació del sistema de salut en la postcrisi de la COVID-19, Consell Assessor de Salut, 2020(1)**

*Resposta a l'impacte immediat*

- R1. Elaborar un pla d'atenció a la ciutadania, integrat i coherent amb la resta d'estratègies establertes en salut mental, per a l'abordatge de les conseqüències de la crisi en la salut mental de la ciutadania i en concret dels col·lectius en situació de vulnerabilitat.
- R2. Elaborar un pla d'atenció als professionals per pal·liar les conseqüències de l'impacte emocional i físic de l'atenció que han prestat a les persones i comunitats durant la COVID-19.
- R3. Elaborar i incorporar criteris comuns explícits i transparents a les directrius que s'han de donar als centres i professionals sanitaris, i prioritzar l'atenció (endarrerida i la nova que es genera).
- R4. Mantenir la disponibilitat d'estructures, recursos i circuits sanitaris i socials necessaris, preparats per si es produeixen nous brots.
- R5. Identificar i documentar les innovacions desenvolupades en el transcurs de la crisi que han aportat i poden seguir aportant valor al sistema de salut, avaluar i seleccionar aquelles que siguin escalables, i elaborar un pla d'implementació viable.

*Ciutadania*

- R6. Definir i prioritzar el desplegament d'estratègies de protecció social i de la salut dirigides a l'atenció a les persones que es troben en un context de vulnerabilitat.
- R7. Reconèixer i aprofitar la capacitat de corresponsabilitat demostrada per la ciutadania incorporant-la en els processos d'identificació d'aspectes a millorar del sistema.

*Professionals*

- R8. Reconèixer, mitjançant mesures estructurals concretes, la vàlua demostrada, el compromís i el treball realitzat per tots els professionals del sistema de salut i social implicats en l'atenció, la gestió i la planificació de la resposta a la crisi de la COVID-19.
- R9. Reformular la formació tenint en compte els aspectes relacionats amb les actituds sobre la base dels valors humanistes i el pensament crític, la col·laboració amb altres disciplines, la capacitat d'adaptació i la resiliència, per tal d'adquirir aptituds per donar resposta a les necessitats de la població.

*Organitzacions*

- R10. Garantir que les estructures i els professionals del sistema de salut i social estiguin dimensionats per evitar la pressió assistencial sistemàtica i continuada, de manera que disposin de capacitat de resposta en una situació d'emergència.
- R11. Consolidar la flexibilitat mostrada pel sistema en el transcurs de la crisi amb la implementació de mesures per superar barreres (administratives, culturals i actitudinals) i l'adequació i el desenvolupament dels rols dels professionals i de les organitzacions.
- R12. Crear sistemes d'informació epidemiològica i clínica prou estructurats i que aprofitin tot el potencial de les noves tecnologies, amb el màxim respecte de la confidencialitat i els drets dels ciutadans i evitar mesures que puguin ser discriminatòries o excloents.
- R13. Dissenyar i desplegar un quadre de comandament integral del sistema de salut, amb la revisió i l'adaptació prèvies a la nova realitat del pla d'acció, amb informació útil i entenedora per conèixer i monitorar els equipaments i els recursos sanitaris i socials, i facilitar l'alineament dels agents del sistema, la presa de decisions, l'avaluació i la transparència.
- R14. Impulsar el desplegament de la tecnologia orientada a l'atenció no presencial, aprofitant la capacitat d'adaptació demostrada pels professionals i la ciutadania, especialment en l'atenció primària, i de manera proporcional a les necessitats d'interacció física.
- R15. Accelerar el desplegament de l'atenció domiciliària com a model d'atenció alternatiu a l'hospitalització o a la institucionalització de les persones, a partir de l'experiència adquirida durant la crisi. Cal fer un seguiment de la qualitat del desplegament i avaluar l'impacte d'aquest model d'atenció en els nuclis familiars.
- R16. Disposar d'un pla de gestió de crisis en que es reculli, àmpliament i amb detall, el procés viscut durant la crisi, es documentin les experiències, s'analitzin i, a partir dels resultats, les protocol·litzin.

### Recomanacions per a l'orientació del sistema de salut en la postcrisi de la COVID-19, Consell Assessor de Salut, 2020(1)

R17. Constituir un comitè assessor de crisi plural i format per persones expertes i reconegudes en la matèria, per tal de formular recomanacions consensuades i fonamentades. D'entre els membres d'aquest comitè s'ha de seleccionar una única persona que exerceixi de portaveu expert i transmeti el coneixement científicotècnic en el qual l'autoritat sanitària basi la seva presa de decisions, de manera que s'eviti la transmissió al sistema i a la ciutadania d'opinions contradictòries.

#### *Sistema*

R18. Reforçar la governança i el lideratge per part de l'autoritat sanitària per facilitar l'alineament, la coordinació i/o la col·laboració de les institucions sanitàries i els recursos del sistema de salut.

R19. Reforçar les estratègies interdepartamentals en un context de crisi, especialment pel que fa als àmbits de l'educació, dels serveis socials, del treball o de l'economia.

R20. Incrementar, en la mesura necessària, el finançament en salut per assolir objectius explícits i avaluable de millora de l'equitat, la qualitat i la seguretat, la coordinació i l'eficiència i prioritzar les accions i les prestacions d'acord amb el valor afegit.

R21. Reforçar la salut pública amb la identificació i l'abordatge de les debilitats, especialment pel que fa a l'adequació de recursos, per tal d'ajustar l'encaix al sistema de salut i donar més protagonisme a la comunitat.

R22. Incorporar a l'agenda de les polítiques de salut les qüestions de salut global que puguin tenir impacte en la salut de la ciutadania.

R23. Orientar el model assistencial d'atenció primària i comunitària proposat pel Consell, tenint en compte l'equilibri entre l'atenció centrada en la persona i l'atenció centrada en la comunitat.

R24. Implementar el nou model d'atenció a les necessitats socials i sanitàries proposat pel Consell, equilibrant el model d'atenció centrada en la persona amb la necessària mirada d'atenció centrada en la comunitat, que s'ha evidenciat especialment apropiada durant la pandèmia.

R25. Abordar les debilitats del model d'atenció residencial equilibrant la gestió entre els departaments competents en salut i benestar social, amb la dotació pressupostària i de recursos humans i materials suficients, atenent les necessitats sanitàries, però evitant la sanitarització de les respostes a les necessitats socials.

R26. Elaborar protocols i pautes amb indicacions explícites i unívokes que incorporin criteris ètics per a l'atenció en un context de crisi sanitària, i que tinguin en compte que, en un context en què hi ha recursos limitats, la prioritització i, si escau, i el racionament, han de garantir l'equitat i evitar la disparitat de criteris.

R27. Establir un espai de reflexió i debat ètic per formular recomanacions que serveixin de model i guia sobre l'acompanyament de les persones institucionalitzades, especialment en la fase final de la vida, en un context d'emergència. Les recomanacions han de permetre garantir l'equitat i s'han de basar en criteris humanistes i de mort digna.

R28. Constituir, en el marc del Comitè de Bioètica de Catalunya, un grup encarregat de vetllar per les qüestions ètiques en el tractament de les dades i la informació confidencials.

R29. Crear espais o grups de debat, de presa de decisions i d'elaboració de recomanacions amb totes les parts implicades, especialment en un context de crisi, al voltant dels límits de la intervenció sanitària i les tensions que es generen entre els drets individuals i el bé comú o la salut de la col·lectivitat

R30. Accelerar la implementació de les estratègies de transformació del sistema definides pendents d'aplicació, amb la revisió i la incorporació prèvies de l'experiència adquirida durant la crisi, i evitar-ne duplicitats.

R31. Desenvolupar, assajar i implementar les eines i alternatives tecnològiques que facilitin la presa de decisions en la governança, la planificació, la gestió i l'atenció.

R32. Elaborar un marc d'orientació i ordenació de la recerca i la innovació per a un context d'emergència, per tal d'establir a quines necessitats s'ha de donar resposta, com s'ha de dur a terme i com s'ha de finançar.

R33. Impulsar i promoure la capacitat productiva, en paral·lel a l'aprovisionament i la compra pública anticipada, que permeti garantir la disponibilitat permanent de materials i medicaments, així com la creació d'organismes habilitats per fer-ne l'acreditació.

Font: El sistema de salut. Postcrisi de la COVID-19. Consell Assessor de Salut, 2020.

[https://canalsalut.gencat.cat/web/contenut/Professionals/Consells\\_comissions/consells\\_assessor\\_de\\_sanitat/cas-sistema-salut-postcrisi-covid-19.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/contenut/Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-sistema-salut-postcrisi-covid-19.pdf)

## **12. Experts convidats a les sessions del Consell Assessor de Salut**

- Xènia Acebes, directora de l'Àrea Sanitària, Servei Català de la Salut.
- Anna Aran, gerent de la Regió Sanitària Barcelona, Àmbit Metropolità Nord. CatSalut.
- Manel del Castillo, director General de l'Hospital Sant Joan de Déu.
- Marga Esteve, directora d'Infermeria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i presidenta de la Associació Catalana de Direccions Infermeres (ACDI).
- Montserrat Figuerola, gerent territorial de l'Àrea Metropolitana Sud de l'Institut Català de la Salut.
- Guillem Lopez-Casasnovas, catedràtic d'economia de la Universitat Pompeu Fabra.
- Diego Palao, director executiu de Salut Mental del Consorci de Corporació Sanitària Parc Taulí.
- Iván Planas, director de l'Àrea de Recursos Econòmics dels Servei Català de la Salut.
- Pere Vallribera, gerent del Laboratori de Referència de Catalunya (LRC) / Imatge Mèdica Intercentres (IMI) i president de la Societat Catalana de Gestió Sanitària.



### **13. Membres del Consell Assessor de Salut**

#### Consell Assessor de Salut

- Manel Balcells Diaz, president
- Xavier Bonfill Cosp
- Joan Lluís Borràs Balada
- Carme Borrell Thió
- Pere-Joan Cardona Iglesias
- David Elvira Martínez
- Pilar Espelt Aluja
- Alícia Granados Navarrete
- M. Cristina Martínez Bueno
- Ramon Pujol Farriols
- Núria Terribas Sala

#### Secretaria tècnica i redacció del document

- Iria Caamiña Cabo
- Elena M. Calvo Valencia
- Carme Planas Campmany