
Treball Final de Màster

GESTIÓ INNOVADORA DE LES CITACIONS: CAP A L'EFICIÈNCIA I LA SATISFACCIÓ

ELISABET M. RAYÓ MARTÍN



Aquest TFM està subject a la licència

[ReconeixementNoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NCND 4.0\)](#)

Este TFM está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](#)

This TFM is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](#)

GESTIÓ INNOVADORA DE LES CITACIONS: CAP A L'EFICIÈNCIA I LA SATISFACCIÓ

AUTOR **ELISABET M RAYÓ MARTÍN**

TUTOR **CANDELA CALLE RODRÍGUEZ**

DATA DE PRESENTACIÓ **31/08/2025**

Trabajo de Fin de Máster

AGRAÏMENTS

Vull expressar el meu sincer agraïment a totes les persones que m'han acompanyat i donat suport durant aquest intens i enriquidor procés de realització del màster i d'elaboració d'aquest treball final.

En primer lloc, gràcies a la meva família, especialment al meu marit Xavier i als meus fills Pau i Marc, per la seva paciència infinita, comprensió i suport incondicional en els moments de més exigència.

A les meves amigues Feli, Mireia, Sandra i Cristina per ser-hi sempre, amb paraules d'ànim, complicitat i afecte, recordant-me la importància de cuidar-se i compartir.

També vull agrair de tot cor a les persones que formen part del meu equip al CAP pel seu esforç, compromís i esperit de col·laboració que han estat font d'inspiració constant. Un reconeixement molt especial a la Carlen Reyes i a la Irene Moral de l'equip de recerca, per la seva implicació i suport durant el desenvolupament d'aquest projecte.

A la meva tutora Candela Calle, gràcies per la seva orientació, disponibilitat i mirada constructiva que han estat claus per avançar amb rigor i confiança.

Finalment, als meus companys i companyes de promoció del màster, amb qui he compartit aprenentatges, experiències i reptes, gràcies per fer aquest camí molt més ric i humà.

A totes i tots, gràcies de tot cor.

Trabajo de Fin de Máster

RESUM EXECUTIU

Aquest Treball de Fi de Màster presenta un projecte que vol millorar la gestió de la demanda no urgent a l'atenció primària mitjançant un sistema de citació personalitzada i proactiva, gestionat per assistents clínics. L'objectiu és implementar un nou model de citació per a visites no urgents al metge de família que millori l'accessibilitat, la resolució i la satisfacció (d'usuaris i de professionals).

La proposta s'alinea amb els pilars de l'atenció primària —accessibilitat, longitudinalitat, coordinació i continuïtat— i amb els objectius del Pla de Salut de Catalunya 2021–2025, el marc CAIROS i l'Agenda 2030, promovent una atenció més eficient i centrada en la persona.

El projecte s'implementarà a l'EAP (Equip d'Atenció Primària) Sardenya, centre amb model EBA (Entitat de Base Associativa) i designat CSIR (Centre Sanitari Integral de Referència), mitjançant un estudi quasi-experimental amb disseny abans-després. Durant sis mesos, dos grups de pacients rebran atenció amb el nou sistema, en què cada usuari tindrà un assistent clínic de referència per gestionar citacions no urgents, activar tasques preventives i fer seguiment de pacients crònics.

Els indicadors inclouran temps d'espera, visites evitades, activitat proactiva, satisfacció i control de malalties cròniques. Es preveu una millora de l'eficiència, reducció de demores, augment de la resolució assistencial i impacte positiu en l'equitat, reduint les cures inverses.

Les conclusions apunten que aquest model pot transformar estructuralment el sistema de citació, fent-lo més humà, eficient i sostenible, amb possibilitat de replicació en altres centres.

Trabajo de Fin de Máster

EXECUTIVE SUMMARY

This Master's Thesis presents a project aimed at improving the management of non-urgent demand in primary care through a personalized and proactive appointment system, managed by clinical assistants. The goal is to implement a new appointment model for non-urgent visits to the family doctor that enhances accessibility, resolution capacity, and satisfaction—for both users and professionals.

The proposal aligns with the core pillars of primary care—accessibility, longitudinality, coordination, and continuity—and with the objectives of the Health Plan of Catalonia 2021–2025, the CAIROS framework, and the 2030 Agenda, promoting more efficient and person-centered care.

The project will be implemented at the Sardenya Primary Care Team (EAP), a center operating under the EBA (Associative Base Entity) model and designated as a CSIR (Comprehensive Reference Health Center), through a quasi-experimental before-and-after study design. Over six months, two groups of patients will receive care under the new system, in which each user will have a designated clinical assistant to manage non-urgent appointments, activate preventive tasks, and monitor chronic patients.

Indicators will include waiting times, avoided visits, proactive activity, satisfaction, and chronic disease control. Improvements are expected in efficiency, reduced delays, increased resolution capacity, and a positive impact on equity, reducing inverse care.

The conclusions suggest that this model could structurally transform the appointment system, making it more humane, efficient, and sustainable, with potential for replication in other centers.

Trabajo de Fin de Máster

INDEX

1. INTRODUCCIÓ I PLANTEJAMENT	7
1.1 Introducció	7
1.2 Justificació del projecte	8
1.3 Característiques de l'entorn	9
1.4 La figura de l'assistent clínic	11
2. HIPÒTESI	14
3. OBJECTIUS	14
3.1 Objectiu principal.....	14
3.2 Objectius específics	14
4. CONSIDERACIONS ÈTIQUES I LEGALS	15
5. METODOLOGIA I DISSENY DEL PROJECTE	17
5.1 Context on es desenvoluparà el projecte	17
5.2 Disseny del projecte	18
5.3 Diagnòstic de la situació inicial.....	19
5.4 Indicadors	21
5.5 Fases del treball i accions a realitzar	22
5.6 Cronograma	26
6. MEMÒRIA ECONÒMICA	26
6.1 Activitat assistencial de referència.....	27
6.2 Costos contemplats	27
6.3 Estalvi estimat a mitjà termini	28
6.4 Conclusions econòmiques.....	29
7. RESULTATS ESPERATS.....	30
8. RESULTATS PARCIALS (FASE 1).....	32
8.1 Resultats del Qüestionari als professionals assistencials.....	32
8.2 Resultats del Qüestionari als professionals no assistencials.....	32

Trabajo de Fin de Máster

9. DISCUSSIÓ	32
9.1 Discussió general	32
9.2 Fortaleses del projecte.....	34
9.3 Limitacions del projecte	36
9.4 Experiències similars en altres entorns	37
9.5 Perspectives de futur	39
10. CONCLUSIONS.....	40
11. BIBLIOGRAFIA	41
ANNEX 1. Acord de Govern	51
ANNEX 2. Qüestionari per professionals assistencials	58
ANNEX 3. Qüestionari per professionals no assistencials	59
ANNEX 4. Càlcul de la mostra per al qüestionari d'usuaris	60
ANNEX 5. Qüestionari per usuaris	61
ANNEX 6. Resultats dels qüestionaris per professionals assistencials i no assistencials.....	63

Trabajo de Fin de Máster

1. INTRODUCCIÓ I PLANTEJAMENT.

1.1 Introducció.

El sistema sanitari públic de Catalunya s'organitza en diferents nivells assistencials: Atenció Primària, Atenció Intermèdia i Atenció Hospitalària. Dins aquest marc, l'Atenció Primària hauria de ser el primer punt de contacte amb el sistema sanitari, garantint una atenció accessible, resolutiva i de qualitat (1) (2) (3).

En el segle XXI, l'Atenció Primària hauria de consolidar-se com una pràctica sanitària capaç de proporcionar serveis d'alta complexitat i excel·lència, amb un enfocament generalista i multiprofessional. Això implica situar el pacient al centre de l'atenció, tenint en compte el seu entorn comunitari i assegurant la continuïtat assistencial al llarg del temps. A més, l'Atenció Primària ha de jugar un paper essencial com a nexa d'unió i coherència entre els diferents dispositius assistencials amb els quals el pacient interactua.

Els components essencials per garantir una Atenció Primària de qualitat són:

- **Accessibilitat:** Com a porta d'entrada al sistema, ha de garantir una atenció àgil, efectiva i satisfactòria per a l'usuari (4) (7).
- **Longitudinalitat:** La relació estable entre el pacient i el seu professional de referència al llarg de la vida. Estudis demostren que tenir el mateix metge de referència durant 15 anys redueix la mortalitat en un 25% (5) (6).
- **Integralitat i visió generalista:** Es considera el pacient com un tot, identificant les seves necessitats des d'una perspectiva biopsicosocial. L'atenció no es limita al tractament de la malaltia, sinó que inclou la prevenció, la promoció de la salut i l'acompanyament en la fase final de la vida (8) (9).

Trabajo de Fin de Máster

- **Coordinació:** S'ha de garantir tant dins del mateix nivell assistencial com entre diferents nivells, per evitar fragmentació i millorar l'eficiència del sistema (4) (10).
- **Continuïtat assistencial:** La connexió fluida entre els diferents serveis sanitaris facilita un seguiment adequat del pacient i millora els resultats de salut (4).

Un model d'Atenció Primària robust i ben estructurat no només millora la salut de la població, sinó que també redueix la despesa sanitària (4) (11) (12).

1.2 Justificació del projecte.

Un dels reptes actuals de l'atenció primària és la regulació de la demanda assistencial. Hi ha hagut un augment significatiu de la demanda en atenció primària a Catalunya, amb un creixement d'aproximadament el 8% entre 2010 i 2022, segons dades del CatSalut i l'AQUAS (13). Això comporta una dificultat per assumir-la. Els principals factors que han provocat aquesta situació són:

- 1/ Envel·liment de la població** amb un índex d'envel·liment el 2024 de 142,6 i de sobreenvelliment del 16,2 (14). Això comporta més cronicitat i més complexitat de patologies (15) (16).
- 2/ Canvis en les expectatives de la població** respecte a la resposta del sistema de salut. La societat actual espera una atenció més immediata i resolutiva, fins i tot per a qüestions no estrictament mèdiques, com els anomenats "malestars de la vida" (17) (18).
- 3/ Plantilles de professionals infra-dimensionades.** Des de les retallades iniciades el 2010, el nombre de facultatius d'atenció primària ha disminuït, mentre que la demanda assistencial ha augmentat. Aquesta situació s'agreuja per la manca de recanvi generacional i la insuficient cobertura de baixes laborals (19).

Trabajo de Fin de Máster

4/ Augment de les demores en l'atenció especialitzada. Les llistes d'espera per a les consultes amb especialistes han augmentat significativament els darrers anys (20). A conseqüència d'això un nombre considerable de pacients, que busca una resposta més ràpida a les seves necessitats de salut, acudeixin a l'atenció primària. Aquesta tendència genera una sobrecàrrega notable, ja que moltes d'aquestes demandes haurien de ser gestionades directament en el nivell especialitzat, incrementant la pressió assistencial sobre els equips de primària (21).

Tot això ha provocat augments del temps d'espera a Catalunya. Abans del 2012 el 90% dels pacients en zones urbanes podien accedir a una cita amb el seu metge de família en menys de 3 dies. En canvi, aquest percentatge ha disminuït de manera significativa: només el 45% dels pacients poden accedir en menys de 5 dies. En àrees amb major saturació o manca de cobertura de professionals, el temps mitjà d'espera per a una cita no urgent arriba sovint a 10-15 dies, i en alguns casos supera les tres setmanes (Font: dades de l'OCU). Les conseqüències d'aquestes demores són un empitjorament del control de les patologies cròniques que es tradueix amb un augment de les hospitalitzacions evitables (23) i un augment de les cures inverses, que és el fenomen pel qual aquelles persones que més necessiten l'atenció sanitària solen tenir menys accés a ella, mentre que les persones amb menys necessitats de salut solen tenir un millor accés a l'atenció mèdica (24) (25). A més, també genera una insatisfacció de la població i un malestar creixent del personal assistencial i no assistencial que treballa als centres d'atenció primària (26) (27) (28).

1.3 Característiques de l'entorn.

La citació actualment als centres d'Atenció Primària (CAP) es realitza a través de les unitats d'atenció a l'usuari presencialment, per via telefònica (pròpia del CAP o externalitzada), o per internet, a través de la "La meva salut". En molts centres està implementada la "programació per motius", quan el pacient demana cita per

Trabajo de Fin de Máster

internet o quan realitza la programació un administratiu. A més, existeix a la majoria dels llocs la missatgeria (e-consulta) que permet un contacte directe entre l'usuari i el professional sanitari. Gran part de la citació no urgent es fa a demanda del pacient, de manera reactiva, demanant una visita concertada presencial o telefònica. Una altra part de la citació sorgeix de la recitació entre professionals sanitaris i una petita part del programa "Planifi.cat", que és una eina desenvolupada per l'Institut Català de la Salut (ICS) per millorar la gestió i el seguiment dels pacients amb malalties cròniques de manera que es genera una programació automàtica de visites i proves (29) (30) (31).

Les agendes dels metges de família tenen un determinat nombre diari limitat de visites concertades presencials i moltes vegades existeixen demores. L'accessibilitat als cap de 5 dies només en el 69% dels centres (Font: SISAP dades 2024).

Amb aquest sistema, en la majoria dels casos, no es prioritza la citació de les visites per motius, i en molts casos es visita abans un símptoma banal que un símptoma que pot correspondre a una patologia greu, una visita burocràtica que una mèdica i un control anual que un motiu de consulta per un símptoma d'aparició recent. A més, a causa de la dificultat per accedir al metge de família de referència es pot perdre la longitudinalitat: actualment les visites amb el metge principal només es realitzen en el 71% dels casos (Font: SISAP dades 2024).

A l'EAP Sardenya fa temps que tenim aquesta preocupació i des de la pandèmia es va adoptar un sistema de filtratge de les visites. No se cita cap visita concertada presencial sense que ho valori el professional mèdic assignat. Per fer això, s'han creat unes agendes virtuals on l'administratiu anota la petició de visita del pacient amb el motiu (si l'usuari ho vol verbalitzar) a una llista. Aquesta llista es revisa 2 cops per setmana i el metge valora: si se cita presencial per ell o un altre professional del centre, si li truca el mateix metge o es demanen proves

Trabajo de Fin de Máster

abans de la cita. La gestió administrativa del resultat del filtratge la fa l'assistent clínic (figura ja existent al nostre CAP).

Aquest model té els següents avantatges: permet prioritzar per motius (sempre que el pacient ho expressi), redirigir visites cap a altres professionals, o fer activitat proactiva (per exemple demanar analítica de control abans de la visita, estalviant una cita). També permet delegar a l'assistent clínic les tasques més burocràtiques (gestió d'ambulàncies, sol·licitud de prestacions ortopèdiques...). D'altra banda, té alguns inconvenients: treu molt temps al metge per revisar la llista amb certa ineficiència, hi ha molta variabilitat en la resolució de la visita (tant en temps de resolució com en resultats) i l'usuari té la sensació de poca accessibilitat.

1.4 La figura de l'assistent clínic.

La figura de l'assistent clínic és una nova posició professional que s'ha implementat en alguns centres sanitaris amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció sanitària, optimitzar els fluxos de treball i alliberar temps als professionals sanitaris, perquè puguin centrar-se en tasques d'alta complexitat. Aquesta figura es pot considerar un intermediari entre el personal auxiliar d'atenció a l'usuari i el personal sanitari de nivell superior (32) (33) (34) (35).

Els assistents clínics tenen com a objectiu principal col·laborar amb els equips assistencials duent a terme tasques de suport administratiu, organitzatiu i fins i tot algunes de caràcter tècnic relacionades amb l'atenció al pacient. Algunes de les funcions principals que poden realitzar els assistents clínics inclouen (33) (34) (35):

1/ Atenció directa al pacient:

- Preparar materials i equips per a exploracions o intervencions senzilles.

Trabajo de Fin de Máster

- Donar suport en la preparació dels pacients per a proves diagnòstiques o tractaments.
- Col·laborar en activitats bàsiques d'atenció al pacient, com prendre constants vitals (pressió arterial, temperatura, freqüència cardíaca, etc.), sempre sota supervisió.

2/ Suport administratiu i de gestió:

- Organitzar agendes i citacions dels pacients.
- Gestionar tràmits administratius relacionats amb la història clínica electrònica (HCE).
- Facilitar la comunicació entre els diferents professionals del centre sanitari.

3/ Millora del flux assistencial:

- Reduir temps d'espera dels pacients mitjançant una millor coordinació dels processos.
- Alliberar temps als professionals sanitaris perquè puguin dedicar-se a tasques més complexes.

4/ Educació sanitària:

- Proporcionar informació bàsica als pacients sobre higiene, dieta o altres aspectes relacionats amb els seus hàbits de vida, sempre seguint instruccions dels professionals sanitaris.

5/ Seguiment de les tasques incloses en els protocols clínics:

- Revisar que el pacient tingui les tasques acomplides dels protocols d'activitats preventives i patologia crònica. Si no estan, programar-les perquè es realitzin.

Els assistents clínics, tot i que no tenen formació universitària en ciències de la salut, estan formats específicament per desenvolupar funcions que requereixen certa habilitat i coneixement bàsic del sistema sanitari. Els assistents clínics solen

Trabajo de Fin de Máster

tenir una formació específica que els capacita per a aquest rol. Aquesta formació pot ser:

- Un cicle formatiu de grau mitjà o superior en àrees relacionades amb la salut (com ara Tècnic en Cures Auxiliars d'Infermeria o similars).
- Cursos específics o certificacions complementàries que els preparen per assumir tasques d'assistència clínica i administrativa. (33)

A més, és important que els assistents clínics tinguin habilitats com la comunicació efectiva, la capacitat d'organització i de treball en equip, ja que actuen com a pont entre els pacients i els professionals de la salut.

La creació de la figura de l'assistent clínic respon a diverses necessitats del sistema sanitari català:

- Optimització de recursos: el sistema sanitari sovint es troba sobrecarregat, i delegar algunes tasques a professionals especialitzats en suport permet millorar l'eficiència.
- Reducció de la càrrega de treball dels professionals sanitaris: els professionals sanitaris sovint dediquen molt de temps a tasques administratives o rutinàries que podrien ser assumides per altres perfils.
- Millora de l'experiència del pacient: amb una millor organització i menys temps d'espera, l'atenció als pacients esdevé més fluida i satisfactòria.
- Adaptació a nous models assistencials: la sanitat moderna tendeix cap a models més col·laboratius i multidisciplinaris, on cada professional assumeix un paper específic dins de l'equip.

Aquesta figura encara està en fase experimental o en implantació progressiva en alguns centres de Catalunya. No obstant això, ha rebut atenció positiva per part dels professionals i dels gestors del sistema sanitari, ja que pot contribuir a reduir

Trabajo de Fin de Máster

la pressió sobre els equips mèdics i d'infermeria, especialment en un context de crisi de personal i augment de la demanda assistencial.

La incorporació d'aquesta nova figura ha estat recomanada en els següents documents del departament de salut:

- Recomanacions Estratègiques sobre el Model Assistencial d'Atenció Primària i Comunitària. Consell Assessor de Salut (abril del 2019) (36)
- Informe d'Innovació en l'Atenció Primària de Salut (octubre del 2021) (37)
- Mesures del comitè CAIROS (Comitè Assessor per a la Innovació i la Reforma de l'Atenció Primària) (octubre del 2024) (38)

Recentment, hi ha hagut un acord de govern que dona suport a la creació d'aquesta figura per tal de millorar les organitzacions i li dona un cert aval legal. (ANNEX 1)

2. HIPÒTESI.

Un sistema de citació personalitzada i proactiva, podria millorar el procés d'atenció no urgent de l'usuari. Aquesta citació seria gestionada pels assistents clínics. Cada pacient tindria un assistent clínic assignat que gestionaria totes les citacions no urgents del pacient i faria de pont amb els seus professionals sanitaris de referència. Aquest assistent, a més, podria preveure visites de control de patologies cròniques o activitats preventives, fent una citació proactiva.

3. OBJECTIUS.

3.1 Objectiu principal: Implementar un model de citació per la visita no urgent al metge de família que sigui personalitzat i proactiu.

3.2 Objectius específics:

- Reduir els temps d'espera per a l'atenció no urgent.

Trabajo de Fin de Máster

- Reduir el nombre de visites innecessàries o burocràtiques.
- Millorar la satisfacció de l'usuari.
- Millorar la satisfacció del professional sanitari.
- Millorar alguns registres de dades referents a activitats preventives, com són consum de tabac o alcohol.
- Millorar resultats de salut en pacients amb algunes patologies cròniques, com DM2, HTA i MPOC.

4. CONSIDERACIONS ÈTIQUES I LEGALS.

Les consideracions ètiques que es tindran en compte a l'hora de realitzar aquest projecte són:

- **Confidencialitat i protecció de dades.** Es garantirà que la informació dels pacients es gestioni de manera segura i conforme a la legislació vigent en matèria de protecció de dades.
- **Consentiment informat.** Els qüestionaris, tant als professionals com als usuaris, seran anònims i es recollirà el consentiment previ a la participació de manera digital.
- **Equitat en l'accés a l'atenció.** Es vetllarà per l'equitat en l'accés al sistema proposat, tenint en compte possibles desigualtats derivades de la bretxa digital. Es contemplaran mesures per facilitar la inclusió de persones amb dificultats tecnològiques o amb accés limitat a dispositius digitals.
- **Autonomia del pacient.** S'assegurarà que el pacient tingui capacitat de decisió sobre la seva atenció.
- **Transparència i ètica professional.** Es comunicarà clarament als pacients els canvis en el sistema de citació.
- **Impacte en els professionals.** S'avaluarà que la redistribució de tasques no generi sobrecàrrega ni despersonalització de l'atenció.

Trabajo de Fin de Máster

Les consideracions legals que es tindran en compte respecte a la figura de l'assistent clínic són:

a) Competències professionals

- **Delimitació de funcions.** Legalment, l'assistent clínic no té atribuïdes competències mèdiques ni d'infermeria. Les seves funcions estaran clarament definides en protocols escrits i supervisats per professionals reglamentats.
- **Delegació de funcions i supervisió obligatòria.** Les accions realitzades per l'assistent clínic seran per delegació del professional mèdic i seran supervisades. Això garantirà que les intervencions siguin segures i ajustades als estàndards de qualitat.

b) Protecció de dades. L'accés de l'assistent clínic a dades sensibles dels pacients ha de complir amb el Reglament General de Protecció de Dades (RGPD) i la Llei Orgànica de Protecció de Dades i Garantia dels Drets Digitals (LOPDGDD). Per assegurar-se, l'assistent clínic rebrà formació específica sobre aquests temes i accedirà només a les dades estrictament necessàries per a les seves funcions. A més signarà un acord de confidencialitat, així com demanà el consentiment verbal als usuaris per accedir a les dades.

Aquest treball està en procés de presentar-se al **Comitè d'Ètica de l'IDIAP Jordi Gol**. S'ha elaborat la memòria del projecte amb tots els requisits exigits per a la seva avaluació, inclosa la descripció metodològica, els mecanismes de protecció de dades i les garanties ètiques.

5. METODOLOGIA I DISSENY DEL PROJECTE.

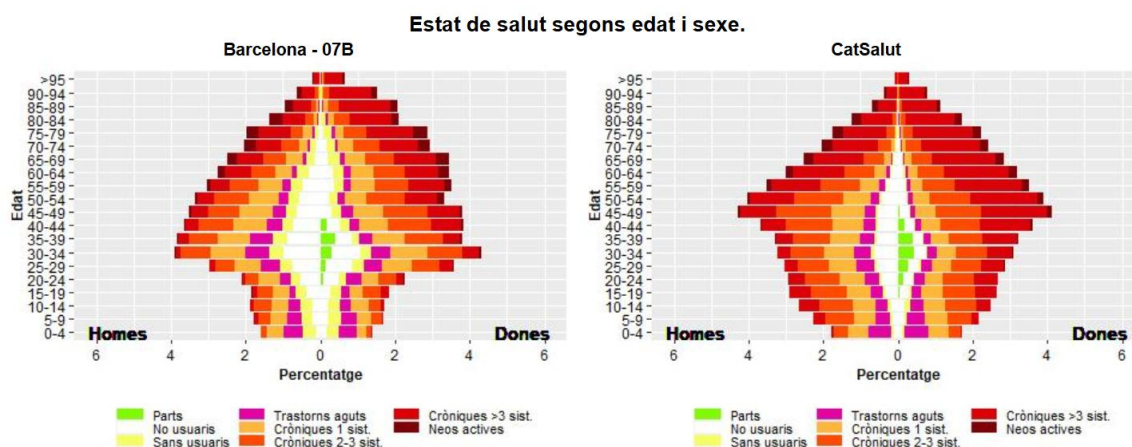
5.1 Context on es desenvoluparà el projecte.

El projecte es desenvoluparà al centre d'atenció primària EAP Sardenya. L'EAP Sardenya és un EBA (Entitat de Base Associativa). El model EBA es va implementar a alguns CAPs de Catalunya l'any 1996 i es basa en la gestió autònoma dels centres d'atenció primària per part dels professionals sanitaris, amb l'objectiu de millorar l'eficiència, la qualitat assistencial i la satisfacció tant dels pacients com dels professionals. Les característiques principals del model EBA són: (39) (40) (41)

- Gestió autònoma: els professionals sanitaris gestionen directament els recursos i l'organització del centre, assumint responsabilitats econòmiques i de gestió.
- Finançament públic: tot i que la gestió és autònoma, el finançament prové del Servei Català de la Salut (CatSalut), garantint l'accés universal i equitatiu als serveis. Aquest finançament està subjecte a un contracte,
- Foment de la implicació professional: aquest model busca augmentar la implicació dels professionals en la presa de decisions i en la qualitat del servei ofert.
- Eficiència i sostenibilitat: es promou una gestió més eficient dels recursos, amb un enfocament en la resolució de problemes i la prevenció.

L'EAP Sardenya és una àrea bàsica urbana situada a Barcelona. Atén una població de 20.432 habitants, amb un 54% de dones (Catsalut 50,6%). L'índex de sobreenvelliment és de 23,2 (Catsalut 16,9) i un 21,5% de població estrangera (Catsalut 19,4%). L'índex de morbiditat (pes mitja de GMA) és de 21,7 (Catsalut 23,4) i la mortalitat (per 1000 hab.) d'11 (Catsalut 8). (Font: MSIQ 2024).

Trabajo de Fin de Máster



L'EAP Sardenya és un dels 27 centres seleccionats a Catalunya com a Centre de Salut Integral de Referència (CSIR). Des de l'any 2021 hi treballen assistents clínics, i ja s'ha dut a terme un estudi que n'ha demostrat la utilitat (42).

5.2 Disseny de Projecte.

El projecte consistirà en un estudi quasiexperimental abans-després. En l'estudi es farà un descriptiu inicial amb un tall transversal dels indicadors. Una intervenció que consistirà en un projecte pilot del nou sistema de citació amb els pacients que pertanyen a 2 contingents, durant un període de 6 mesos. Finalment, es realitzarà un descriptiu final amb un altre tall transversal dels indicadors i la posterior comparació de les dades. Durant el període d'intervenció es farà un seguiment dels indicadors.

El disseny quasiexperimental abans-després ha estat escollit per la seva idoneïtat en entorns assistencials reals, on no és viable una aleatorització estricta. Aquesta metodologia permet avaluar l'impacte del nou sistema de citació mantenint la dinàmica habitual del centre. Les dades seran analitzades mitjançant tècniques estadístiques descriptives i inferencials, es compararan els indicadors abans i després de la intervenció. Les enquestes ad hoc han estat revisades per experts del centre per garantir la seva comprensibilitat i fiabilitat.

Trabajo de Fin de Máster

5.3 Diagnòstic de la situació inicial.

Amb l'objectiu d'identificar els elements clau que configuren la situació de partida abans d'implantar un nou model de citació al CAP, es presenta a continuació una anàlisi DAFO (Debilitats, Amenaces, Fortaleses i Oportunitats). Aquesta eina permet fer una valoració global tant dels factors interns com dels externs que poden influir en l'èxit del projecte.

DAFO:

Fortaleses

- Autonomia de gestió gràcies al model EBA, que facilita l'adaptació als canvis.
- Equip implicat, amb experiència en innovació i gestió de projectes.
- Treball interdisciplinari consolidat entre metges, infermeres i administratius.
- Coneixement profund de la població assignada, que permet personalitzar l'atenció i organitzar els circuits de manera adient.
- Implementació prèvia de la figura de l'assistent clínic i del filtratge de demandes.
- Historial d'innovació del centre, que afavoreix l'acceptació de nous models.
- Identificació clara de les disfuncions del sistema actual de citació.

Debilitats

- Manca de feedback estructurat dels usuaris sobre la qualitat percebuda del sistema actual.
- Sensació de poca accessibilitat per part dels pacients amb el model de citació en vigor.
- Diversitat de canals de contacte (telèfon, missatgeria, presencial) que poden generar confusió.

Trabajo de Fin de Máster

- El sistema de filtratge vigent no està sistematitzat ni és homogeni entre els diferents professionals.
- Càrrega de treball elevada per al metge en el model assistencial present.
- Manca de protocols clars per prioritzar o derivar les sol·licituds de visites.
- Possible resistència al canvi dins l'equip.
- Regulació insuficient de la figura de l'assistent clínic.

Oportunitats

- Millora de la satisfacció d'usuaris i professionals.
- Integració de tecnologies digitals per agilitzar la gestió de citacions.
- Possibilitat de copiar el model en altres centres de primària.
- Bon suport institucional a iniciatives d'eficiència i transformació digital dins el marc CAIROS.
- Disponibilitat de formació contínua per facilitar la transició.
- Impuls cap a una atenció proactiva i centrada en la persona.

Amenaces

- Augment constant de la demanda assistencial.
- Existeix el risc que els pacients mostrin reticències envers el nou model si no es fa una comunicació clara i efectiva, especialment en cas que inclogui recursos tecnològics que puguin accentuar la bretxa digital.
- Saturació dels canals de cita directa, si no es preveu un bon sistema de triatge.
- Limitacions de finançament per implementar els canvis estructurals i de personal.
- Canvis legislatius o normatius que puguin afectar la implementació del projecte.
- Risc de generar desigualtats, si el model no és inclusiu.

Trabajo de Fin de Máster

5.4 Indicadors.

Per tal de valorar l'impacte del nou model de citació personalitzada i proactiva, s'han definit una sèrie d'indicadors que permeten mesurar tant el procés com els resultats de la intervenció. Aquests indicadors han estat seleccionats en funció dels objectius específics del projecte i s'estructuren en dues categories: **indicadors de procés**, que reflecteixen el funcionament operatiu del sistema durant la seva implementació, i **indicadors de resultat**, que permeten avaluar els efectes sobre la satisfacció, l'accessibilitat i els resultats de salut.

La recollida sistemàtica d'aquests indicadors, abans, durant i després de la intervenció, és clau per garantir una avaluació rigorosa i objectiva del projecte, i per identificar les millores assolides, les limitacions detectades i les oportunitats de consolidació del model.

A/ Indicadors de procés:

- Temps d'espera per una visita presencial.
- Temps d'espera per una visita virtual.
- Nombre de visites estalviades per citació directa.
- Nombre de visites estalviades per derivació a altres professionals.
- Nombre de visites estalviades per resolució administrativa
- Nombre de citacions proactives.
- Nombre d'incidències.
- Nombre de reclamacions relacionades amb el nou procés de citació.

B/ Indicadors de resultat:

- Satisfacció de l'usuari
- Satisfacció del professional.
- % de pacients amb control adequat de DM2
- % de pacients amb control adequat de HTA
- % de pacients amb MPOC diagnosticada "de novo"

Trabajo de Fin de Máster

- % de cribatge realitzat de consum d'alcohol
- % de cribatge realitzat de consum de tabac

5.5 Fases del treball i accions a realitzar.

A/ Fase 1. Avaluació basal dels diferents indicadors.

B/ Fase 2. Elaboració del nou protocol de citació i formació del personal.

C/ Fase 3. Desenvolupament del programa pilot durant 6 mesos.

D/ Fase 4. Monitoratge del pilot.

E/ Fase 5. Avaluació final dels resultats del programa pilot.

***Nota metodològica:** Tot i que en aquest treball s'utilitza el terme "fase" per estructurar les accions del projecte, cal destacar que aquestes no responen necessàriament a una seqüència estrictament lineal. Algunes accions es poden encavalcar en el temps o desenvolupar-se de manera simultània, tal com s'evidencia en el cronograma descrit posteriorment. L'ús del concepte fase s'ha mantingut per facilitar la comprensió del procés d'intervenció i per alinear-lo amb la lògica temporal pròpia dels estudis quasiexperimentals abans-després, tot preservant la flexibilitat operativa del projecte.*

FASE 1. AVALUACIÓ BASAL DELS INDICADORS.

En aquesta fase es recolliran les dades inicials que permetran establir el punt de partida del projecte i posteriorment comparar els resultats obtinguts. Les accions a realitzar inclouen:

- **Enquesta de satisfacció als professionals** sanitaris i no sanitaris sobre el model de citació vigent, mitjançant qüestionaris ad hoc diferenciats (ANNEX 2 i ANNEX 3).
- **Enquesta de satisfacció** a una mostra (ANNEX 4), dels **usuaris** dels contingents seleccionats, enviada per SMS amb opció de resposta en català o castellà (ANNEX 5).

Trabajo de Fin de Máster

- Recollida de dades clíniques i organitzatives dels dos contingents i generals del centre:
 - Temps d'espera per a visites presencials i virtuals.
 - Indicadors de cribatge de consum de tabac i alcohol (EQUA).
 - Resultats relacionats amb el diagnòstic de MPOC i amb el grau control de DM2 i HTA (EQUA).

FASE 2. PREPARACIÓ DEL PROTOCOL I FORMACIÓ.

Aquesta fase té com a objectiu preparar el desplegament del programa pilot. Les accions que s'inclouen:

- **Elaboració del protocol de citació**, revisat per professionals assistencials i no assistencials participants, la direcció del centre i la cap d'atenció a l'usuari.
- **Sessions de formació** als assistents clínics que participaran en el pilot. Aquesta formació l'impartiran, entre altres professionals, els assistents clínics sèniors del centre que ja participen com a docents al curs d'Assistents Clínics de l'IFMIL.
- **Comunicació personalitzada** (mitjançant carta i/o correu electrònic) adreçada als usuaris dels dos contingents que participaran en el programa pilot. El missatge informarà que formen part d'un projecte de prova relacionat amb el sistema de citació, que disposaran d'un assistent clínic de referència (s'indicarà qui serà) i que, a partir d'aquell moment, hauran de sol·licitar les visites no urgents amb la seva metgessa de família seguint el nou procediment establert.

FASE 3. IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA PILOT

Durant sis mesos, s'aplicarà el nou sistema de citació als dos contingents seleccionats. Les accions que inclourà són:

Trabajo de Fin de Máster

- **Sessió informativa** amb tot el personal del centre per presentar el programa pilot i resoldre possibles dubtes.
- **Implementació del nou sistema de citació**, amb l'estructura següent:
 1. Quan l'usuari sol·liciti una visita no urgent amb la seva metgessa, contactarà amb l'assistent clínic de referència. Els canals disponibles seran: presencialment (amb un horari preestablert), per telèfon (també amb horari preestablert) i per correu electrònic o missatgeria. També podrà deixar l'encàrrec a altres administratius perquè l'assistent contacti amb ell.
 2. L'assistent clínic avaluarà el motiu de la visita (seguint el protocol establert i/o amb l'ajuda d'alguna eina digital) i programarà la visita segons la prioritat a l'agenda del metge. Aquesta visita podrà ser presencial, telefònica o virtual. En alguns casos, es podrà derivar a un altre professional sanitari o, si es tracta d'una consulta burocràtica (sol·licitud de PAO, ambulància...), l'assistent la podrà resoldre directament.
 3. L'assistent aprofitarà el contacte amb l'usuari per detectar si hi ha tasques pendents relacionades amb el seguiment de pacients crònics o activitats preventives, i les programarà de manera proactiva amb el professional corresponent.
- **Espai de coordinació diari** entre l'assistent i el metge assignat per decidir, en cas de dubtes, la prioritat o el tipus de visita, i poder programar-la en un segon moment.
- **Adaptació de les agendes** al nou sistema de citació, personalitzant-les per ajustar-se a aquesta activitat i a la manera de treballar de cada professional.
- **Registre de visites virtuals** estalviades al metge per part de l'assistent clínic, indicant si han estat resoltes per citació directa presencial, derivació a altres professionals o resolució directa per part de l'administratiu.

Trabajo de Fin de Máster

- **Registre de citacions proactives** creades per l'assistent clínic, relacionades amb protocols de patologies cròniques i activitats preventives.

FASE 4. MONITORATGE DEL PILOT.

Aquesta fase es desenvolupa en paral·lel a la implementació i té com a objectiu detectar i corregir possibles disfuncions. Les accions que s'inclouen són:

- **Registre d'incidències derivades** del nou sistema de citació, recollides pels administratius i possibles **reclamacions d'usuaris** relacionades amb el nou sistema.
- **Mesura mensual** dels indicadors clau:
 - Temps d'espera.
 - Visites estalviades.
 - Citacions proactives.
 - Indicadors clínics (tabac, alcohol, DM2, HTA, MPOC).

FASE 5. AVALUACIÓ FINAL.

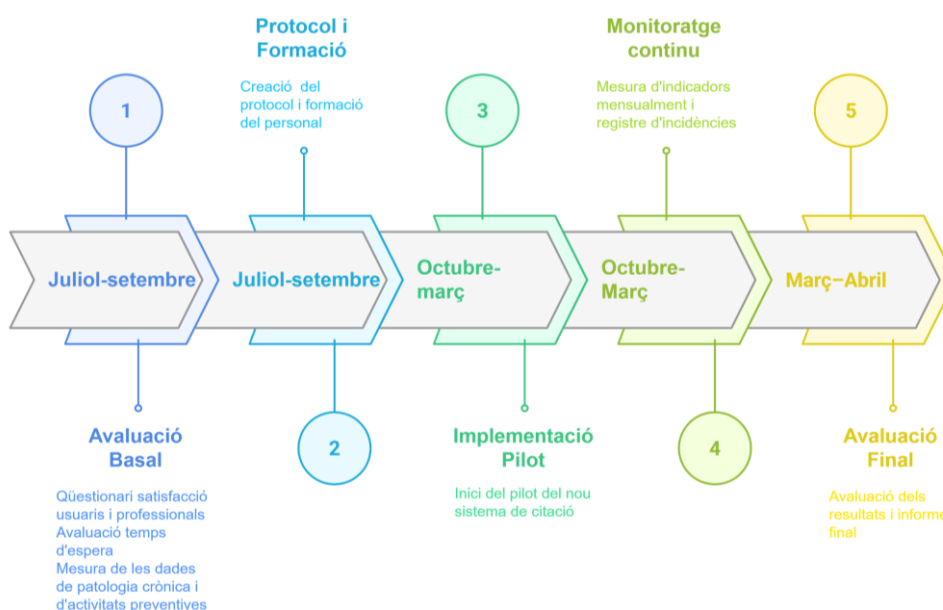
En aquesta fase es farà l'avaluació dels resultats del programa pilot de citació. Les accions que es realitzaran seran:

- Recollida de dades clíniques i organitzatives dels dos contingents i generals del centre:
 - Temps d'espera per a visites presencials i virtuals.
 - Visites estalviades.
 - Citacions proactives.
 - Indicadors de cribatge de consum de tabac i alcohol (EQUA).
 - Resultats relacionats amb el diagnòstic de MPOC i amb el grau control de DM2 i HTA (EQUA).
- **Enquesta de satisfacció als professionals** sanitaris i no sanitaris. Es realitzarà el mateix qüestionari que a l'inici (ANNEX 2 i 3).

Trabajo de Fin de Máster

- **Enquesta de satisfacció als usuaris** (mostra) dels 2 contingents que han participat en el pilot. Es passarà per SMS el mateix qüestionari inicial (ANNEX 5).
- **Recollida final del nombre d'incidències i de reclamacions** relacionades amb el nou procés de citació.
- **Comparació dels resultats obtinguts** entre la situació basal i la final.
- **Elaboració d'un informe** amb tots els resultats.

5.6 Cronograma:



6. MEMÒRIA ECONÒMICA.

La present memòria econòmica té com a objectiu justificar la viabilitat i l'impacte del projecte de millora en la gestió de la demanda assistencial a l'EAP, mitjançant la implementació d'un sistema de citació proactiva i criteris clínics automatitzats. Aquesta iniciativa sorgeix com a resposta a l'elevada pressió assistencial observada durant l'any 2024, i pretén optimitzar els recursos disponibles, millorar

Trabajo de Fin de Máster

l'eficiència del circuit de visites i incrementar la qualitat percebuda per part dels usuaris.

La memòria s'estructura en els següents apartats:

- **Activitat assistencial de referència:** s'analitzen les dades de volum de visites fetes per l'equip mèdic durant l'any 2024, com a base per dimensionar el projecte.
- **Costos contemplats:** es detallen les partides econòmiques associades al projecte, incloses les despeses de la dedicació parcial de recursos humans, la formació, l'adaptació de sistemes i la comunicació.
- **Estalvi estimat a mitjà termini:** s'estima l'impacte econòmic positiu derivat de la reducció de visites innecessàries, l'optimització del temps clínic i la millora administrativa.
- **Conclusions econòmiques:** es presenta una valoració global de la inversió, el retorn esperat i la sostenibilitat del model.

6.1 Activitat assistencial de referència.

Durant l'any 2024, el volum total de visites mèdiques fetes per metges de família a l'EAP ha estat de:

- **Visites presencials:** 35.316
- **Visites virtuals:** 50.238
- **Total visites:** 85.554

6.2 Costos contemplats.

PARTIDA	DESCRIPCIÓ	COST ESTIMAT (€)
Recursos humans (cost imputat)	70% de la jornada anual de 2 assistents clínics (dedicació al projecte)	33.600
Formació del personal	2 sessions formatives (2 x 300 €)	600

Trabajo de Fin de Máster

PARTIDA	DESCRIPCIÓ	COST ESTIMAT (€)
Adaptació de protocols i eines digitals	Desenvolupament de protocols interns de citació. Adaptació de sistemes informàtics bàsics.	3.500
Materials de comunicació	Mailing, cartes i enviament d'SMS	1.800
Seguiment i avaluació	Coordinació i recollida de resultats (50 h x 30 €/h)	1.500
TOTAL ESTIMAT DEL PROJECTE		40.900

El cost imputat dels assistents clínics reflecteix la dedicació parcial de recursos ja existents. No implica nova contractació, però s'inclou per transparència i valoració real del recurs.

6.3 Estalvi estimat a mitjà termini.

La implementació del nou model de citació, basat en criteris clínics automatitzats i una gestió proactiva de l'agenda, es preveu que generi **estalvis indirectes i eficiència operativa** a partir del segon any de desplegament. A més de l'impacte immediat en la reducció de visites innecessàries, el projecte comporta beneficis en la gestió del temps clínic, la simplificació administrativa i, especialment, en la millora de la salut de la població atesa.

Els estalvis estimats es desglossen en les següents línies:

- **Reducció de visites innecessàries.** Es calcula una disminució del 8% en visites presencials estalviades, equivalent a **2.825 visites anuals**. Aquesta reducció prové de l'ús de criteris clínics en la citació, que permeten derivar cap a canals alternatius o evitar duplicacions.
 - ✓ **Estalvi estimat:** 2.825 visites x 25 €/visita = **70.625 €**
- **Millora en la gestió del temps clínic.** L'optimització de l'agenda mèdica permet alliberar temps assistencial, amb un guany estimat de 150 hores

Trabajo de Fin de Máster

anuals, que poden ser reassignades a casos de major complexitat o a tasques de valor afegit.

✓ **Estalvi en temps clínic:** 150 h x 40 €/h = **6.000 €**

- **Reducció de duplicacions administratives.** La citació proactiva minimitza errors en la programació, reprogramacions i consultes duplicades, simplificant els circuits interns i reduint la càrrega administrativa.

✓ **Estalvi estimat:** **2.000 €**

- **Millores en salut.** L'atenció més precoç i adequada, facilitada per la nova gestió de la demanda, contribueix a evitar complicacions, reduir derivacions a especialitzada i disminuir l'ús de serveis d'urgències. Aquesta millora en salut té un impacte econòmic indirecte però rellevant.

✓ **Estalvi estimat per millores en salut:** **9.500 €**

TIPUS D'ESTALVI	CÀLCUL ESTIMAT	IMPORT (€)
Reducció de visites innecessàries	2.825 visites estalviades x 25 €/visita	70.625
Optimització del temps clínic	150 h alliberades x 40 €/h	6.000
Millora administrativa	Simplificació de circuits i tasques	2.000
Millores en salut	Reducció de complicacions i derivacions	9.500
TOTAL ESTALVI ESTIMAT ANUAL		88.125

6.4 Conclusions econòmiques.

Amb una inversió inicial de **40.900 €**, el projecte genera un **estalvi anual de 88.125 €**, fet que permet recuperar la inversió en menys d'un any. Aquest estalvi prové de la reducció de visites innecessàries, la millora del temps clínic i la simplificació administrativa.

Trabajo de Fin de Máster

El model proposat és rendible, escalable i alineat amb les estratègies del sistema sanitari, amb un impacte positiu tant econòmic com assistencial.

7. RESULTATS ESPERATS.

Amb la implementació del nou model de citació personalitzada i proactiva gestionada per assistents clínics, s'esperen obtenir una sèrie de resultats positius tant en l'àmbit organitzatiu com assistencial:

- **Millora de l'accessibilitat i prioritització de l'atenció.** S'espera reduir els temps d'espera per a l'atenció no urgent, millorant l'accessibilitat real dels pacients als serveis assistencials i prioritizant adequadament els casos segons la seva gravetat o necessitat clínica.
- **Reducció de la càrrega burocràtica dels professionals sanitaris.** Amb la intervenció de l'assistent clínic en la gestió de les citacions i en tasques administratives associades, es preveu una disminució significativa del nombre de visites innecessàries i una optimització del temps dels professionals sanitaris, cosa que els permet centrar-se en l'activitat clínica de major valor afegit.
- **Increment de la proactivitat en el seguiment de pacients crònics i activitats preventives.** Es preveu un augment en la programació proactiva de visites de seguiment de patologies cròniques i en la realització d'activitats preventives, com ara controls analítics, revisions anuals i cribratges de salut, contribuint així a una millor continuïtat i qualitat assistencial.
- **Millora de la satisfacció dels pacients i dels professionals.** El nou model de gestió de citacions té com a objectiu incrementar la satisfacció dels pacients, gràcies a una atenció més personalitzada, ordenada i resolutiva. Igualment, s'espera una millora en la satisfacció dels professionals sanitaris, per la reducció de la sobrecàrrega i una organització més eficient del seu temps de treball.

Trabajo de Fin de Máster

- **Major eficiència en la utilització dels recursos disponibles.** S'espera una optimització dels recursos humans i materials del centre, gràcies a una millor gestió de la demanda i a una distribució més equilibrada de les tasques entre assistents clínics i professionals sanitaris.
- **Obtenció de dades preliminars per avaluar la viabilitat del model.** Durant el període pilot, es preveu obtenir dades preliminars sobre l'efectivitat i la viabilitat del nou sistema, que permetin identificar punts forts, aspectes a millorar i oportunitats de consolidació i expansió del model a altres àmbits.

En resum, els resultats esperats apunten cap a un sistema de citació més eficient, personalitzat i orientat a la millora contínua, amb un impacte positiu tant en la qualitat de l'atenció com en la satisfacció i benestar dels usuaris i professionals.

Resultat esperat	Indicador associat
Reducció dels temps d'espera per a l'atenció no urgent	Temps mitjà d'espera (dies) per a visites presencials i virtuals
Disminució de visites innecessàries o burocràtiques	Nombre de visites desviades o resoltes per assistents clínics o altres professionals
Increment de la citació proactiva per seguiment de crònics i activitats preventives	Nombre de citacions generades proactivament segons protocols establerts
Millora de la satisfacció dels pacients	Resultats de l'enquesta de satisfacció dels usuaris
Millora de la satisfacció dels professionals sanitaris	Resultats de l'enquesta de satisfacció dels professionals
Optimització dels recursos i distribució de tasques	Anàlisi qualitativa de càrrega de treball dels professionals (autoavaluació o registre intern)
Obtenció de dades preliminars sobre viabilitat	Informes d'avaluació del projecte pilot a 6 mesos

Trabajo de Fin de Máster

8. RESULTATS PARCIALS (FASE 1).

De la realització dels qüestionaris a professionals tant assistencials com no assistencials s'han obtingut els resultats següents:

8.1 Resultats del Qüestionari als professionals assistencials.

Es va enviar el qüestionari (ANNEX 2) a 13 metges/ses i es va obtenir una taxa de resposta del 76%. El grau de satisfacció del sistema actual va ser que el 40% estaven satisfets o molt satisfets amb el sistema actual i un 40% molt insatisfets. La resta va respondre el grau de satisfacció neutral. (Resta de respostes a l'ANNEX 6)

8.2 Resultats del Qüestionari als professionals no assistencials.

Es va enviar el qüestionari (ANNEX 3) a 9 assistents clínics i es va obtenir una taxa de resposta del 100%. El grau de satisfacció del sistema actual va ser que el 70% estaven satisfets. La resta va respondre el grau de satisfacció neutral. (Resta de respostes a l'ANNEX 6)

9. DISCUSSIÓ.

9.1 Discussió general.

Els resultats esperats i el model proposat permeten obrir una reflexió sobre com avançar cap a un sistema més eficient, accessible i equitatiu en l'atenció primària. El model de citació personalitzada i proactiva plantejat s'emmarca plenament dins els valors fonamentals de l'atenció primària (4), i ofereix una resposta innovadora, centrada en la persona, que combina eficiència organitzativa amb una millora de l'experiència assistencial tant de pacients com de professionals.

Un dels aspectes més destacats del model és la seva capacitat per incidir en diversos pilars estructurals de l'atenció primària. En termes d'**accessibilitat**, el

Trabajo de Fin de Máster

sistema millorarà no només els temps d'espera, sinó també la qualitat i adequació de la resposta assistencial (43), prioritzant els casos segons motius clínics. Pel que fa a la **longitudinalitat**, la designació d'un assistent clínic de referència potenciarà una relació estable i personalitzada (5), reforçant la continuïtat en pacients crònics o amb necessitats complexes.

Des d'una perspectiva d'**integralitat**, el model aglutinaria la gestió de citacions amb l'activació de protocols preventius (9) i de control de crònics, oferint una atenció més holística. Aquesta visió global facilita la detecció de necessitats no cobertes i l'activació de recursos de manera coordinada. Pel que fa a la **coordinació**, el model contribueix a una millor distribució de la càrrega assistencial, redirigint la demanda cap al professional més adequat i reduint la fragmentació.

Un altre element rellevant és la seva contribució a combatre les **cures inverses**. Mitjançant la programació activa i el seguiment personalitzat, s'afavoreix un accés més efectiu dels pacients vulnerables (44). Aquest enfocament millora l'equitat i contribueix a una atenció més justa i eficient.

El model també aposta per una atenció més humana i estructurada, alliberant el pacient de la necessitat d'una proactivitat constant per accedir als serveis. Això pot tenir un impacte positiu en la satisfacció percebuda i la confiança en el sistema.

Pel que fa als professionals, el projecte ofereix una via clara per reduir la burocratització i millorar l'eficiència en l'ús del temps clínic (39), aspectes clau per a la seva satisfacció i benestar. A més, la incorporació d'elements de transformació digital i la possible aplicació d'eines d'intel·ligència artificial (38) fan que el model sigui escalable i adaptable a altres entorns.

En definitiva, el model proposat esdevé coherent amb els valors i objectius del sistema sanitari i ofereix una base sòlida per a la seva implementació. Tot i que

Trabajo de Fin de Máster

caldrà validar-lo amb els resultats del pilot, representa una iniciativa prometedora per avançar cap a una atenció primària més centrada en la persona, més eficient i més equitativa.

9.2 Fortaleses del projecte.

El model de citació personalitzada i proactiva presenta múltiples fortaleses amb potencial d'impacte positiu en l'àmbit assistencial, organitzatiu i estratègic. En primer lloc, respon a una necessitat real: millorar la gestió de la demanda no urgent. Aquesta necessitat afecta directament l'accessibilitat, la qualitat assistencial i la sostenibilitat dels equips (45) (46). El model planteja una solució que permet alinear millor els recursos disponibles amb les necessitats clíniques dels pacients.

La incorporació de la figura de l'assistent clínic com a gestor actiu de citacions és una altra de les principals fortaleses. Aquesta figura facilita la redistribució de tasques, alliberant els professionals sanitaris de càrrega burocràtica i millorant la fluïdesa dels circuits assistencials (39) (42).

La proposta de citació per motius amb enfocament proactiu trenca amb el model reactiu clàssic, i això permet una millor prioritització segons criteris clínics i fomentant l'atenció anticipada, especialment en pacients amb patologies cròniques. Aquesta personalització i continuïtat assistencial reforça la relació entre pacient i sistema de salut, millorant la satisfacció i l'adherència (47) (48) (49).

A més, el model incorpora una mirada de personalització i longitudinalitat: cada pacient té un referent específic (l'assistent clínic), cosa que reforça la relació continuada amb el sistema i millora la coordinació amb l'equip sanitari. Aquesta continuïtat contribueix tant a l'eficàcia clínica com a la satisfacció dels usuaris (48) (50) (51).

Trabajo de Fin de Máster

Una altra fortalesa és el potencial del model per reduir les cures inverses. El seguiment actiu i la capacitat de detectar necessitats no expressades facilita l'atenció a col·lectius vulnerables, millorant l'equitat i la justícia social dins el sistema sanitari (24) (52) (53).

Pel que fa a la viabilitat estratègica i institucional, el projecte es troba clarament alineat amb les prioritats i línies estratègiques definides en els principals marcs de planificació sanitària:

- El **Pla de Salut de Catalunya 2021–2025**, que promou una atenció més resolutiva, propera i centrada en la persona, i que destaca la necessitat de reforçar l'accessibilitat i l'eficiència del primer nivell assistencial (43).
- El **marc CAIROS** recomana explícitament la incorporació de nous perfils professionals com l'assistent clínic, la potenciació del treball interdisciplinari i l'ús d'eines digitals per millorar la gestió de la demanda (38) (54).
- Els **Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)** de l'Agenda 2030, especialment els relacionats amb la salut i el benestar (ODS 3), la igualtat (ODS 10) i la innovació institucional (ODS 16), donat que el projecte promou una atenció més equitativa, eficient i humanitzada (55).

Línies estratègiques del projecte	Pla de Salut 2021–2025	Marc CAIROS	Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)
Personalització de la citació per motius	Línia 1: Atenció centrada en la persona	Accés i satisfacció	 
Citació proactiva i seguiment de pacients crònics	Línia 3: Impuls de l'atenció primària Línia 5: Eficiència i sostenibilitat	Qualitat assistencial	 
Incorporació de l'assistent clínic per desburocratitzar i optimitzar temps	Línia 6: Lideratge i governança professional	Autonomia organitzativa UBA ampliada	 

Trabajo de Fin de Máster

Línies estratègiques del projecte	Pla de Salut 2021–2025	Marc CAIROS	Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)
Millora de l'accessibilitat i reducció de demores	Línia 3: Reforç de l'accessibilitat en l'AP	Accés i satisfacció	 
Avaluació per indicadors i millora contínua	Línia 4: Transformació digital i dades per la decisió	Qualitat assistencial	 
Enfocament preventiu i promoció de la salut	Línia 1: Promoció i prevenció centrada en la persona	Promoció i Prevenció	
Ús de canals digitals i IA per a la gestió de la demanda	Línia 4: Transformació digital	Tecnologia i IA	

Aquesta alineació, no només legitima el projecte, sinó que facilita la seva acceptació institucional, reproductibilitat i escalabilitat en altres entorns assistencials, convertint-lo en una proposta amb capacitat transformadora dins el sistema sanitari.

9.3 Limitacions del projecte.

Tot i les forteses, el projecte presenta algunes limitacions que cal tenir en compte. Una d'elles és la **dependència del factor humà**. La implicació i formació dels assistents clínics i la predisposició del personal sanitari són crucials per garantir una implementació eficaç del model (56) (57).

Una altra limitació és la **percepció d'inaccessibilitat** que podria generar-se entre els pacients si es considera que la figura de l'assistent clínic actua com a barrera d'accés al metge. Aquesta sensació es podria mitigar amb una bona comunicació i educació sanitària (56) (58) (59).

També cal destacar la **manca de regulació formal de la figura de l'assistent clínic**, fet que pot generar incerteses legals en relació amb les seves funcions i accés a dades sensibles. Tot i que existeixen iniciatives per reconèixer aquest

Trabajo de Fin de Máster

perfil professional com l'acord de govern d'aquest juliol (ANNEX 1), però encara no hi ha un marc normatiu consolidat.

La **durada limitada** del projecte pilot (sis mesos) pot no ser suficient per obtenir resultats robustos en salut o canvis estructurals profunds. A més, es requereix una **inversió inicial** en formació i sistemes digitals que pot ser una barrera per a altres centres amb menys recursos. (60)

Finalment, la diversificació de tasques de l'assistent clínic podria comportar **risc de sobrecàrrega** si no es regula i distribueix adequadament. Tot i això, la identificació anticipada d'aquestes limitacions permet establir mecanismes correctors i d'adaptació del model.

9.4 Experiències similars en altres entorns.

El model de citació personalitzada i proactiva gestionada per assistents clínics que es proposa en aquest projecte no parteix de zero, existeixen d'experiències i models que ja han estat provats en altres contextos sanitaris, tant internacionals com locals, els quals aporten referents útils per valorar-ne la viabilitat i el potencial impacte.

Experiències internacionals:

1. Regne Unit – Healthcare Assistants (HCAs).

Al sistema de salut britànic (NHS), la figura del *Healthcare Assistant* està àmpliament implementada dins l'atenció primària. Aquests professionals, sense titulació universitària, assumeixen tasques de suport clínic i administratiu, com ara presa de constants, seguiment de pacients crònics i suport en la gestió de la demanda. Diversos estudis mostren que:

- Els HCAs contribueixen a millorar l'accessibilitat i fluïdesa del sistema.
- Redueixen la càrrega administrativa dels metges generals (GPs).

Trabajo de Fin de Máster

- Milloren la satisfacció dels professionals i, en alguns casos, també la dels pacients, especialment quan actuen com a figura estable de suport dins l'equip assistencial.

Tot i que no participen directament en la gestió de citacions, la seva capacitat d'assumir funcions complementàries en el circuit assistencial els fa comparables al perfil d'assistent clínic proposat en aquest projecte (61) (62) (63) (64).

2. Estats Units – Medical Assistants (Mas) i Patient-Centered Medical Home (PCMH).

Als Estats Units, dins del model *Patient-Centered Medical Home*, els *Medical Assistants* tenen un rol actiu en la coordinació de cures, gestió de poblacions i seguiment preventiu. En molts casos:

- Són responsables de recordar al pacient proves preventives pendents.
- Programes com el *Teamlet Model* han demostrat que el treball col·laboratiu entre metge i assistent pot millorar l'experiència assistencial, especialment en poblacions complexes o amb baixa adherència.
- Amb formació específica, poden fer tasques de *coaching* en autocura o acompanyament a pacients crònics.

Aquest model posa en relleu la importància de disposar de figures intermèdies per millorar la coordinació i la personalització de l'atenció, aspectes que són centrals en el model de citació proposat (65) (66) (67) (68) (69).

Experiència a Catalunya:

Hospital Sant Joan de Déu – Assistents clínics en processos administratius postvisita.

Localment, l'Hospital Sant Joan de Déu ha dut a terme experiències pilot en les quals assistents clínics assumeixen funcions de suport administratiu després de les visites mèdiques. Aquestes tasques inclouen:

Trabajo de Fin de Máster

- Coordinació de proves i visites de seguiment.
- Resolució de gestions burocràtiques (tràmits, autoritzacions).
- Comunicació amb el pacient.

Els resultats preliminars indiquen una bona acceptació per part dels professionals, una percepció positiva per part dels pacients i, una millora en l'eficiència dels circuits. Aquest cas demostra la viabilitat d'introduir figures de suport que operin com a pont entre professionals i pacients, aspecte fonamental també en aquest projecte (66) (70).

Aquestes experiències confirmen que la introducció de figures de suport no només és factible, sinó que pot ser altament beneficiosa per millorar l'eficiència, l'accessibilitat i la qualitat percebuda en l'atenció primària. Tanmateix, també indiquen la necessitat de:

- Definir clarament les competències i límits professionals.
- Garantir la formació específica.
- Establir mecanismes d'avaluació i supervisió continuada.

9.5 Perspectives de futur.

Si els resultats del projecte pilot confirmen les hipòtesis plantejades, el model de citació personalitzada i proactiva té un alt potencial de consolidació i expansió.

A curt termini, es podria estendre a tota la població assignada del centre, amb un sistema d'avaluació contínua basat en indicadors de qualitat.

A mig termini, el model seria reproduïble en altres equips, sempre que s'adapti a les particularitats de cada entorn. Serà clau disposar d'un suport institucional ferm i d'una regulació clara de la figura de l'assistent clínic. També caldrà invertir en formació específica i continuada, així com incorporar progressivament tecnologies digitals i eines d'intel·ligència artificial per automatitzar parts del procés, mantenint sempre l'equilibri amb la dimensió humana de l'atenció. Un aspecte rellevant és la

Trabajo de Fin de Máster

seva viabilitat econòmica, que reforça la sostenibilitat del projecte i en facilita l'escalabilitat. La capacitat d'optimitzar recursos i millorar l'eficiència assistencial el converteix en una proposta atractiva en contextos de pressió sanitària.

A llarg termini, caldrà estudiar l'impacte sobre els resultats de salut, l'equitat i la sostenibilitat del sistema. Si el model contribueix a reduir les cures inverses, millorar el seguiment dels pacients crònics i optimitzar els recursos, podria esdevenir una eina clau en la transformació de l'atenció primària a Catalunya.

10. CONCLUSIONS.

Aquest projecte proposa un nou model de gestió de la demanda no urgent a l'atenció primària, basat en un sistema de **citació personalitzada i proactiva**, gestionat per **assistents clínics**. L'objectiu principal és millorar l'accessibilitat, optimitzar l'ús dels recursos professionals i incrementar la satisfacció tant dels usuaris com dels professionals sanitaris.

El model s'alinea amb els valors fonamentals de l'atenció primària — **accessibilitat, longitudinalitat, integralitat, coordinació i continuïtat**— i dona resposta als reptes actuals del sistema: demores, sobrecàrrega professional, burocratització i ineficiència en la gestió de les agendes.

Les principals aportacions del projecte són:

- La incorporació de la figura de l'assistent clínic, que facilita la redistribució de tasques i allibera temps als professionals sanitaris.
- El disseny d'un sistema de citació per motius, amb visió proactiva, que permet una priorització clínica més efectiva i fomenta el seguiment de pacients crònics.
- La capacitat del model per reduir les cures inverses, afavorint una atenció més equitativa i centrada en les necessitats reals dels pacients.

Trabajo de Fin de Máster

- La millora esperada en indicadors de qualitat assistencial, com la reducció dels temps d'espera, l'augment de la resolució i la satisfacció dels usuaris i professionals.

A més, el projecte ha demostrat una elevada viabilitat econòmica, fet que reforça la seva sostenibilitat i potencial d'escalabilitat. La capacitat d'optimitzar recursos i generar estalvi estructural el converteix en una proposta estratègica en un context de pressió assistencial.

Tot i les limitacions identificades —com la manca de regulació formal del perfil professional, la necessitat de formació específica i els reptes organitzatius—, aquestes poden ser abordades amb protocols clars, suport institucional i un desplegament progressiu.

En definitiva, el model de citació personalitzada i proactiva representa una proposta transformadora, viable i alineada amb els principis de l'atenció primària. El seu desenvolupament pot esdevenir una peça clau en la millora de l'eficiència, l'equitat i la qualitat assistencial, amb capacitat de generar impacte real en la salut de la població.

11. BIBLIOGRAFIA.

1. Generalitat de Catalunya. *El sistema de salut de Catalunya. Canal Salut* [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; [consultat el 2 ag. 2025]. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-salut/presentacio/>
2. Universitat Oberta de Catalunya. *PIC_SALUT.book: Capítol 2. El sistema de salut a Catalunya: estructura i dinàmica* [Internet]. Barcelona: UOC; [consultat el 2 ag. 2025]. Disponible a: https://www.uoc.edu/in3/pic/cat/pdf/pic_salut_capitol2.pdf

Trabajo de Fin de Máster

3. Farré M. *UD 2: Nivells d'assistència sanitària* [Internet]. Barcelona: Departament d'Educació; 2008 [consultat el 2 ag. 2025]. Disponible a: <https://blocs.xtec.cat/mireiafarre/files/2008/11/ud2apunts.pdf>
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
5. Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery AA. How should continuity of care in primary health care be assessed? *Br J Gen Pract.* 2009;59(561):e134–41. doi: 10.3399/bjgp09X420257
6. Burt B, Twohig H, Shi L, Macinko J. The relationship between primary care, preventable hospitalizations and mortality: a systematic review. *J Prim Care Community Health.* 2021;12:215013272110200.
7. World Health Organization. *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care* [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [consultat el 5 abr. 2025]. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514867>
8. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994;344(8930):1129–33. doi: 10.1016/s0140-6736(94)90634-3
9. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009 Jul-Aug;7(4):357-63. doi: 10.1370/afm.983
10. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51(7):1087–1110. doi:10.1016/s0277-9536(00)00098-8
11. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65

Trabajo de Fin de Máster

12. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health impact of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007;37(1):111–26. doi: 10.2190/3431-G6T7-37M8-P224
13. WHO Regional Office for Europe. *Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: a framework for action on integrated health services delivery* [Internet]. Copenhagen: WHO; 2016 [consultat el 25 ag. 2025]. Disponible a:
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289052761>
14. European Commission. *State of Health in the EU: Companion report 2021* [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021 [consultat el 25 ag. 2025]. Disponible a:
https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_companion_en_0.pdf
15. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, editors. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care.* Maidenhead: Open University Press; 2006.
16. OECD. *Health at a Glance: Europe 2022* [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2022 [consultat el 25 ag. 2025]. Disponible a:
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-2022-507433b6-en.htm>
17. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W, editors. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
18. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, Ridaio-López M, Hernández-Quevedo C. Spain: Health system review. *Health Syst Transit.* 2018;20(2):1–179.
19. Ministerio de Sanidad. *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria 2022* [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2022 [consultat el 25 ag. 2025]. Disponible a:

Trabajo de Fin de Máster

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Marco_Estrategico_APyC_2022.pdf

- 20.** Ministerio de Sanidad. Informe Barómetro Sanitario 2024 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citad 31 agost 2025]. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/Barom_Sanit_2024.htm
- 21.** García-Altés A, Ojeda-Colmenero M, Vela E, Bernal-Delgado E, Puig-Junoy J, Contiente V, et al. Impact of specialist care waiting times on primary care workload in Catalonia: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2022;23(1):198.
- 22.** Sindicatura de Comptes de Catalunya. Informe 5/2025. [Internet]. Barcelona: Sindicatura de Comptes de Catalunya; 2025 [consultat el 31 d'agost de 2025]. Disponible a: https://www.sindicatura.cat/documents/36414/85841/2025_05_ca.pdf
- 23.** Caminal Homar J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Herosilla Pérez E, Martín Mateo M. La Atención Primaria de Salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña. *Rev Clin Esp*. 2001;201(9):501–507. doi:10.1016/s0014-2565(01)70896-x
- 24** Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297(7696):405–12. doi: 10.1016/s0140-6736(71)92410-x
- 25.** Ojeda-Colmenero M, Vela E, García-Altés A, Salamero M, Puig-Junoy J, Contiente V, et al. Inverse care law in primary care: socioeconomic inequalities in access and continuity in Catalonia. *Eur J Public Health*. 2023;33(5):ckad123.
- 26.** Wallace E, Guthrie B, Tordoff J, Clark S, Taylor C, Sullivan F. Impact of access delays on patient satisfaction and staff well-being in primary care: a mixed-methods study. *Br J Gen Pract*. 2022;72(721):e556–64.

Trabajo de Fin de Máster

27. Robinson J, Porter M, Montalvo Y, Peden CJ. Losing the wait: improving patient cycle time in primary care. *BMJ Open Qual.* 2020;9(2):e000910. doi: 10.1136/bmjopen-2019-000910
28. Griñan Ferrea K, Torras Borrell J, Aparicio Freixa J. Asociación entre burnout y calidad asistencial en atención primaria. *Aten Primaria.* 2025;57(7):103207. doi: 10.1016/j.aprim.2024.103207
29. Servei Català de la Salut. Programació per motius: nou model de gestió de la demanda [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2022 [citad el 3 ag. 2025]. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/programacio-per-motius>
30. Institut Català de la Salut. Planifi.cat: programació proactiva de pacients crònics [Internet]. Barcelona: ICS; 2023 [citad el 3 ag. 2025]. Disponible a: <https://si9sapics.wordpress.com/2023/02/22/planifi-cat-programacio-proactiva-de-pacients-cronics>
31. Vallès J, Bolíbar B, Franch G, Rajmil L. Planifi.cat: una eina per a la programació assistencial dels pacients amb malalties cròniques a l'Atenció Primària. *Aten Primaria.* 2020;52(10):745–8.
32. Sant Joan de Déu Hospital Barcelona. Sant Joan de Déu crea la figura de l'assistent clínic per millorar l'atenció assistencial [Internet]. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2022 feb. Disponible a: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca/noticies/sant-joan-deu-crea-figura-l-assistent-clinic-millorar-latencio-assistencial>
33. IFMiL – Institut de Formació Mèdica i Lideratge. Assistent Clínic: nou rol professional per al sistema sanitari [Internet]. Barcelona: IFMiL; 2021 nov 8 [citad el 3 ag. 2025]. Disponible a: <https://www.ifmil.com/ca/noticies/102925/assistent-clinic-nou-rol-professional-per-al-sistema-sanitari>

Trabajo de Fin de Máster

- 34.** CatSalut. Model d'atenció integral i coordinada. Document marc [Internet].
Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2021 [citad el 5 abr. 2025].
Disponible en:
https://catsalut.gencat.cat/web/.content/documents/salut/professionals/model_atencio_integral_coordinada.pdf
- 35.** Mira JJ, Carrillo I, Fernández C, Ortiz L, Pérez-Pérez P, Guilabert M, et al.
Introducing clinical support workers to improve chronic care in primary health care: a mixed-methods study in Catalonia, Spain. *BMC Fam Pract.* 2022;23(1):142.
- 36.** Consell Assessor de Salut. Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2019 [citad el 3 ag. 2025]. Disponible en:
https://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=13705
- 37.** Societat Catalana de Gestió Sanitària. Informe d'innovació en l'atenció primària de salut [Internet]. Barcelona: SCGS; 2021 [citad el 3 ag. 2025].
Disponible en: <https://scgs.cat/wp-content/uploads/2022/04/INFORME-INNOVACIO-EN-SALUT.pdf>
- 38.** Comitè CAIROS. Mesures per a la transformació del sistema de salut català [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2024 [citad el 3 ag. 2025].
Disponible en: <https://govern.cat/govern/docs/2024/09/25/12/53/35ec5bf1-701b-4008-af54-5a1f76d86578.pdf>
- 39.** Gené Badia M, Sampol M, Rodríguez J, Aranaz JM, Pasarín MR, Borrell C. El model d'Equip de Base Associativa a l'Atenció Primària de Catalunya: avaluació dels resultats assistencials, econòmics i de satisfacció. *Gac Sanit.* 2003;17(5):381–9
- 40.** Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa. El nostre model: autogestió en salut i entitats de base associativa [Internet]. Vic: ACEBA; s.d.

Trabajo de Fin de Máster

[citad el 3 ag. 2025]. Disponible en: <https://www.aceba.cat/ca/autogestio-en-salut/el-nostre-model.htm>

41. Iruela López T. *Les entitats de base associativa, una aportació d'Osona a la sanitat catalana* [Tesi doctoral]. Vic: Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya; 2023 [citad el 3 ago. 2025]. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/688796>
42. Galán M, Sellarès J, Monteserín R, Vicuña J, Moral I, Brotons C. Efectividad del asistente clínico en el control de pacientes hipertensos y diabéticos en atención primaria: estudio cuasi-experimental con grupo control de un año. *Aten Primaria*. 2024;56(6):102853. doi:10.1016/j.aprim.2023.102853
43. Departament de Salut. *Pla de Salut de Catalunya 2021–2025* [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2021 [citad el 3 ago. 2025]. Disponible a: <https://salutweb.gencat.cat/pla-salut>
44. Watt G. The inverse care law revisited: a continuing blot on the record of the NHS. *Br J Gen Pract*. 2018;68(667):562–563. doi: 10.3399/bjgp18X699893
45. Orensanz Álava À, Buil Martínez L, Esteban Gil B, Marquina De Diego E, Buera Colell A, Valero Guillén P. Situación actual de los equipos de atención primaria en España. *Rev Sanitaria de Investigación*. 2024;5(6).
46. Burgueño A. El análisis del comportamiento de demanda asistencial en atención primaria: una asignatura pendiente. *New Medical Economics* [Internet]. 2025 feb 4 [citad el 18 ago. 2025]. Disponible a: <https://www.newmedicaleconomics.es/el-analisis-del-comportamiento-de-demanda-asistencial-en-atencion-primaria-una-asignatura-pendiente/>
47. Valderas JM, Starfield B, Serrano-Aguilar P, Alonso J. The Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): a systematic review. *Health Serv Res*. 2006;41(3):1095–1114.

Trabajo de Fin de Máster

48. Cascet X, Blay Pueyo C, Contel Segura JC, González-Mestre A, Sarquella Casellas E, Viguera Espejo L. Model d'atenció centrada en la persona a Catalunya: experiències i reptes. *Aten Primaria*. 2020;52(9):601–609.
49. Clèries M, et al. *La cronicitat a Catalunya: dades clau i propostes d'actuació* [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2019 [citad el 3 ago. 2025]. Disponible en:
<https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/malalties-croniques/>
50. Bower P, et al. Systematic review of the impact of continuity of care on outcomes, processes, and costs of primary care. *Br J Gen Pract*. 2006;56(523):141–148.
51. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219–1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
52. Valderas JM, et al. Prospective risk adjustment for general practice: a challenge for primary care pay for performance. *Br J Gen Pract*. 2009;59(560):e85–e92.
53. Clèries M, et al. *Desigualtats en salut a Catalunya: dades i accions* [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2021 [citad el 18 ag. 2025]. Disponible a: <https://www.aspcat.gencat.cat>
54. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *Innovació i reforma del sistema de salut: CAIROS* [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; [consultat el 18 ag. 2025]. Disponible a:
<https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/innovacio-reforma-sistema-salut-cairos/>
55. Nacions Unides. Assemblea General. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Resolució A/RES/70/1. Nova York: Nacions Unides; 2015 [citad el 18 ag. 2025]. Disponible a:
<https://sdgs.un.org/2030agenda>

Trabajo de Fin de Máster

56. Adroher C. *De la teoria a la pràctica: implementació i avaluació del rol de l'assistent clínic a l'Hospital Sant Joan de Déu* [Internet]. Observatori La Gestió Importa; 2023 [citad el 18 ag. 2025]. Disponible a: <http://lagestioimporta.cat/arees/de-la-teoria-a-la-practica-implementacio-i-avaluacio-del-rol-de-l-assistent-clinic-a-l-hospital-sant-joan-de-deu/>
57. Timmons S, Baxendale B, Buttery A, Miles G, Roe B, Browes S. Implementing human factors in clinical practice. *Emerg Med J*. 2015;32(5):368–72. doi: 10.1136/emmermed-2013-203203
58. Clèries M, Contínente X, Martín M. *Acceptació ciutadana dels canvis organitzatius en Atenció Primària: barreres i facilitadors* [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2021 [citad el 18 ag. 2025]. Disponible a: <https://www.aspcat.gencat.cat>
59. Bower P, Garling A. The role of non-medical professionals in primary care: a systematic review. *BMJ*. 2005;330(7493):693.
60. Bansler JP, Havn EC. Pilot implementation of health information systems: issues and challenges. *Int J Med Inform*. 2010;79(9):637–48. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2010.05.004
61. Health Careers. *Healthcare assistant* [Internet]. NHS Health Careers; [consultat el 18 ag. 2025]. Disponible a: <https://www.healthcareers.nhs.uk>
62. Primary Care Careers. *Healthcare Assistant* [Internet]. NHS East of England; [consultat el 18 ag. 2025]. Disponible a: <https://www.eoeprimarycarecareers.nhs.uk>
63. Senek M, Long J, Ohlsen S, Finn R, Weich S, Ryan T, Wood E. Factors affecting the retention of healthcare assistants in English mental health services: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res*. 2025;25:505. doi: 10.1186/s12913-025-12665-1

Trabajo de Fin de Máster

64. Office for National Statistics. *Measuring NHS experience and satisfaction across the UK* [Internet]. ONS; 2024 maig 30 [consultat el 18 ag. 2025]. Disponible a: <https://www.ons.gov.uk>
65. Agency for Healthcare Research and Quality. *Defining the PCMH* [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2022 [citat el 18 ag. 2025]. Disponible a: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/research/care-coordination/pcmh/define.html>
66. Vu S, Zepeda A, Metzger T, Tebb KP. A pilot study of integrated digital tools at a school-based health center using the RE-AIM framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16791. doi: 10.3390/healthcare13151839
67. Gray MF, Coleman K, Walsh-Bailey C, Girard S, Lozano P. An expanded role for the medical assistant in primary care: evaluating a training pilot. *Perm J*. 2021;25:20.091. doi: 10.7812/TPP/20.091
68. Thom DH, Hessler D, et al. Health coaching by medical assistants improves patients' chronic care experience. *Am J Manag Care*. 2015;21(10):685–691.
69. Bodenheimer T, Laing BY. The Teamlet Model of Primary Care. *Ann Fam Med*. 2007;5(5):457–461. doi: 10.1370/afm.731
70. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. *Treballar a l'Hospital Sant Joan de Déu* [Internet]. Barcelona: HSJD; [consultat el 18 ag. 2025]. Disponible a: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca/professionals/treballar-lhospital>



Acords del Govern

1 de juliol del 2025

Direcció General de Comunicació del Govern

Acords del Govern

El Govern dona l'impuls definitiu a la transformació de l'atenció primària de salut	3
El Govern augmenta el finançament de les places d'escola bressol fins als 1.800 euros.....	8
El Govern farà una consulta pública per crear el Catàleg d'estàndards de competències professionals de Catalunya.....	10
El Govern amplia la plantilla del Departament d'Interior i Seguretat Pública.....	11
Llum verda a la Fundació InnoFAB per impulsar el primer centre de disseny, desenvolupament i prototipatge de xips de Catalunya.....	14
El Govern reconeix els mèrits laborals de 16 persones i 12 entitats	16
El Govern destina més de 5 milions d'euros a la segona fase del projecte d'ampliació del MACBA	24
Catalunya i Navarra refermen la seva col·laboració en memòria democràtica: el Govern aprova un nou conveni	26
Canvi als estatuts de l'entitat autònoma del DOGC per incorporar membres independents al consell d'administració	28

El Govern dona l'impuls definitiu a la transformació de l'atenció primària de salut

- **Acorda la posada en marxa de la primera fase del desplegament dels Centres de Salut Integral de Referència (CSIR)**
- **Cada CSIR actuarà com un laboratori viu on es posaran en pràctica noves formes d'organització, nous perfils professionals i eines digitals per millorar l'atenció**
- **Els 27 centres participants tindran més autonomia, nous perfils professionals i eines digitals per oferir una atenció més resolutiva i propera, que s'avaluarà durant un any abans d'estendre el model a tota Catalunya**

El Govern dona l'impuls definitiu a la transformació de l'atenció primària de salut. Ha aprovat un acord pel qual s'autoritzen les mesures necessàries per a la seva reforma operativa, que s'inicia amb la primera fase del desplegament dels Centres de Salut Integral de Referència (CSIR). Alhora, l'acord estableix els criteris generals per a la seva implantació en el territori i la posterior avaluació.

La iniciativa forma part de les prioritats del Pla de Govern de la XV Legislatura i vol respondre als grans reptes que afronta el sistema de salut: l'envelliment de la població, l'augment de la cronicitat, la sobrecàrrega dels professionals i les dificultats d'accés a l'atenció.

Les mesures es faran efectives a través de 27 centres integrats a la xarxa comunitària del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), que s'establiran i funcionaran com a CSIR. El Departament de Salut vetllarà perquè durant l'execució es garanteixi l'efectivitat de l'atenció a la salut. La Generalitat donarà tot el seu suport i posarà els recursos per col·laborar en el desenvolupament de la iniciativa.

Per a l'assoliment dels objectius, s'habilita els CSIR per organitzar i estructurar els seus equips d'atenció primària sota unitats bàsiques assistencials integrades amb els professionals assistencials i de gestió que, en cada cas, serveixin millor per a una prestació efectiva i eficient de l'atenció primària i comunitària a la població de referència assignada.

Desplegament i seguiment

Aquesta primera fase té una durada inicial d'un any i estarà avaluada de manera independent per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) i coordinada pel Comitè d'Avaluació, Innovació, Reforma Operativa del Sistema de Salut (CAIROS), l'espai impulsat pel Govern per repensar el sistema de salut. Els resultats

de la prova, dels quals se'n farà un seguiment trimestral, serviran per decidir si les mesures testades poden estendre's a la resta del sistema sanitari.

Les mesures de transformació i reforma operativa de l'atenció primària de la salut s'han de subjectar a les bases de funcionament següents:

- Tenir com a finalitat prioritària la millora de la qualitat i la sostenibilitat dels serveis públics de salut adreçats a la ciutadania.
- Garantir la continuïtat en el marc del SISCAT de l'atenció assistencial per part dels centres d'atenció primària constituïts com a CSIR.
- Promoure l'aprofitament dels recursos disponibles al sistema.
- Establir les condicions d'aplicació dels projectes de manera acordada amb les entitats encarregades de la gestió dels diferents CSIR i els seus respectius equips de professionals.
- Projectar l'escalabilitat dels resultats mitjançant l'elaboració d'un pla de transformació de l'atenció primària de la salut en el marc del SISCAT, d'acord amb la informació recopilada per part del CAIROS sobre l'experiència de cada projecte i la seva avaluació.

Els 27 centres hauran de formalitzar amb el Servei Català de la Salut un acord d'adscripció que contingui els següents requisits bàsics:

- Una descripció del projecte general a desenvolupar.
- La identificació de l'EAP participant amb la relació dels responsables executius.
- Les mesures concretes que es verificaran en el marc de la prova.
- La identificació de la solució tecnològica d'intel·ligència artificial que es desplega en el marc del projecte.
- Les normes i condicions sota les quals es duen a terme les mesures.
- Els objectius a assolir, juntament amb una anàlisi dels principals riscos i les mesures per mitigar-los.
- Les funcions i els compromisos que assumeix el CatSalut i els recursos que es destinen al projecte.

- El règim aplicable al desistiment de la prova de concepte per part dels CSIR.
- Les salvaguardes operacionals determinades per garantir l'absència de riscos en la prestació de l'assistència sanitària i la protecció dels usuaris, així com les mesures de responsabilitat proactiva adoptades, de conformitat amb la normativa en matèria de protecció de dades personals.
- La identificació dels nous tractaments de dades personals de les persones usuàries de l'assistència sanitària dispensada en el marc de la prova.

Durant el desplegament, els CSIR hauran de posar a disposició dels usuaris la informació relativa a la cartera de serveis que s'ofereixen des d'aquests dispositius, sobre el nou model de gestió d'acord amb el qual es presten i les bones pràctiques sota els que es dispensen; així com dels drets i deures que tenen. Alhora, els CSIR s'hauran d'identificar com a tals, a través de la identitat visual corporativa. La nomenclatura CAP (Centre d'Atenció Primària) serà substituïda per la nova CSIR.

Els sistemes d'intel·ligència artificial (IA) que s'incorporin en el desplegament de les mesures s'hauran d'ajustar al que disposa el Reglament de la Unió Europea sobre intel·ligència artificial en allò que sigui aplicable, així com amb els principis ètics i jurídics establerts per garantir un ús segur, transparent i no discriminatori de la IA.

Convocatòria oberta

Els CSIR neixen amb l'objectiu de posar a prova, en condicions reals, un conjunt de mesures que volen fer l'atenció més accessible, resolutiva i centrada en les persones. Els 27 centres han estat seleccionats mitjançant una convocatòria oberta a tota la xarxa pública d'atenció primària. Hi han participat 116 equips de totes les regions sanitàries, fet que demostra el compromís i la implicació dels professionals. Finalment, s'han escollit propostes que combinen qualitat, capacitat de lideratge i representativitat territorial i de models de gestió.

Cada CSIR actuarà com un laboratori viu on es posaran en pràctica noves formes d'organització, nous perfils professionals i eines digitals per millorar l'atenció. Alguns dels canvis més destacats seran:

- Una major autonomia per adaptar serveis a les necessitats del territori.
- La incorporació d'agents digitals basats en intel·ligència artificial pel suport als professionals.
- La inclusió i desenvolupament de nous rols professionals, com terapeutes ocupacionals i administratius en salut de referència per als pacients.

- La reorganització dels equips d'atenció primària per aprofitar millor les competències de cada professional.
- La col·laboració més estreta amb els serveis socials i comunitaris.

Amb aquest projecte, Salut aposta per una transformació que parteix dels equips i els territoris, i que es basa en l'evidència i la col·laboració. Amb els CSIR, Catalunya fa un pas decidit cap a un nou model d'atenció primària: més propera, més resolutiva, millor integrada i més orientada a les necessitats reals de les persones.

Els 27 equips de les deu regions sanitàries

- **Alt Pirineu i Aran:** Equip d'Atenció Primària (EAP) Tremp (Institut Català de la Salut, ICS).
- **Barcelona Ciutat:** EAP Comte Borrell (Consorti d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample, CAPSBE), EAP Encants (ICS), EAP Barcelona 7B (EAP Sardenya) i ETAP Clot-Sant Martí (ICS).
- **Barcelona Metropolitana Nord:** EAP Barri Llatí – Santa Coloma de Gramenet (ICS), EAP Sabadell 4A CAP Concòrdia (ICS), EAP Ronda Prim - Mataró (ICS), EAP Sant Llätzer – Terrassa (Consorti Sanitari de Terrassa).
- **Barcelona Metropolitana Sud:** EAP Martorell Urbà (ICS), EAP Gornal – L'Hospitalet de Llobregat (ICS), EAP Castelldefels 1 (ICS) i EAP Castelldefels 2 (Consorti Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària, CASAP).
- **Camp de Tarragona:** EAP Mont-roig del Camp (ICS) i EAP Reus V (Salut Sant Joan Reus Baix Camp).
- **Catalunya Central:** EAP Barri Antic - Manresa (Althaia), EAP Santa Eugènia de Berga (ICS), EAP Vic Nord (ICS) i EAP Vic Sud (EAP Vic).
- **Girona:** EAP Salt (ICS), EAP Canet de Mar (ICS) i EAP Calella (Corporació de Salut del Maresme i la Selva).
- **Lleida:** EAP Onze de Setembre – Lleida (ICS).
- **Penedès:** EAP Baix-a-Mar (Consorti Sanitari Alt Penedès Garraf), EAP Penedès Rural Est – Vilafranca del Penedès (ICS) i EAP Baix Penedès Interior – L'Arboç (Xarxa Santa Tecla).
- **Terres de l'Ebre:** EAP L'Ametlla de Mar - El Perelló (ICS).

Els antecedents

El model d'atenció primària vigent a Catalunya va ser dissenyat fa més de quaranta anys (Decret de Reforma de l'Atenció Primària 1985) i és un dels pilars fonamentals del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT). Tot i els avenços aconseguits, presenta actualment limitacions per fer front als nous reptes socials, demogràfics i professionals com l'envelliment de la població, la creixent cronicitat, l'increment de la complexitat assistencial, la pressió sobre els professionals i les desigualtats territorials.

El CAIROS, creat pel Govern el setembre de 2024, ha validat aquest diagnòstic mitjançant una revisió rigorosa de l'evidència existent i un procés d'escolta amb múltiples agents del sistema. En aquest marc, ha proposat un conjunt de mesures prioritzades per transformar operativament el sistema de salut, amb especial focus en l'atenció primària.

INSTRUCCIONS:

Si us plau, respongui a les següents preguntes basant-se en la seva experiència professional amb el sistema de citació actual. Marqui l'opció que millor reflecteixi la seva opinió.

1. Grau de satisfacció amb el sistema actual de filtratge de visites (consulta virtual):

Molt satisfet / Satisfet / Neutral / Insatisfet / Molt insatisfet

2. Quant temps dedica cada setmana a revisar les llistes virtuals de sol·licituds de cita?

3-4 hores / 4-6 hores / 6-8 hores / més de 8 hores

3. Creu que és un temps de dedicació adequat:

Si / No

4. Considera que el sistema actual li permet prioritzar adequadament les visites?

Totalment d'acord / Parcialment d'acord / Neutral / Parcialment en desacord / Totalment en desacord

5. Grau d'acord amb l'afirmació: "El sistema actual redueix la càrrega de treball burocràtic"

Totalment d'acord / Parcialment d'acord / Neutral / Parcialment en desacord / Totalment en desacord

6. Grau d'acord amb l'afirmació: "El sistema actual augmenta la ineficiència en la meva jornada laboral"

Totalment d'acord / Parcialment d'acord / Neutral / Parcialment en desacord / Totalment en desacord

INSTRUCCIONS:

Si us plau, respongui a les següents preguntes basant-se en la seva experiència professional amb el sistema de citació actual. Marqui l'opció que millor reflecteixi la seva opinió.

1. Grau de satisfacció amb el sistema actual de gestió de les sol·licituds de cita concertada no urgent pel metge/metgessa de família:

Molt satisfet / Satisfet / Neutral / Insatisfet / Molt insatisfet

2. Quant temps dedica cada setmana a gestionar les llistes virtuals de sol·licituds de cita?

5 hores / 5-10 hores / 10-15 hores / més de 15 hores

3. Creu que és un temps de dedicació adequat:

Si / No

4. Grau de claredat de les instruccions rebudes pels metges per gestionar les sol·licituds.

Molt clares / Clares / Neutral / Confoses / Molt confuses

5. Grau d'acord amb l'afirmació: "El sistema actual redueix la càrrega de treball administratiu"

Totalment d'acord / Parcialment d'acord / Neutral / Parcialment en desacord / Totalment en desacord

6. Grau d'acord amb l'afirmació: "El sistema actual facilita la coordinació amb el personal assistencial"

Totalment d'acord / Parcialment d'acord / Neutral / Parcialment en desacord / Totalment en desacord

ANNEX 4. CÀLCUL DE LA MOSTRA PER AL QÜESTIONARI D'USUARIS.

El càlcul de la mida mostral es realitza assumint un risc alfa de 0,05 i un poder estadístic superior a 0,8 en un contrast unilateral. D'acord amb aquests paràmetres, es determina que són necessaris 373 participants.

El càlcul es fonamenta en la hipòtesi que, en la visita basal, aproximadament un 70% dels usuaris es mostren satisfets o molt satisfets, mentre que després de la intervenció aquest percentatge augmenta fins al 80%.

Finalment, s'estima una taxa de pèrdues de seguiment del 50%, la qual s'incorpora en l'estimació definitiva de la mostra requerida.

ANNEX 5: QÜESTIONARI PER USUARIS

Des del Centre d'Atenció Primària EAP Sardenya ens preocupa que vostè rebi la millor atenció. Per aquest motiu volem conèixer la seva opinió sobre el sistema de citació (demanar hora) de visites actual.

Ens autoritza a enviar-li un breu qüestionari? Respondre "SÍ" per participar, "NO" per rebutjar. Gràcies per la seva col·laboració.

Qüestionari de Satisfacció del Sistema de Citació Pacients (CATALÀ)

INSTRUCCIONS:

Si us plau, respongui a les següents preguntes basant-se en la seva experiència més recent amb el sistema de citació (demanar hora) per al seu/seva metge/ssa de família.

1. Facilitat per obtenir una cita

Molt fàcil / Fàcil / Neutral / Difícil / Molt difícil

2. Temps d'espera per obtenir una cita presencial

1-3 dies / 4-7 dies / 7-15 dies / més de 15 dies

3. Creu que el temps d'espera és adequat:

Si / No

4. Qualitat de la comunicació amb el personal administratiu:

Excel·lent / Bona / Regular / Dolenta / Molt dolenta

5. Facilitat per contactar per telèfon:

Molt fàcil / Fàcil / Neutral / Difícil / Molt difícil

6. Claredat de les instruccions per obtenir una cita:

Molt clares / Clares / Neutral / Confuses / Molt confuses

7. Satisfacció general amb el sistema de citació:

Molt satisfet / Satisfet / Neutral / Insatisfet / Molt insatisfet

Desde el Centro de Atención Primaria EAP Sardenya queremos asegurarnos de que usted reciba la mejor atención. Por eso, nos gustaría conocer su opinión sobre el actual sistema de citación de visitas.

¿Nos autoriza a enviarle un breve cuestionario? Responda “SÍ” para participar, “NO” para rechazar. Muchas gracias por su colaboración.

Cuestionario de Satisfacción del Sistema de Citación de Pacientes (CASTELLANO)

INSTRUCCIONES:

Por favor, responda a las siguientes preguntas basándose en su experiencia más reciente con el sistema de citación (pedir hora) para su médico/a de familia.

1. Facilidad para obtener una cita:

Muy fácil / Fácil / Neutral / Difícil / Muy difícil

2. Tiempo de espera para obtener una cita presencial:

1-3 días / 4-7 días / 7-15 días / más de 15 días

3. Cree que es un tiempo de espera adecuado:

Si / No

4. Calidad de la comunicación con el personal administrativo:

Excelente / Buena / Regular / Mala / Muy mala

5. Facilidad para contactar por teléfono:

Muy fácil / Fácil / Neutral / Difícil / Muy difícil

6. Claridad de las instrucciones para obtener una cita:

Muy claras / Claras / Neutral / Confusas / Muy confusas

7. Satisfacción general con el sistema de citación (pedir hora):

Muy satisfecho / Satisfecho / Neutral / Insatisfecho / Muy insatisfecho

ANNEX 6: RESULTATS DELS QÜESTIONARIS PER PROFESSIONALS ASSISTENCIALS I NO ASSISTENCIALS.

Resultats Qüestionari a Metges/ses (N=10)

Pregunta	Opció	Respostes	Percentatge
Grau de satisfacció amb el sistema de filtratge	Insatisfet	4	40%
	Satisfet	3	30%
	Neutral	2	20%
	Molt satisfet	1	10%
Temps dedicat setmanalment a revisar llistes	3-4 hores	3	30%
	4-6 hores	3	30%
	6-8 hores	3	30%
	Més de 8 hores	1	10%
Creu que és un temps adequat	Sí	4	40%
	No	4	40%
	No resposta	2	20 %
Capacitat de prioritzar visites	Totalment d'acord	3	30%
	Parcialment d'acord	3	30%
	Parcialment en desacord	4	40%
Reducció de càrrega administrativa	Totalment d'acord	2	20%
	Parcialment d'acord	3	30%
	Parcialment en desacord	3	30%
	Altres	2	20%
Augment de la ineficiència	Totalment en desacord	2	20%
	Parcialment en desacord	4	40%
	Altres	4	40%

Resultats Qüestionari a Assistents clínics (N=9)

Pregunta	Opció	Respostes	Percentatge
Grau de satisfacció amb el sistema actual	Satisfet	7	77,78%
	Neutral	2	22,22%
Temps dedicat setmanalment a gestionar llistes	5 hores	4	44,44%
	5-10 hores	4	44,44%
	10-15 hores	1	11,11%
Creu que és un temps adequat	Sí	5	55,56%
	No	4	44,44%
Claredat de les instruccions rebudes	Molt clares	3	33,33%
	Clares	4	44,44%
	No resposta	2	22,22%
Reducció de càrrega administrativa	Totalment d'acord	2	22,22%
	Parcialment d'acord	2	22,22%
	Neutral	1	11,11%
	Parcialment en desacord	1	11,11%
	Totalment en desacord	1	11,11%
	Parcialment + Totalment en desacord	1	11,11%
	Totalment + Parcialment d'acord	1	11,11%
Coordinació amb personal assistencial	Totalment d'acord	5	55,56%
	Parcialment d'acord	4	44,4

Comparativa entre Assistents Clínics i Metges

Aspecte	Assistents Clínics (n=9)	Metges (n=10)
Satisfacció amb el sistema	77,8% satisfets / 22,2% neutrals	40% insatisfets / 40% satisfets
Temps dedicat setmanalment	88,9% ≤10h	90% ≤8h
Temps considerat adequat	55,6% sí / 44,4% no	40% sí / 40% no
Reducció de càrrega administrativa	33,3% total/parcial acord	50% total/parcial acord