

A network diagram consisting of black lines connecting various points. Three pushpins are placed at specific nodes: one blue pushpin at the top, one red pushpin at the bottom left, and one blue pushpin at the bottom right. A dark blue rectangular box is overlaid on the right side of the diagram, containing white text.

**Estat de situació de l'abordatge
de l'obesitat en el context de
l'atenció concomitant d'altres
malalties cròniques**

Estat de situació de l'abordatge de l'obesitat en el context de l'atenció concomitant d'altres malalties cròniques

Un informe de l'Hospital Clínic i el Consorci de Salut i Social de Catalunya, amb el suport de Bias-180 i la col·laboració de Novo Nordisk

Índex

Presentació de l'informe.....	3
Dades de prevalença i creixement de l'obesitat a Espanya i Catalunya.....	3
Costos de l'obesitat.....	4
Impacte social de l'obesitat.....	5
Prevenició de l'obesitat.....	7
L'obesitat a l'Atenció Primària.....	8
L'Educació Terapèutica com a estratègia en l'abordatge de l'obesitat greu.....	9
L'Entrevista Motivacional com a estratègia en l'abordatge de l'obesitat greu.....	10
Estratègies de promoció de la salut.....	11
Experiència del pacient (XPA) i obesitat.....	12
Conclusions.....	14
Referències.....	15

Presentació de l'informe

L'obesitat és una malaltia crònica complexa caracteritzada per un excés de greix corporal (adipositat) o una disfuncionalitat del mateix que perjudica la salut, augmenta el risc de complicacions mèdiques a llarg termini i redueix la qualitat de vida i la funcionalitat. Dins de l'obesitat distingim: el sobrepès (no obesitat) si l'IMC és de 25.0 a 29.9; obesitat de classe 1 (de baix risc), si l'IMC és de 30 a 34.9; obesitat de classe 2 (risc moderat), si l'IMC és de 35 a 39.9 i obesitat de classe III (d'alt risc), si l'IMC és igual o major a 40. L'obesitat augmenta el risc de patir malalties cròniques greus com ara les malalties cardiovasculars, el càncer, la diabetis i la malaltia del fetge gras associada a disfuncions metabòliques, entre d'altres.

L'evidència suggereix que, tot i que les malalties cròniques relacionades amb l'obesitat es gestionen dins dels sistemes d'atenció primària i secundària, l'obesitat en si mateixa no rep l'atenció que es mereix. La majoria dels sistemes de salut a escala mundial no han inclòs l'obesitat dins dels marcs de gestió de malalties cròniques existents, la qual cosa limita les intervencions i els suports efectius i basats en l'evidència per als pacients.

Impactes de l'obesitat en la salut i el sistema sanitari a Catalunya i Espanya:

Tendències de prevalença i creixement



El 21,6% dels adults a Espanya té obesitat. (2016) (1)



El 37% dels adults a Espanya pot tenir obesitat l'any 2035. (1)



El 17,3% dels nens i adolescents viu amb obesitat. (2)



El 15,3% de la població adulta a Catalunya viu amb obesitat. (3)



El 25,2% de la població de 6 a 12 anys té sobrepès. El 13,7% de la població de 6 a 12 anys té obesitat. (3)



Augment anual de l'obesitat adulta 2020-2035: 1,9% (Espanya). (1)



Augment anual de l'obesitat infantil 2020-2035: 2,5% (Espanya). (1)



L'obesitat va augmentar a Catalunya del 2010 al 2014, es va estabilitzar entre el 2014 i el 2018, va augmentar el 2019, però va disminuir el 2020 i es manté estable. (3)



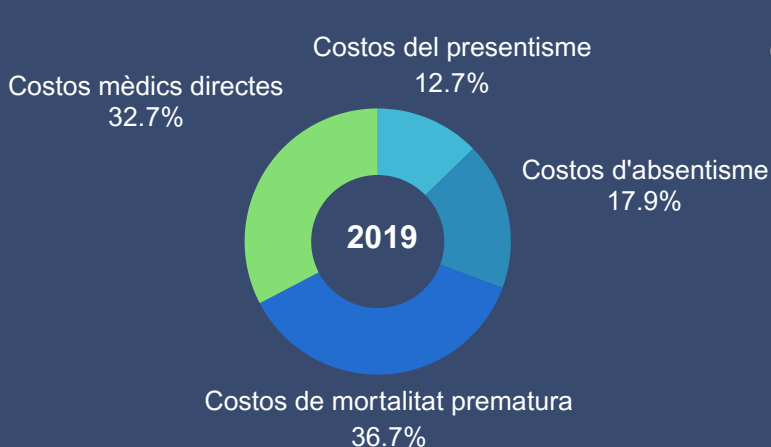
L'obesitat per províncies a Espanya oscil·la entre el 13,3%–27,4% en els homes i l'11,4%–28,1% en les dones. (4)



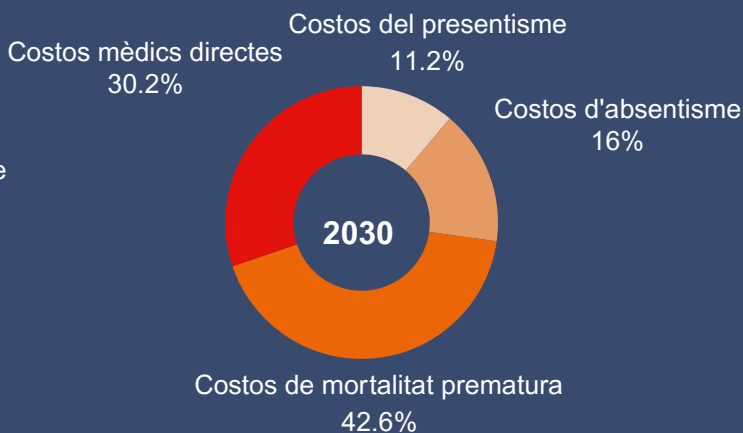
A Catalunya el percentatge de sobrepès és superior en els homes (41,0%) que en les dones (28,3%).

No s'observen diferències entre la prevalença d'obesitat entre homes i dones.

Costos de l'obesitat



L'obesitat va costar a Espanya **26.869 bilions d'euros** en costos econòmics directes i indirectes (USD): **8.778 bilions d'euros** en costos mèdics directes i **18.101 bilions d'euros en costos indirectes** (9.848 bilions d'euros en costos de mortalitat prematura; 4.832 bilions d'euros en costos d'absentisme; 3.421 bilions d'euros en costos de presentisme). (7)



L'obesitat pot costar a Espanya **35.735 bilions d'euros** en costos econòmics directes i indirectes: **10.780 bilions d'euros** en costos mèdics directes i **24.941 bilions d'euros** en costos indirectes (15.205 bilions d'euros en costos de mortalitat prematura; 5.717 bilions d'euros en costos d'absentisme; 4.020 bilions d'euros en costos de presentisme). (7)

El sobrepès augmenta els costos mèdics directes totals en **51 € (8,5%)** per pacient i any. (8)

L'obesitat moderada augmenta els costos mèdics directes totals en un **97 € (16%)** per pacient i any. (8)

L'obesitat severa augmenta els costos mèdics directes totals en **160 € (26%)** per pacient i any. (8)



L'augment de l'IMC a la població espanyola augmenta la probabilitat de patir problemes de qualitat de vida relacionats amb la salut en mobilitat (+11,8%), autocura (+2,2%), activitats habituals (+4,3%) i dolor/malestar (+7,4%). (9)



Un IMC ≥ 35 kg/m redueix la qualitat de vida relacionada amb la salut fins i tot en absència de malalties cròniques.

La qualitat de vida relacionada amb la salut de les dones espanyoles i de les persones ≥ 65 anys amb obesitat és significativament pitjor que la mitjana. (9)

Impacte social de l'obesitat



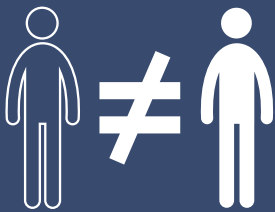
A Catalunya, l'obesitat de classe III és més freqüent en els estrats socioeconòmics més baixos (17,2%), mentre que l'obesitat de classe I és més freqüent en els grups socioeconòmics més alts (10,9%). La incidència d'obesitat és significativament més alta entre els catalans amb estudis primaris (26%) en comparació amb els que tenen estudis universitaris (9%). (3)

La prevalença d'obesitat augmenta amb l'edat i la discapacitat, i disminueix amb l'educació, el nivell de renda disponible i la mida del municipi. (4)

Només el 25% de les persones a Espanya que es declara amb sobrepès i el 17,7% amb obesitat s'identifica amb el sobrepès o l'obesitat. El 69% dels nens que té excés de pes és percebut pels seus pares com a normopès. (5)

A Espanya, les taxes d'obesitat infantil es doblen a les llars amb ingressos més baixos (23,7%) enfront de les llars amb ingressos més alts (10,5%). (6)

Impacte social de l'obesitat (continuació)



- El biaix de pes es defineix com les actituds negatives i creences sobre els altres a causa del seu pes.
- L'estigma del pes es refereix a la manifestació del biaix del pes a través d'estereotips socials nocius, de manera que les persones amb obesitat són considerades mandroses, desmotivades, no complidores i sense autocontrol.
- El biaix i l'estigma del pes poden provocar una discriminació basada en el pes, que és el tracte injust de les persones pel seu pes.
- El biaix pel pes, l'estigma i la discriminació són generalitzats i afecten les persones al llarg de la vida i en tots els entorns.



Els estereotips negatius basats en el pes cap als nens amb sobrepès sorgeixen als 3 anys. (10)



El 71% dels nens va declarar haver estat assetjat pel seu pes durant l'últim any i més d'un terç va indicar que l'assetjament havia persistit durant més de 5 anys. (11)



El 27% dels nens denuncia que a l'escola rep burles relacionades amb el seu pes. (12)



El 53% dels adolescents va informar d'una major exposició a almenys una forma de contingut de les xarxes socials que estigmatitzava el pes durant la pandèmia. (13)



El 54% de les dones denuncia l'estigma de pes dels seus companys de feina i el 25% declara haver patit discriminació laboral a causa del seu pes. (14)



Les dades actuals indiquen que fins al 70% dels adults amb obesitat denuncia haver patit estigmatització en l'àmbit sanitari. (15)



El 66,5% dels adults en un programa de control del pes informa que pateix l'estigma del pes per part de metges d' Austràlia, Canadà, França, Alemanya, Regne Unit i EUA. (16)



Els professionals sanitaris perceben les persones amb obesitat com a indisciplinades, mandroses, sense força de voluntat i amb poca probabilitat de complir el tractament o els canvis de comportament per gestionar la seva malaltia. (17)



El biaix del pes i l'estigma poden afectar la salut de les persones i la qualitat dels serveis sanitaris que reben els pacients amb obesitat.



L'estigmatització que suposa per als pacients amb obesitat les trobades amb els seus proveïdors d'atenció mèdica pot fer que evitin els serveis sanitaris i això endarrereixi el tractament de la malaltia (18) (19)



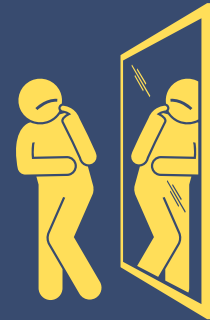
Una enquesta realitzada per la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) indica que un 74% important de la població espanyola creu que pateix discriminació pel seu pes. (20)

Estigma de pes interioritzat

Les persones que experimenten biaix i estigma de pes poden interioritzar actituds i creences negatives sobre el seu propi pes. Alguns exemples d'estigma de pes interioritzat poden incloure l'autoculpa per l'obesitat i la creença que la gestió de l'obesitat és una responsabilitat individual.

L'estigma del pes interioritzat pot provocar:

- Qualitat de vida reduïda
- Síntomes de depressió i ansietat
- Baixa autoestima
- Poca imatge corporal
- Triglicèrids elevats i augment del risc de síndrome metabòlica
- Conductes alimentàries alterades
- Evitar l'exercici



Les persones amb un biaix de pes interioritzat més alt que se sotmeten a un tractament de l'obesitat informen de menys pèrdua de pes, nivells d'activitat física més baixos, ingesta calòrica més alta, comportaments alimentaris més alterats (21) i un major grau de risc cardiometabòlic. (22)

És possible que les persones que tenen un biaix interioritzat pel pes no busquin tractament contra l'obesitat perquè considerin que controlar el seu propi pes és la seva responsabilitat.

Les persones amb biaix de pes interioritzat avalen més les causes conductuals de l'obesitat. (23)

L'estigma del pes pot conduir a una discriminació basada en el pes, que és el tracte injust de les persones pel seu pes. Un exemple de discriminació basada en el pes al sistema sanitari és quan als pacients amb obesitat se'ls nega tractaments i serveis sanitaris (per exemple, tractament de fertilitat, cirurgia de reemplaçament de genoll i maluc).



El 80% de les persones que viu amb obesitat a Espanya creu que la gestió de l'obesitat és responsabilitat seva. (24)

Missatges clau d'impacte de l'estigma del pes:

- L'estigma del pes afecta les comunicacions verbals i no verbals pacient-proveïdor i les relacions terapèutiques.
- L'estigma del pes afecta la prestació d'atenció a les persones amb obesitat.
- L'estigma del pes és una barrera sistèmica per a l'atenció sanitària de les persones amb obesitat.

Prevenió de l'obesitat



L'obesitat és una malaltia crònica caracteritzada per un excés de greix corporal o anormal que perjudica la salut, i que requereix estratègies de promoció, prevenció i tractament de la salut.

Les estratègies de promoció de la salut inclouen mesures que poden permetre a les persones, incloses les que tenen obesitat, augmentar el control i millorar la seva salut.

Les mesures efectives de promoció de la salut són essencials per a reduir l'impacte de l'obesitat i les condicions relacionades amb l'obesitat en l'individu i la societat.

Les estratègies de prevenció de l'obesitat inclouen aquelles implementades en períodes específics orientades a factors de risc específics abans de l'aparició de l'obesitat per tal d'assolir la màxima efectivitat. Els factors de risc específics de l'obesitat varien de persona a persona. La promoció universal de la salut i les estratègies universals de prevenció de malalties cròniques poden no ser suficients per prevenir l'obesitat en l'àmbit individual.

Un cop desenvolupada la malaltia de l'obesitat, encara és possible tractar-la i reduir-ne la gravetat, l'evolució i la discapacitat associada si es prenen mesures preventives secundàries i terciàries al llarg de la malaltia.

Les mesures de tractament de l'obesitat s'han d'adaptar per abordar-ne les causes i les barreres arrels.

“La prevenció de malalties i la promoció de la salut comparteixen molts objectius i hi ha una superposició considerable entre les funcions. Conceptualment, és útil caracteritzar els serveis de prevenció de malalties com els que es concentren principalment en el sector sanitari, i els serveis de promoció de la salut com els que depenen d'accions intersectorials i/o es preocupen pels determinants socials de la salut”. (Organització Mundial de la Salut) (25)



Els missatges vergonyosos de prevenció de l'obesitat de salut pública podrien, sense voler, empitjorar l'obesitat i perjudicar els qui més necessiten ajuda. (26,27)



Els missatges de salut pública que només impliquen responsabilitat personal i culpa de l'excés de pes són percebuts de manera més negativa per les persones que viuen amb obesitat. Tot i que la responsabilitat individual i l'autoacció són factors importants per a l'autocura en l'obesitat com amb qualsevol altra malaltia crònica, l'enquadrament de l'obesitat en les estratègies de salut pública com una qüestió única de responsabilitat individual contribueix a l'augment del biaix i l'estigma de pes. (28,29,30)



És més eficaç l'enquadrament de la promoció de la salut per inculcar confiança i empoderament personal a la salut d'un mateix, en comptes de fer que impliqui culpa personal o esforç solitari.



Les persones estan més predisposades a millorar els seus comportaments de salut quan l'èmfasi es posa en la salut, en lloc del pes corporal per se.

Obesitat a l'Atenció Primària

Segons la Federació Mundial de l'Obesitat, el sistema de salut universal espanyol és considerat un dels millors del món, però "en general no es pensa que funcioni pel que fa al tractament de l'obesitat". Es requereixen llindars d'IMC més alts abans que es pugui oferir tractament per a l'obesitat, i les llistes d'espera llargues per al tractament són habituals: alguns pacients decideixen abandonar el sistema sense rebre atenció a causa de les llargues esperes. (1)

En general, les persones a Espanya amb obesitat de classe II i superior (IMC ≥ 35) utilitzen més serveis sanitaris que les que es troben en el rang d'IMC "normal":

- Un 17% més de visites a les cites d'urgència d'un metge general
- Un 26% més de cites d'urgència
- 49% més d'hospitalitzacions
- Un 52% més d'assistència a un hospital de dia
- Un 61% més d'ús dels recursos d'infermeria
- Un 83% més de visites als serveis de psicologia
- Un 16% més d'ús de la radiologia
- Un 23% més d'ús dels serveis de laboratori
- Un 34% més d'ús de raigs X
- Un 67% més d'ús d'exploracions CATS
- Un 260% més d'ús de les visites d'atenció domiciliària (31)



Tot i que el 83% dels espanyols que viu amb obesitat va declarar viure amb una o més comorbiditats, **només el 59%** considera que l'obesitat és una malaltia crònica. (32)



El 80% de les persones amb obesitat i el 19% dels professionals de la salut creu que la gestió de l'obesitat és responsabilitat del pacient. (32)



Retard mitjà del pacient abans d'iniciar, per primera vegada, una conversa sobre amb el seu metge relacionada amb el pes: **6 anys**. (32)



El 26,3% de les persones a Espanya va declarar tenir ≥ 3 complicacions relacionades amb l'obesitat. Les notificacions més freqüents van ser **la hipertensió** (39,3%), **la dislipèmia** (22,8%) i **la DM2** (17,5%). (33)



Les persones amb classe d'obesitat III (IMC de 40 a <70 kg/m²) tenien més probabilitats d'informar de múltiples comorbiditats relacionades amb l'obesitat que aquells amb classes més baixes d'obesitat. La presència de múltiples comorbiditats es va relacionar amb diversos tipus d'utilització de recursos sanitaris, inclosa una possibilitat significativament augmentada d'informar d'hospitalització en l'any passat. La majoria dels participants (78,6%) havia intentat baixar de pes l'any passat, però entre els qui també van informar haver estat hospitalitzats, si bé es van detectar canvis de pes el 73,4% no n'havia experimentat una pèrdua clínicament significativa $\geq 5\%$ (33)



El cost que assumeix el pacient amb obesitat dins del sistema de copagament representa el 23,9% de la despesa sanitària total a Espanya (superior a la mitjana de la UE), principalment en productes farmacèutics i dispositius mèdics. (1)



A Espanya, no hi ha formacions especialitzades en obesitat disponible, excepte la cirurgia bariàtrica, ni tampoc possibilitats de rebre atenció especialitzada en zones rurals (i l'accés és insuficient a les zones urbanes). (1)

L'Educació Terapèutica Com a Estratègia en l'Abordatge de l'Obesitat Greu

A escala mundial, la morbiditat i la mortalitat es deuen en gran part a malalties cròniques; aproximadament el 60% dels adults té almenys una malaltia crònica i més del 40% en té dues o més. (34,35)

LEI fet que el pacient sigui conscient que és 'propietari' de la seva salut és important per minimitzar la morbiditat i la mortalitat prematura. (36). Recentment, l'OMS ha publicat una guia introductòria per a l'educació terapèutica del pacient (ETP). (37). **L'educació terapèutica és un procés d'aprenentatge estructurat centrat en la persona que dona suport a les persones que viuen amb malalties cròniques a autogestionar la seva pròpia salut aprofitant els seus propis recursos, amb el suport dels seus cuidadors i famílies.**

L'educació terapèutica la duen a terme professionals sanitaris formats, s'adapta al pacient i a la seva condició i continua al llarg de tota la vida del pacient. És una part integral del tractament de les malalties cròniques i pot conduir a millors resultats de salut i una millor qualitat de vida, alhora que fa un millor ús dels serveis d'atenció mèdica i altres recursos. Aquesta iniciativa de l'OMS il·lustra un paradigma canviant. És dirigida a equipar els responsables polítics i els professionals de la salut per proporcionar un millor accés a una educació terapèutica eficaç del pacient per a tots els pacients que viuen amb condicions cròniques i poden beneficiar-se d'aquest enfocament.

A Catalunya, els programes d'educació terapèutica en diabetis han demostrat un elevat grau d'eficàcia amb la millora dels resultats en salut i qualitat de vida d'aquesta població (38,39) tant en l'àmbit d'atenció primària (40,41) com en hospitals de tercer nivell. (42,43) Interactuar amb els pacients d'una manera que fomenti aquesta responsabilitat és una habilitat crítica per als metges d'atenció primària, ja que el comportament del pacient contribueix més als resultats de salut que l'atenció clínica mateixa. (44-47)

No obstant això, aquests programes no s'han centrat i desenvolupat en el tractament de l'obesitat greu, probablement per l'alt nivell d'estigma que acompanya aquesta malaltia crònica que era considerada, fins fa poc, com un factor de risc en lloc d'una condició de salut crònica, de causes molt heterogènies. Això justifica un abordatge individualitzat o grupal, centrat en la persona i dirigit per professionals especialistes en obesitat.



L'Entrevista Motivacional (EM) Com a Estratègia en l'Abordatge de l'Obesitat Greu

Entenem com a EM un estil d'assistència directa, centrada en el pacient, que pretén provocar un canvi en el comportament, ajudant la persona a explorar i resoldre ambivalències. (48) L'EM és un estil d'entrevista col·laboradora, dirigida a potenciar les capacitats de l'altre i els seus propis motius per canviar. L'EM és un abordatge terapèutic centrat en la persona que permet explorar i resoldre l'ambivalència habitual que acompanya els processos de canvi.

L'EM posa un interès especial en el llenguatge de canvi. L'EM es dirigeix específicament a enfortir la motivació per canviar, explorant i evocant els arguments individuals i propis de cadascú per aconseguir aquest canvi.

L'EM dona suport al canvi de comportament entre les persones que viuen amb sobrepès i obesitat permetent-les comprendre i explorar els seus propis comportaments, millorar la seva motivació per gestionar la seva pròpia malaltia i abordar l'ambivalència cap a l'adopció de comportaments més saludables, si cal. De fet, la incorporació de l'EM als programes de control de pes és cada vegada més recomanable.

L'EM requereix formació addicional perquè els professionals de la salut desenvolupin les habilitats per evocar la motivació intrínseca de la persona cap a un estil de vida més saludable. Amb l'EM, les trobades entre pacients i professionals de la salut són importants i valuoses per explorar els comportaments actuals i ajudar als pacients a identificar i comprometre's amb les seves possibles solucions.

Alguns aspectes destacats de l'Entrevista Motivacional:



Temps d'intervenció

- L'EM és relativament breu comparada amb d'altres.
- D' 1 a 3 sessions poden ser suficients per produir un canvi.
- "Removing de Dam" o metàfora de la presa: treu unes poques roques, no en posis més i l'aigua farà la resta.



Flexibilitat

- És una intervenció flexible que s'adapta a les circumstàncies i respon a les experiències immediates i presents de la persona.
- No és rígida ni es basa en fórmules o protocols estàtics.
- S'adapta amb facilitat a diferents cultures, llengües i minories ètniques.



Es pot aprendre

- L'EM no és una tècnica, però implica una sèrie d'habilitats i estratègies concretes que milloren amb la pràctica.
- L'educació de l'entrevista motivacional està estructurada i els seus resultats, validats.



Ens fa sentir millor

- L'EM pot ser una bona estratègia per disminuir la síndrome del cremat o "burn out" entre el personal sanitari.



Prevenció i maneig adequat de les resistències

- L'EM facilita el reconeixement de les resistències i ens permet respondre amb estratègies concretes que ens permeten avançar.
- L'EM minimitza l'aparició de resistències i disminueix la seva intensitat.

L'eficàcia de l'EM ha estat àmpliament demostrada en diverses metaanàlisis per a l'abordatge de situacions diverses, relacionades amb les adiccions però també en altres condicions cròniques que requereixen un canvi de conducta. (49)

Els estudis han demostrat que l'EM millora:



La retenció del pacient al sistema de salut



L'adherència al tractament



La implicació del professional de la salut (metge, dietista, psicòleg, infermera, etc.) cap al tractament

Dades disponibles de revisions sistemàtiques (50-54) han demostrat l'eficàcia de l'EM per abordar el tractament de l'obesitat. (55,56) Un examen crític, però, dels resultats disponibles revela que fins ara l'objectiu principal dels estudis era la pèrdua de pes que experimenten les persones, sense tenir en compte altres millores de salut relacionades amb els seus valors i/o prioritats, així com altres possibles resultats (ja siguin millores cognitives, funcionals, mèdiques, de composició corporal, salut mental i altres millores relacionades amb el control de la gana). (57)

Eficàcia en un entorn clínic divers

L'eficàcia de l'EM ha estat demostrada:

- a l'entorn de centres d'atenció sanitària especialitzada com també en l'atenció primària.
- en intervencions curtes. (58)

Estratègies de promoció de la salut

L'entorn alimentari actual afavoreix la disponibilitat d'aliments ultraprocessats, d'elevada densitat calòrica i baix contingut nutricional. Els aliments ultraprocessats tenen un gran impacte en el benestar humà i ambiental. Els residus generats després del processament dels aliments i la manipulació dels residus afecten l'aire, l'aigua i el sòl. El procés de manipulació i embalatge del producte provoca l'alliberament de productes químics i toxines nocives al medi ambient. Això no només afecta el medi natural sinó també la salut humana.

Diverses organitzacions estatals proposen cinc polítiques prioritàries amb l'acrònim PODER per fomentar la creació d'entorns alimentaris saludables i sostenibles.

A continuació es descriu el PODER de les polítiques alimentàries, alineat amb polítiques agroalimentàries, que promouen la producció sostenible d'aliments saludables que haurien de formar part d'una transformació significativa del sistema alimentari. (59)



- P** (Publicitat): regulació de la publicitat d'aliments i begudes no saludables dirigida a menors per tots els mitjans i prohibició de patrocinis de congressos o esdeveniments esportius i avals d'associacions científiques o professionals de la salut. **Política prioritària: Regulació integral de la publicitat alimentària dirigida a menors.**
- O** (Oferta): promoció d'una oferta 100% saludable en màquines expenedores de centres educatius, sanitaris i esportius. **Política prioritària: Promoure una oferta saludable en màquines expenedores d'aliments i begudes.**
- D** (Demanda): implantació d'un impost, almenys del 20%, a les begudes ensucrades, acompanyat de subvencions o baixades d'impostos a aliments saludables i disponibilitat d'aigua potable a costejar a tots els centres i espais públics. **Política prioritària: Impost a les begudes ensucrades.**
- E** (Etiquetatge): aplicació efectiva del Nutri-Score mitjançant l'ús d'incentius, regulació i mecanismes de contractació pública. **Política prioritària: Aplicació efectiva del Nutri-Score.**
- R** (Reformulació): reformular amb la indústria els acords de la reformulació d'ingredients dels productes alimentaris amb objectius més ambiciosos i de compliment obligat. **Política prioritària: Reformular els acords de reformulació amb la indústria.**

Aquestes polítiques no només són efectives sinó que generen una conscienciació més gran en els ciutadans i resulten educatives per a tota la població, amb independència de l'estrat social. **!**

Experiència del Pacient (XPA) i Obesitat

Valor

Parlar de l'experiència de pacient (XPA) representa un canvi de paradigma en la definició de la qualitat dels serveis sanitaris perquè introdueix la idea de valor. El 2007, Porter i Teisberg (60) suggereixen que l'objectiu principal de l'atenció sanitària ha de ser incrementar el valor des de la perspectiva del pacient. El valor el defineix qui rep el servei, no qui el presta. Des del punt de vista de l'atenció sanitària, el valor des de la perspectiva de pacient implica preocupar-se de tot el procés assistencial, no només dels procediments aïllats, i avaluar-ne els resultats.

Un servei sanitari ha de ser segur i efectiu (ha de produir algun canvi positiu pel pacient). Però a la seguretat i a l'efectivitat s'hi afegeix una nova dimensió: XPA. L'XPA ha esdevingut el tercer pilar de la qualitat, juntament amb la seguretat i l'efectivitat. (61)

La idea de valor implica anar més enllà del concepte de "satisfacció" com a factor de la qualitat d'un servei. La "satisfacció" té un component molt subjectiu, estretament relacionat amb les expectatives. (62)

En definitiva, incorporar el concepte de valor vol dir treballar en la innovació en la prestació de serveis sanitaris per donar resposta a les necessitats no cobertes de les persones que s'atenen. A la Clínica Mayo posen l'èmfasi en el fet que el repte no és la innovació en ciència, sinó la falta d'innovació en la prestació de serveis. L'estratègia és simple: pensar gran, començar per quelcom petit i anar molt de pressa. (63)

El Beryl Institute defineix l'XPA com "la suma de totes les interaccions, modelades per la cultura d'una organització, que poden influir en les percepcions dels pacients, a través de tot el continu assistencial".(64)



Model assistencial

Des d'aquesta perspectiva es consolida el model PIEEX-Clínic (65) (PIEEX = Participació, informació, educació i experiència de pacients) que considera que la informació és el punt de partida. La informació ha de ser de qualitat, clara i útil (66). A partir d'aquí es poden dissenyar els programes educatius estructurats que facilitin l'automeanej de la malaltia per part dels pacients. Els programes s'han de dissenyar a partir de les necessitats (la metodologia d'avaluació de l'experiència de pacients es centra en la identificació de necessitats no cobertes i en la valoració de l'impacte de les intervencions de millora). La participació dels pacients des de l'inici dels projectes és fonamental per centrar els objectius i aconseguir l'escalabilitat i la disseminació. (67)

Malgrat aquesta tendència:

- L'escletxa entre la teoria i la pràctica és constatable. (68)
- La informació que es comparteix entre tots els implicats és un tema crucial. (69)
- La mesura dels resultats ha d'incloure la perspectiva de pacients (Patient Reported Experience Measurements - PREMs). (70)
- Les decisions compartides es consideren un element clau de l'XPA.

Finalment, pel que fa a la manera com cal mesurar de l'XPA, Steinmann et al (71) sostenen que les dades sense narrativa poden induir a confusió. És per això que l'avaluació de l'XPA s'ha de fer emprant diverses eines, tant quantitatives com qualitatives, tenint en compte múltiples dimensions i factors, i fent un esforç mantingut de cerca, desenvolupament i iteració d'aquestes eines i les innovacions que valoren.

1. En el marc de consolidació del model PIEEX-Clínic que hem mencionat abans (65), a Catalunya, s'han desenvolupat accions com ara l'informe Elements clau que influeixen en l'experiència del pacient (en anglès Patients reported experience measurements, PREM), que han permès definir els àmbits del procés assistencial que tenen relació amb l'experiència del pacient, partint de l'evidència científica disponible.

XPA i Obesitat (continuació)

Des d'un punt de vista operatiu s'han definit 12 àmbits que poden relacionar-se amb els PREMs. Els 12 àmbits són:



1. Gestió del temps



2. Qualitat de la visita (o del contacte)



3. Informació



4. Participació en la presa de decisions



5. Accessibilitat als professionals



6. Navegabilitat a través del sistema



7. Atenció durant les transicions



8. Adequació de la prescripció i valor de l'adherència



9. Entorn físic



10. Control del dolor



11. Suport emocional i tracte



12. Respecte als valors del pacient

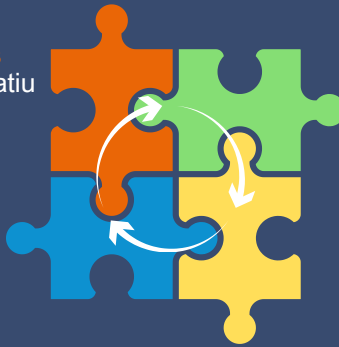
Té tot el sentit que, des de la perspectiva dels professionals que atenen les persones que viuen amb obesitat, es plantegi la millora de l'XPA atès que el fet d'entendre-la pot ajudar als professionals en diversos aspectes:

- **Conèixer necessitats no cobertes**
- **Identificar les barreres que dificulten la implementació dels projectes de millora:**
 - **Barreres en l'àmbit professional: manca de temps o de formació.**
 - **Barreres organitzatives: definició de rols professionals, del nombre de professionals o d'indicadors d'avaluació de l'activitat.**
 - **Barreres socials, fonamentalment relacionades amb l'estigma.**

Conclusió

Recursos i polítiques comunitàries de suport que permetin l'accés equitatiu a una atenció oportuna i de qualitat.

Els pacients tenen el poder d'autogestionar la seva salut, establir objectius i navegar pel sistema sanitari amb confiança.



El disseny del sistema sanitari prioritza l'atenció basada en l'evidència d'alta qualitat, els serveis integrats, la resiliència i la millora contínua de la qualitat.

La formació i el suport de l'equip assistencial se centren a integrar les guies de pràctica clínica en l'atenció proactiva, de suport i col·laborativa amb els pacients.

Per resoldre el trencaclosques de la creació d'un ecosistema eficaç per a l'atenció de l'obesitat a Catalunya, cal una planificació adequada dels sistemes, l'alineació dels recursos, l'educació dels proveïdors de salut i l'empoderament/educació dels pacients.

El següent pas clau per assolir aquest objectiu serà entendre amb profunditat l'experiència actual de la persona que pateix obesitat i/o alguna de les malalties associades, i com navega pel sistema sanitari, així com conèixer quins canvis caldria fer per garantir que el nostre marc de tractament sigui solidari, no estigmatitzant, accessible, equitatiu i basat en l'evidència.

Referències

1. Jaynaide Powis, Rachel Jackson Leach, Olivia Barata Cavalcanti, Tim Lobstein. Clinical care for obesity. International survey with reports on 50 countries. 2021 World Obesity Federation.
2. Estudio sobre la alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2019 https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Breve_ALADINO2019_NAOS.pdf
3. L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya, 2022. Resum executiu dels principals. Resultats de l'ESCA del 2022. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Maig de 2023
4. Gutiérrez-González E, García-Solano M, Pastor-Barriuso R, Fernández de Larrea-Baz N, Rollán-Gordo A, Peñalver-Argüeso B, Peña-Rey I, Pollán M, Pérez-Gómez B; ENE-COVID Study Group. Socio-geographical disparities of obesity and excess weight in adults in Spain: insights from the ENE-COVID study. *Front Public Health*. 2023 17;11:1195249. doi: 10.3389/fpubh.2023.1195249.
5. Lecube A, Sánchez E, Monereo S, Medina-Gómez G, Bellido D, García-Almeida JM, Martínez de Icaya P, Malagón MM, Goday A, Tinahones FJ; on behalf of the Spanish Society of Obesity. Factors Accounting for Obesity and Its Perception among the Adult Spanish Population: Data from 1,000 Computer-Assisted Telephone Interviews. *Obes Facts*. 2020;13(4):322-332. doi: 10.1159/000508111.
6. Gutiérrez-González E, Sánchez Arenas F, López-Sobaler AM, Andreu Ivorra B, Rollán Gordo A, García-Solano M. Socioeconomic and gender inequalities in childhood obesity in Spain. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023;99(2):111-121. doi: 10.1016/j.anpede.2023.05.008.
7. [Spain | World Obesity Federation Global Obesity Observatory \(last entry 14/12/2023\)](#).
8. Hernández Á, Zomeño MD, Dégano IR, Pérez-Fernández S, Goday A, Vila J, Civeira F, Moure R, Marrugat J. Excess Weight in Spain: Current Situation, Projections for 2030, and Estimated Direct Extra Cost for the Spanish Health System. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2019;72(11):916-924. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2018.10.010.
9. Lecube A, Monereo S, Rubio MÁ, Martínez-de-Icaya P, Martí A, Salvador J, Masmiquel L, Goday A, Bellido D, Lurbe E, García-Almeida JM, Tinahones FJ, García-Luna PP, Palacio E, Gargallo M, Bretón I, Morales-Conde S, Caixàs A, Menéndez E, Puig-Domingo M, Casanueva FF. Prevention, diagnosis, and treatment of obesity. 2016 position statement of the Spanish Society for the Study of Obesity. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2017;64 Suppl 1:15-22. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endonu.2016.07.002.
10. Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16(5):1129-34. doi: 10.1038/oby.2008.35.
11. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Weight-based victimization: bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth. *Pediatrics*. 2013;131(1):e1-9. doi: 10.1542/peds.2012-1106.
12. Lampard AM, MacLehose RF, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Davison KK. Weight-related teasing in the school environment: associations with psychosocial health and weight control practices among adolescent boys and girls. *J Youth Adolesc*. 2014;43(10):1770-80. doi: 10.1007/s10964-013-0086-3.
13. Lessard LM, Puhl RM. Adolescents' Exposure to and Experiences of Weight Stigma During the COVID-19 Pandemic. *J Pediatr Psychol*. 2021;19;46(8):950-959. doi: 10.1093/jpepsy/jsab071.
14. Bajorek, Z., Bevan, S. Obesity Stigma at Work. Institute of Employment Studies, UK. 2020. <https://www.employment-studies.co.uk/resource/obesity-stigma-work>.
15. Rudd Center for Food Policy & Obesity. Weight Bias & Stigma. <https://uconnruddcenter.org/research/weight-bias-stigma/>
16. Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One*. 2021;16(6):e0251566. doi: 10.1371/journal.pone.0251566.
17. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, Theophilus M, Alexander E, Haywood D, O'Connor M. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)*. 2021;29(11):1802-1812. doi: 10.1002/oby.23266.
18. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26:485-497.

Referències

19. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: A scoping review. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20(e116):114. doi:10.1017/s1463423619000227
20. <https://bnnbreaking.com/breaking-news/health/obesity-discrimination-in-spain-a-societal-stigma/>
21. Nolan CM, Longworth L, Lord J, Canavan JL, Jones SE, Kon SS, Man WD. The EQ-5D-5L health status questionnaire in COPD: validity, responsiveness and minimum important difference. *Thorax.* 2016;71(6):493-500. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-207782.
22. Pearl RL, Wadden TA, Hopkins CM, Shaw JA, Hayes MR, Bakizada ZM, Alfaris N, Chao AM, Pinkasavage E, Berkowitz RI, Alamuddin N. Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. *Obesity (Silver Spring).* 2017;25(2):317-322. doi: 10.1002/oby.21716.
23. Forouhar V, Edache IY, Ramos Salas X, Alberga AS. Weight bias internalization and beliefs about the causes of obesity among the Canadian public. *BMC Public Health.* 2023, 24;23(1):1621.
24. Salvador J, Vilarrasa N, Poyato F, Rubio MÁ. Perceptions, Attitudes, and Barriers to Obesity Management in Spain: Results from the Spanish Cohort of the International ACTION-IO Observation Study. *J Clin Med.* 2020 2;9(9):2834. doi: 10.3390/jcm9092834.
25. WHO Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>
26. Ramos Salas X, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine K. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Heal.* 2017;108(5-6):e598-e608. doi:10.17269/cjph.108.6044
27. Kirk SF, Price SL, Penney TL, Rehman L, Lyons RF, Piccinini-Vallis H, Vallis TM, Curran J, Aston M. Blame, Shame, and Lack of Support: A Multilevel Study on Obesity Management. *Qual Health Res.* 2014;24(6):790-800. doi: 10.1177/1049732314529667.
28. Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Fighting obesity or obese persons? Public perceptions of obesity-related health messages. *Int J Obes (Lond).* 2013;37(6):774-82. doi: 10.1038/ijo.2012.156.
29. Ramos Salas X. Closing obesity care gaps and achieving health equity for people living with obesity. *Eur J Intern Med.* 2021;91:1-2. doi: 10.1016/j.ejim.2021.06.016.
30. Nutter S, Eggerichs LA, Nagpal TS, Ramos Salas X, Chin Chea C, Saiful S, Ralston J, Barata-Cavalcanti O, Batz C, Baur LA, Birney S, Bryant S, Buse K, Cardel MI, Chugh A, Cuevas A, Farmer M, Ibrahim A, Kataria I, Kotz C, Kyle T, le Brocq S, Mooney V, Mullen C, Nadglowski J, Neveux M, Papapietro K, Powis J, Puhl RM, Rea Ruanova B, Saunders JF, Stanford FC, Stephen O, Tham KW, Urudinachi A, Vejar-Renteria L, Walwyn D, Wilding J, Yusop S. Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2023,17:e13642. doi: 10.1111/obr.13642.
31. Espallardo O, Busutil R, Torres A, Zozaya N, Villoro R, Hidalgo-Vega Á. The Impact of Severe Obesity on Healthcare Resource Utilisation in Spain. *Obes Surg.* 2017;27(8):2058-2066. doi: 10.1007/s11695-017-2596-7.
32. Salvador J, Vilarrasa N, Poyato F, Rubio MÁ. Perceptions, Attitudes, and Barriers to Obesity Management in Spain: Results from the Spanish Cohort of the International ACTION-IO Observation Study. *J Clin Med.* 2020,2;9(9):2834. doi: 10.3390/jcm9092834.
33. Evans M, de Courcy J, de Laguiche E, Faurby M, Haase CL, Matthiessen KS, Moore A, Pearson-Stuttard J. Obesity-related complications, healthcare resource use and weight loss strategies in six European countries: the RESOURCE survey. *Int J Obes (Lond).* 2023;47(8):750-757. doi: 10.1038/s41366-023-01325-1.
34. Hajat C, Stein E. La càrrega global de múltiples malalties cròniques: una revisió narrativa. *Prev Med Rep.* 2018,19;12:284-293. DOI: 10.1016/j.pmedr.2018.10.008.
35. WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
36. Hibbard JH, Greene J. Què mostra l'evidència sobre l'activació del pacient: millors resultats de salut i experiències assistencials; Menys dades sobre costos. *Salut Aff (Fusta de molí).* 2013; 32(2):207-214. DOI:10.1377/hlthaff.2012.1061 3.

Referències

37. Therapeutic Patient Education. An introductory guide. WHO. [Annex1700125363.pdf](#) ([quotidianosanita.it](#))
38. Jansà M, Vidal M. Educació terapèutica en pacients crònics: el model de diabetis. *Nutr endocrinol*. 2015; 62(2):53-5. Castellà, anglès. DOI: 10.1016/j.endonu.2014.12.007.
39. Quirós C, Jansà M, Viñals C, Giménez M, Roca D, Escarrabill J, García F, Pérez S, Conget I. Experiències i maneig de la vida real de la bomba d'insulina en adults amb diabetis tipus 1. *Diabetis endocrinol Nutr (Engl Ed)*. 2019; 66(2):117-123. DOI: 10.1016/J.Endinu.2018.05.017.
40. Colungo C, Liroz M, Jansà M, Blat E, Herranz MC, Vidal M, García Gómez M, Esmatjes E, Ortega E. Programa d'atenció sanitària i educació terapèutica per a la diabetis tipus 2 recentment diagnosticada: un nou enfocament en atenció primària. *Diabetis endocrinol Nutr (Engl Ed)*. 2018; 65(9):486-499. DOI: 10.1016/J.Endinu.2018.06.011.
41. Valverde M, Isla P, Jansà M, Moncho J. Desenvolupament del rol professional de la infermera de diabetis en diabetis especialitzada i atenció primària a Catalunya. *Diabetis endocrinol Nutr (Engl Ed)*. 2021; 68(1):53-65. DOI: 10.1016/J.Endinu.2019.11.011.
42. Bertran MJ, Jansà M, Vidal M, Núñez M, Isla P, Escarrabill J. Orientacions metodològiques per a l'elaboració d'un programa estructurat d'educació terapèutica: del disseny a l'avaluació. *Rev Clin Esp*. 2020;3: S0014-2565 (20) 30035-7. DOI: 10.1016/j.rce.2019.12.007.
43. Jansà M, Bertran MJ, Vilardell J, Garcia F, Escarrabill J; Grup de Treball d'Educació Terapèutica i de la Informació (GTIET) de l'Hospital Clínic de Barcelona. Anàlisi de la qualitat de l'educació terapèutica del pacient i de la informació en un hospital de referència d'alta complexitat. *J Healthc Qual Res*. 2018; 33(6):343-351. DOI: 10.1016/j.jhqr.2018.08.003.
44. Kaplan RM. Behavior change and reducing health disparities. *Prev Med*. 2014;68:5-10; doi:10.1016/j.ypmed.2014.04.014 4.
45. Kaplan RM, Milstein A. Contributions of health care to longevity: A review of 4 estimation methods. *Ann Fam Med*. 2019;17(3):267-272. doi:10.1370/afm.2362 5.
46. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother*. 1983;11(2):147-172. doi:10.1017/S0141347300006583 6. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford; 2013.
47. VanBuskirk KA, Wetherell JL. Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med*. 2014;37(4):768-780. doi:10.1007/s10865-013-9527-4
48. Miller, W. R. and Rollnick, S. *Motivational Interviewing-Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guildford Press, 1991. ISBN 0-89862-566-1." *Journal of community & applied social psychology*. 3.2 (1993): 170-171.
49. Hetteema J, Steele J, Miller WR. Entrevista motivacional. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91-111. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833.
50. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, et al. Entrevista motivacional per millorar la pèrdua de pes en pacients amb sobrepès i/o obesitat: revisió sistemàtica i metaanàlisi d'assajos controlats aleatoris. *Obes Rev*. 2011;12:709-23. DOI:10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x
51. Barnes RD, Ivezaj V. Revisió sistemàtica de l'entrevista motivacional per a la pèrdua de pes en adults d'atenció primària. *Obes Rev*.2015;16:304-18. DOI:10.1111/obr.12264
52. Gálvez Espinoza P, Gómez San Carlos N, Nicoletti Rojas D, et al. [És efectiva l'entrevista motivacional individual en el tractament del sobrepès i l'obesitat? Una revisió sistemàtica]. *Aten Primària*. 2019;51:548-61. DOI:10.1016/j.aprim.2018.04.006
53. Patel ML, Wakayama LN, Baix MB, et al. Entrevista motivacional en eHealth i intervencions de telesalut per perdre pes: a Revisió sistemàtica. *Anterior Med*. 2019;126:105738. DOI:10.1016/j.yjpm.2019.05.026
54. Suire KB, Kavookjian J, Feiss R, et al. Entrevista motivacional per al control del pes en dones: metaanàlisi i revisió sistemàtica de les TCA. *Int J Behav Med*. 2021;28:403-16. DOI:10.1007/s12529-020-09934-0
55. Makin H, Chisholm A, Fallon V, et al. Ús de l'entrevista motivacional en intervencions conductuals en adults amb obesitat: revisió sistemàtica i metaanàlisi. *Clin Obes*. 2021; 11:E12457. DOI:10.1111/cob.12457

Referències

56. Amiri P, Mansouri-Tehrani MM, Khalili-Chelik A, et al. L'entrevista motivacional millora el procés de control del pes en adolescents? Una revisió sistemàtica i metaanàlisi. *Int J Behav Med.* 2022;29:78-103. DOI:10.1007/s12529-021-09994-w
57. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, Adamo K, Alberga A, Bell R, Boulé N, Boyling E, Brown J, Calam B, Clarke C, Crowshoe L, Divalentino D, Forhan M, Freedhoff Y, Gagner M, Glazer S, Grand C, Green M, Hahn M, Hawa R, Henderson R, Hong D, Hung P, Janssen I, Jacklin K, Johnson-Stoklossa C, Kemp A, Kirk S, Kuk J, Langlois MF, Lear S, McInnes A, Macklin D, Naji L, Manjoo P, Morin MP, Nerenberg K, Patton I, Pedersen S, Pereira L, Piccinini-Vallis H, Poddar M, Poirier P, Prud'homme D, Ramos Salas X, Rueda-Clausen C, Russell-Mayhew S, Shiau J, Sherifali D, Sievenpiper J, Sockalingam S, Taylor V, Toth E, Twells L, Tytus R, Walji S, Walker L, Wicklum S. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ.* 2020;4;192(31):E875-E891. doi: 10.1503/cmaj.191707.
58. VanBuskirk KA, Wetherell JL. Entrevista motivacional a poblacions d'atenció primària: revisió sistemàtica i metaanàlisi. *J Behav Med.* 2014; 37(4):768-80. DOI: 10.1007/S10865-013-9527-4.
59. Royo-Bordonada MÁ, Rodríguez-Artalejo F, Bes-Rastrollo M, Fernández-Escobar C, González CA, Rivas F, Martínez-González MÁ, Quiles J, Bueno-Cavanillas A, Navarrete-Muñoz EM, Navarro C, López-García E, Romaguera D, Morales Suárez-Varela M, Vioque J; en nombre del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Epidemiología. Políticas alimentarias para prevenir la obesidad y las principales enfermedades no transmisibles en España: querer es poder [Food policies to prevent obesity and the main non-transmissible diseases in Spain: where there's a will there's a way]. *Gac Sanit.* 2019;33(6):584-592. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.05.009.
60. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of healthcare. *JAMA.* 2007;297(10):1103-11.
61. Doyle C, Lennox L & Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013; 3: 1-18.
62. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med.* 2013,17;368(3):201-3. doi: 10.1056/NEJMp1211775.
63. LaRusso N, Spurrier B, Farrugia G. Think Big, Start Small, Move Fast. A Blueprint for Transformation from The Mayo Clinic Center for Innovation. New York. McGrawHill. 2015.
64. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal.* 2014; 1(1):7-19. doi: 10.35680/2372-0247.1004.
65. Escarrabill J, Jansà M, Vilardell J i Gresle AS (2021) El model PIEEXClínic. De quina manera s'integren la participació, la informació, l'educació terapèuti-ca estructurada i l'experiència de pacients en el món real. *XPA & Health Com.* 4 _ <http://www.xpabcn.com/revista/index.php/XPAHC/article/view/53> Accés el 13 de novembre de 2023.
66. Jansà M, Bertran MJ, Vilardell J, Garcia F, Escarrabill J; Working Group on Information and Therapeutic Education (GTIET) of the Hospital Clínic de Barcelona. Analysis of the quality of patient therapeutic education and information in a high complexity reference hospital. *J Healthc Qual Res.* 2018;33:343-351.
67. Escarrabill J. Patient participation in improving services at Hospital Clínic (Barcelona). *European Public Mosaic (EPuM): Open Journal on Public Service,* 2023, 20: 70-83.
68. de Vasconcelos Silva ACP, Araujo BM, Spiegel T, da Cunha Reis A. May value-based healthcare practices contribute to comprehensive care for cancer patients? A systematic literature review. *J Cancer Policy.* 2022,4:100350. doi: 10.1016/j.jcpc.2022.100350.
69. Ventura-Aguiar P, Bayés-Genís B, Amor AJ, Cuatrecasas M, Diekmann F, Esmatjes E, Ferrer-Fàbrega J, García-Criado Á, Musquera M, Olivella S, Palou E, Paredes D, Perea S, Perez A, Poch E, Romano B, Escarrabill J. Patient Experience in Pancreas-Kidney Transplantation-A Methodological Approach Towards Innovation in an Established Program. *Transpl Int.* 2022;14;35:10223.
70. Escarrabill J, Almazán C, Barrionuevo-Rosas L, Moharra M, Fité A, Jiménez J. Key factors affecting the patient experience. *Patient Reported Experience Measures (PREM).* Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020. https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2020/key_factors_experience_patients_prem_aquas2020en.pdf Acceso el 26 de agosto de 2022.
71. Steinmann G, van de Bovenkamp H, de Bont A, Delnoij D. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. *BMC Health Serv Res.* 2020,14;20(1):862.

En col·laboració amb

