



Mapa del sistema de salut de Catalunya

Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

Febrer de 2026



**Generalitat
de Catalunya**

Autoria

Lideratge:

Yolanda Lejardi

Miquel Àngel Mas

Secretaria tècnica:

Bea Cruañas

Montse Masó

Membres del grup de treball:

Jordi Amblàs

Xavier Arrebola

Claudi Camps

Montse Canet

Núria Casalé

Anna Coma

Joan Carles Contel

Montse Domènech

Joan Espauella

Coral Fernández

Josep A. Garcia-Navarro

Mercè Generó

Elisabet Montori

Clara Pareja

Núria Plaza

Mireia Puig

Ignasi Riera

Anna Rufí

Carlos Tomàs

Pere Vivó

Oriol Yuguero

Índex de continguts

0. Introducció	4
1. Resum executiu	5
2. Context	6
3. Marc conceptual de la integració i la personalització de l'atenció	8
4. Diagnosi compartida: fortaleces i reptes del sistema	9
5. Visió compartida.....	9
6. Reptes	10
7. Objectius i accions	11
Repte 1. Posar la persona al centre del model d'atenció	11
Repte 2. Abordar les necessitats de les persones al llarg de la vida	15
Repte 3. Impulsar una cobertura integrada de les necessitats de la persona.....	18
Repte 4. Promoure una avaluació basada en resultats centrats en la persona	24

Grup de treball d'Integració i personalització de l'atenció

“Tenir cura és més que curar”

0. Introducció

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

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

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



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

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

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

1. Resum executiu

Els canvis demogràfics, epidemiològics i socials dels darrers anys estan transformant de manera significativa les necessitats de salut de la població i plantegen nous reptes als sistemes sanitaris. L'increment de la cronicitat, l'envelliment progressiu i l'augment de situacions de fragilitat i complexitat evidencien la necessitat d'avançar cap a models d'atenció capaços d'oferir respostes més coordinades, contínues i adaptades al projecte vital de les persones.

En aquest escenari, el nou Mapa del sistema de salut de Catalunya avança cap a un model que reforça la integració assistencial, promou la personalització de l'atenció i impulsa una major coordinació amb els serveis socials i els recursos comunitaris. Aquest model situa la persona com a eix central del sistema i orienta les actuacions cap a la generació de resultats que millorin la salut, la funcionalitat i la qualitat de vida al llarg del cicle vital.

El document elaborat pel Grup d'integració i personalització de l'atenció estableix un marc compartit per orientar aquesta evolució del sistema, identificant reptes estratègics, definint objectius comuns i proposant línies d'actuació per avançar cap a un model d'atenció integrada, proactiva i centrada en la persona. Aquest plantejament incorpora una mirada territorial que reconeix la necessitat d'adaptar les respostes a les característiques i necessitats específiques de cada entorn.

En aquest marc, les àrees integrades de salut es configuren com a espais de coordinació, governança i corresponsabilitat entre institucions, professionals i territori, facilitant l'alineament d'objectius, la planificació conjunta dels recursos i el desenvolupament de respostes més resolutives i properes a la ciutadania.

El model proposat promou l'atenció al llarg de tot el cicle vital, impulsa el reforç de l'atenció comunitària i domiciliària, fomenta el treball interprofessional, potencia l'ús compartit de la informació i orienta l'avaluació del sistema cap a resultats centrats en la persona. Aquest enfocament vol contribuir a consolidar un sistema de salut més equitatiu, eficient i sostenible, capaç de donar resposta a la complexitat actual i futura.

2. Context

Els sistemes de salut afronten un procés de transformació profund derivat de canvis demogràfics, epidemiològics i socials que impacten directament en la manera com s'organitzen i es presten els serveis assistencials. L'envelliment progressiu de la població, l'increment de la cronicitat, l'augment de situacions de fragilitat i dependència i la persistència de desigualtats socials i territorials en salut configuren un escenari que tensiona models històricament dissenyats per donar resposta principalment a episodis aguts i sovint estructurats de manera fragmentada entre nivells assistencials, dispositius i serveis.

A Catalunya, una part creixent de la població conviu amb múltiples condicions cròniques, amb necessitats sanitàries i socials simultànies i amb requeriments de seguiment longitudinal. Aquestes situacions s'associen sovint a un ús intensiu de recursos sanitaris i a pitjors resultats en salut quan l'atenció no és coordinada, continua i ajustada a les necessitats funcionals i socials de la persona. Paral·lelament, les diferències territorials en esperança i qualitat de vida evidencien l'impacte dels determinants socials, econòmics, educatius i digitals en la salut de la població.

Aquest context posa de manifest la necessitat d'evolucionar cap a models d'atenció que superin la fragmentació, reforcin la continuïtat assistencial i orientin les intervencions cap a la generació de valor en salut, entenent aquest valor no només com a millora clínica sinó també com a manteniment de la funcionalitat, l'autonomia i la qualitat de vida de les persones al llarg del temps. Avançar en aquesta direcció implica també garantir que l'atenció sigui respectuosa amb les preferències de cada persona, alineada amb el seu projecte vital i capaç de proporcionar els suports necessaris en cada etapa.

En aquest marc, la integració i la personalització de l'atenció emergeixen com a eixos estructurals d'evolució del sistema. Integrar implica alinear estructures, processos i informació per garantir coherència i continuïtat; personalitzar implica adaptar les respostes a les necessitats, preferències i objectius vitals de cada persona, promovent la seva participació activa en la presa de decisions i reforçant la seva autonomia. Aquest doble enfocament permet avançar cap a un sistema més proper, més eficient i més equitatiu.

Aquesta evolució comporta reforçar la coordinació dins del propi sistema sanitari, assegurant una integració efectiva entre nivells assistencials i dispositius. Sobre aquesta base, i de manera progressiva i coordinada, cal consolidar també la integració amb els serveis socials i amb els recursos comunitaris, especialment en l'atenció a poblacions amb complexitat moderada i avançada, on les necessitats sanitàries i socials es troben íntimament relacionades. Aquesta orientació respon a una visió centrada en la persona, en el territori i en la sostenibilitat del sistema a mitjà i llarg termini.

En aquest escenari, diferents estratègies i experiències desenvolupades en els darrers anys han posat de manifest la importància d'orientar l'atenció especialment cap a les persones amb situacions de fragilitat i complexitat, que sovint requereixen respostes coordinades, continuades en el temps i adaptades a les seves necessitats vitals. En aquesta línia, s'ha reforçat el paper de l'atenció comunitària i domiciliària com a entorns

rellevants d'intervenció, alhora que s'ha promogut un ús més adequat i resolutiu dels recursos hospitalaris.

Paral·lelament, l'experiència acumulada evidencia el valor de disposar d'espais de coordinació territorial que facilitin l'alineament d'objectius i la col·laboració entre proveïdors i serveis. En aquest marc, la integració entre nivells assistencials i la coordinació amb els serveis socials, els recursos comunitaris i altres àmbits que incideixen en el benestar de la població s'han anat consolidant com a elements rellevants per avançar cap a respostes més coherents davant situacions de complexitat creixent.

Aquesta evolució s'ha vist acompanyada també per iniciatives orientades a millorar la disponibilitat i l'ús compartit de la informació, afavorint la presa de decisions clínica i organitzativa basada en el coneixement, així com l'avaluació progressiva dels resultats en salut. En aquest sentit, es consolida una mirada que incorpora, juntament amb els resultats clínics, altres dimensions vinculades a la funcionalitat, l'autonomia i la qualitat de vida de les persones.

Finalment, aquest procés d'evolució del model assistencial ha posat de relleu la necessitat d'adaptar progressivament l'organització dels equips professionals i el desenvolupament de competències vinculades al treball interdisciplinari, a l'abordatge de la complexitat i a la coordinació entre dispositius i nivells assistencials, en coherència amb una visió de sistema centrada en les persones i en el territori.

El treball del Grup d'integració i personalització de l'atenció s'emmarca en aquest escenari de transformació i s'ha orientat a identificar reptes compartits, comprendre necessitats emergents i establir les bases d'un model capaç de respondre a la complexitat actual. A partir d'aquest procés col·lectiu, s'ha construït una visió comuna i s'han definit objectius i accions que orienten el desplegament d'un sistema d'atenció integrada, proactiva i centrada en la persona.

3. Marc conceptual de la integració i la personalització de l'atenció

L'atenció integrada es fonamenta en la necessitat d'oferir respostes coordinades, longitudinals i centrades en la persona, superant la fragmentació tradicional dels sistemes assistencials. Aquest enfocament es concreta en dues dimensions complementàries que han d'avançar de manera sincrònica i continuada en el temps:

Integració vertical, orientada a reforçar la continuïtat assistencial dins del sistema sanitari, millorant l'alineació entre atenció primària, especialitzada, intermèdia i hospitalària, com també l'atenció urgent extrahospitalària i els serveis d'emergències mèdiques, i la coherència de processos clínics, sistemes d'informació i resultats. Aquesta dimensió busca garantir que la persona rebi l'atenció adequada en el moment adequat i en el lloc més adient, evitant duplicitats, descoordinacions i intervencions innecessàries.

Integració horitzontal, orientada a la coordinació amb serveis socials, recursos comunitaris i altres àmbits que incideixen en el benestar de les persones, amb l'objectiu d'abordar necessitats complexes i actuar sobre els determinants socials de la salut. Aquesta dimensió amplia la mirada assistencial i permet incorporar el context vital, familiar i comunitari com a elements clau en la presa de decisions.

Aquesta doble integració requereix una mirada sistèmica que contempli tres nivells interrelacionats:

- **Nivell micro**, centrat en la pràctica assistencial directa amb la persona, que inclou la valoració multidimensional, el treball d'equips interdisciplinaris, la gestió de casos, l'atenció domiciliària integrada i la definició de plans individualitzats.
- **Nivell meso**, vinculat a l'organització territorial i a la governança operativa, amb especial rellevància de les àrees integrades de salut com a espais de coordinació entre proveïdors, serveis i dispositius, sota una lògica d'objectius compartits i responsabilitat territorial.
- **Nivell macro**, relacionat amb les polítiques públiques, els models de finançament, les estructures d'informació interoperables i els marcs comuns d'avaluació, que han de permetre orientar el sistema cap a resultats i garantir la sostenibilitat de la transformació.

En aquest model, l'atenció intermèdia i els serveis territorials especialitzats (geriatria, cures pal·liatives, rehabilitació, salut mental comunitària, entre d'altres) adquireixen un paper estratègic com a eixos vertebradors de les transicions assistencials. Aquests dispositius faciliten la recuperació funcional, eviten ingressos hospitalaris innecessaris, reforcen la continuïtat de cures i consoliden espais de treball col·laboratiu entre professionals hospitalaris, d'atenció primària i socials.

La personalització de l'atenció complementa aquesta visió integradora situant la persona com a subjecte actiu del procés assistencial. Implica incorporar preferències,

valors i objectius vitals en la presa de decisions, fomentar l'autonomia i promoure la participació efectiva de la ciutadania i dels professionals en la planificació i l'avaluació del model. Aquest enfocament contribueix a generar confiança, millorar l'experiència d'atenció i reforçar la corresponsabilitat en salut.

4. Diagnosi compartida: fortaleeses i reptes del sistema

En el marc del procés de treball del grup, es va realitzar un exercici participatiu d'identificació de fortaleeses i àrees de millora del sistema en relació amb la integració i la personalització de l'atenció. Aquest exercici va permetre constatar l'existència d'elements consolidats, com la qualitat i el compromís dels professionals, la solidesa del sistema públic universal, el desenvolupament d'experiències territorials d'atenció integrada i l'avanç en la digitalització i els sistemes d'informació compartits. Paral·lelament, es van identificar reptes rellevants vinculats a la fragmentació organitzativa, les dificultats d'interoperabilitat dels sistemes d'informació, la necessitat d'alinear els models de finançament amb els objectius d'integració, les desigualtats territorials en el desplegament de serveis i la necessitat d'avançar en la coordinació efectiva entre els àmbits sanitari i social.

Aquestes reflexions compartides han contribuït a orientar la definició de la visió, els reptes estratègics i les línies d'acció que es desenvolupen en aquest document.

5. Visió compartida

Avançar cap a un model d'atenció integrada, orientat a generar resultats en salut i en qualitat de vida, maximitzant l'autonomia i garantint els drets i la dignitat de les persones en totes les etapes, mitjançant respostes sanitàries i socials integrades, la participació activa de la ciutadania, equips interprofessionals i la incorporació d'eines tecnològiques eficients.

Aquesta visió s'alinea amb la necessitat d'una doble integració, vertical i horitzontal, que garanteixi coherència assistencial i resposta social adequada al llarg del cicle vital.

6. Reptes



1. Posar la persona al centre del model d'atenció de manera efectiva, garantint una adequada identificació de les necessitats sanitàries i socials



2. Abordar les necessitats de les persones en totes les etapes de la vida, de forma personalitzada



3. Impulsar una cobertura integrada de les necessitats de la persona que superi la fragmentació del sistema



4. Promoure l'aplicació d'accions basades en una avaluació que combini resultats del sistema integrat i resultats centrats en la persona.

7. Objectius i accions

En el procés d'elaboració del document del Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció, es van definir inicialment uns objectius associats a cada repte, que van servir com a marc orientador del debat i del treball col·lectiu del grup.

A partir d'aquests objectius, el grup va aprofundir en la discussió, va identificar idees clau i va concretar un conjunt d'accions amb un nivell de maduresa més elevat, especialment pel que fa al desplegament territorial, l'operativització del model i els sistemes d'avaluació.

En la fase de redacció del document, els objectius s'han reformulat per garantir una millor coherència amb el nivell de concreció de les accions definides, mantenint-ne l'esperit i el contingut conceptual, i assegurant una lectura clara i alineada amb l'estat final del treball del grup.

Repte 1. Posar la persona al centre del model d'atenció

En coherència amb el marc conceptual d'integració territorial i reducció de desigualtats.

Objectius del repte:

Objectiu 1.1. Avançar cap a un coneixement integral, compartit i territorialitzat de les necessitats de salut i socials de la població, incorporant de manera sistemàtica la perspectiva d'equitat i de desigualtats en salut.

Objectiu 1.2. Orientar la planificació territorial de serveis i recursos a partir de la identificació conjunta de necessitats, garantint coherència, priorització i adequació de les respostes.

Objectiu 1.3. Promoure models de valoració integrada que facilitin una atenció coordinada, contínua i personalitzada, especialment en persones amb necessitats complexes.

Objectiu 1.4. Enfortir la participació de la ciutadania i dels professionals en els processos de governança, planificació i avaluació del model d'atenció integrada a nivell territorial.

Les accions que es presenten a continuació constitueixen el desplegament operatiu del conjunt d'objectius definits per a aquest repte, sense correspondència unívoca entre numeració d'objectius i d'accions.

Accions

Acció 1.1. Desenvolupar, en el si de cada Àrea Integrada de Salut (AIS), mapes territorials de vulnerabilitat basats en indicadors socials, econòmics i de salut per identificar desigualtats i orientar la planificació territorial de serveis i recursos

Què volem aconseguir. Disposar d'un instrument estable i homogeni que permeti identificar desigualtats i distribuir els recursos per poder-les abordar tenint en compte els territoris i col·lectius amb major necessitat.

Descripció. Elaboració d'un marc metodològic comú; integració d'informació (dades socials, econòmiques, sanitàries, ...); validació territorial; generació de mapes i capes analítiques per orientar la prioritització de serveis i intervencions.

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés: % d'AIS amb mapa elaborat i aprovat.

Resultat: Publicació dels mapes al portal de l'Observatori de les Desigualtats en Salut

Agents implicats. Departament de Salut; Departament de Drets Socials; CatSalut; AQUAS; Direccions i oficines AIS; ajuntaments i consells comarcals; proveïdors sanitaris i socials; Salut Pública; Observatori de les Desigualtats; SEM

Acció 1.2. Disposar d'un procediment compartit d'identificació de necessitats sanitàries i socials amb participació dels agents territorials

Què volem aconseguir. Un marc comú i participat que permeti identificar necessitats de forma transparent, comparable i útil per a la planificació integrada

Descripció. Disseny col·laboratiu del procediment (fonts de dades, criteris, rols, fases i calendaris); pilotatge; revisió participada; desplegament territorial i acompanyament.

Termini. 2 anys

Indicadors.

Procés: Procediment aprovat i % d'AIS que l'apliquen.

Resultat:

% necessitats identificades que s'integren en la planificació anual

Reducció de la variabilitat territorial mitjançant l'homogeneïtzació de pràctiques i resultats entre Àrees Integrades de Salut.

% d'actors territorials que valoren positivament el procés (valoració ≥ 4 en una escala de 1 a 5).

Agents implicats. Departament de Salut; Drets Socials; CatSalut; Direccions AIS; Oficina Estratègica AIS; ajuntaments i consells comarcals; proveïdors sanitaris, socials i comunitaris; AQUAS; Salut Pública. SEM

Acció 1.3. Orientar la planificació conjunta d'actuacions i recursos en base als resultats obtinguts del procediment d'identificació de necessitats

Què volem aconseguir. Fer que la planificació integrada no sigui nominal, sinó una resposta clara i prioritzada a necessitats validades i compartides

Descripció. Traducció dels resultats de l'acció 1.2. (Disposar d'un procediment compartit d'identificació de necessitats sanitàries i socials amb participació dels agents territorials) en objectius, recursos i accions territorials concretes; definició de criteris de priorització; establiment de plans territorials conjunts amb calendari i seguiment, amb mecanismes de seguiment que permetin detectar duplicacions i incoherències en l'assignació de recursos

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

% territoris que elaboren la planificació integrada anual
% de plans territorials que incorporen necessitats identificades.

Resultat:

% d'intervencions prioritzades segons criteris de necessitat.
Increment de la coherència entre recursos assignats i necessitats
Reducció d'actuacions duplicades o desalineades

Agents implicats. Departament de Salut; Departament de Drets Socials; CatSalut; Direccions i Oficina Estratègica AIS; ajuntaments i consells comarcals; proveïdors sanitaris, socials i residències; AQUAS

Acció 1.4. Implementar sistemes de valoració integrada de necessitats sanitàries i socials en les poblacions prioritzades als mapes de vulnerabilitat

Què volem aconseguir. Basar la intervenció en una valoració integral compartida, que permeti plans individualitzats coherents i major continuïtat d'atenció

Descripció. Definició d'un instrument de valoració integrada i/o d'una plataforma integrada amb interoperabilitat; formació d'equips en atenció integrada; aplicació en població prioritzada; establiment de mecanismes de coordinació i retorn d'informació

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

% de persones prioritzades amb valoració integrada realitzada.

Disposar d'un instrument de valoració integrada i/o d'una plataforma integrada amb interoperabilitat

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

Resultat:

Reducció de duplicacions de valoracions

% de plans d'intervenció conjunts generats

Millora dels resultats en continuïtat assistencial (PREM)

Disminució de transicions i adequació de la utilització de recursos (d'internament, farmacològics, ...)

Agents implicats. Departament de Salut; Drets Socials; CatSalut; AQUAS; F.TIC Salut i Social; Direccions AIS; proveïdors sanitaris, socials i residencials; equips d'AP i serveis socials bàsics

Acció 1.5¹ Incorporar ciutadania i professionals en la governança territorial i en la definició dels processos de planificació i avaluació, mitjançant espais formals de participació a totes les AIS

Què volem aconseguir. Disposar d'un model de governança territorial participat, transparent i representatiu, que integri de manera sistemàtica la veu de la ciutadania i dels professionals, i que millori la qualitat, la legitimitat i l'efectivitat de les decisions de planificació i avaluació en funció de les necessitats identificades

Descripció. Disseny del model d'espais formals de participació (funcions, composició, criteris de representativitat); creació progressiva a totes les AIS; integració de propostes en planificació i avaluació; mecanismes de retorn

Termini. 2 – 5 anys

Indicadors

Procés:

% d'AIS amb espai de participació operatiu.

N. sessions anuals celebrades

% participació de professionals i ciutadania

Resultat:

% de propostes incorporades a la planificació

Millora dels índexs de confiança i transparència

Impacte de les propostes aplicades

Agents implicats. Departament de Salut; Departament de Drets Socials; Educació; CatSalut; món local (ajuntament/consell comarcal); Direccions i Oficina Estratègica AIS; col·legis professionals; entitats comunitàries i del tercer sector; representants ciutadania

¹ Nota Interna: Aquesta acció s'ha de compartir amb el Grup de governança

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

Repte 2. Abordar les necessitats de les persones al llarg de la vida

Incorporant una mirada longitudinal que abasti les diferents etapes del cicle vital.

Objectius:

Objectiu 2.1. Impulsar la continuïtat assistencial i una visió compartida de la persona al llarg del cicle vital mitjançant sistemes d'informació integrats, interoperables i orientats a l'atenció centrada en la persona

Objectiu 2.2. Alinear els instruments de finançament, assignació de recursos i incentius amb els objectius del model d'atenció integrada, promovent resultats compartits en l'àmbit territorial

Objectiu 2.3. Reforçar les capacitats del sistema mitjançant el desenvolupament, el reconeixement i l'acreditació de perfils professionals adequats als nous models d'atenció integrada

Les accions que es presenten a continuació constitueixen el desplegament operatiu del conjunt d'objectius definits per a aquest repte, sense correspondència unívoca entre numeració d'objectius i d'accions.

Accions:

Acció 2.1. Implantar un historial integrat i funcional garantint interoperabilitat, interconnexió amb plataformes territorials i accessibilitat dels diferents rols professionals que intervenen en la cadena d'atenció i seguiment compartit.

Què volem aconseguir. Una visió única i compartida de la persona, que faciliti la coordinació, la continuïtat i la presa de decisions informada

Descripció. Integració tecnològica dels sistemes sanitaris entre ells i dels sistemes sanitaris i socials per disposar d'un historial únic i interoperable, amb connexió a HC3, sistemes clínics territorials, plataformes de serveis socials i dispositius residencials. Definició dels rols professionals i perfils d'accés, formació en l'ús del nou historial i en el treball compartit, i integració amb les plataformes territorials de suport a la comunitat per facilitar la coordinació, la derivació i el seguiment

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

Sistema interoperable desplegat

% professionals amb accés habilitat

N. interaccions registrades a l'historial integrat

Resultat:

% de casos amb informació compartida utilitzada en decisions integrades.

Reducció de la duplicació de proves o gestions

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

Increment del % de casos amb plans compartits
Millora en PREM relacionats amb coordinació

Agents implicats. Departament de Salut; Drets Socials; CatSalut; F.TIC Salut i Social; proveïdors TIC; Direccions i Oficina estratègica AIS; proveïdors sanitaris i socials; HC3; serveis socials bàsics; equips de salut i socials; SEM

Acció 2.2. Crear, desplegar i aplicar un model d'incentius i assignació pressupostària territorial vinculat als resultats esperats d'integració, que orienti recursos i incentius al compliment d'objectius compartits en el marc de l'atenció integrada

Què volem aconseguir. Accelerar la consolidació del model d'atenció integrada orientant una part significativa del finançament territorial al compliment d'objectius d'integració, i activant un sistema d'incentius que premiï els territoris que millorin resultats, continuïtat assistencial i actuacions realment integrades

Descripció. Disseny i aprovació del model territorial de finançament basat en resultats d'integració; definició d'indicadors i criteris d'assignació vinculats a objectius d'integració; activació d'un sistema d'incentius i d'un percentatge de pressupost condicionat als resultats; seguiment i revisió anual del model en el marc de la governança territorial.

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

Model de finançament per resultats aprovat

% de territoris adherits al sistema

% del pressupost territorial vinculat a objectius d'integració

N. d'indicadors definits i operatius

Resultat:

% d'objectius d'integració assolits per territori

% de territoris que obtenen finançament per resultats

Millora global dels indicadors d'integració (continuïtat, resolució conjunta, funcionalitat, PREM)

Increment del % d'intervencions integrades reals

Agents implicats. CatSalut; Departament de Salut; Departament de Drets Socials; Agència d'Atenció Integrada; Direccions i Oficina Estratègica AIS; món local; proveïdors sanitaris i socials; AQUAS

Acció 2.3. Acreditar professionals que participen en la formació sobre atenció integrada

Què volem aconseguir. Dotar el sistema d'un conjunt de professionals acreditats que liderin la implementació de pràctiques integrades al territori

Descripció. Disseny de formació acreditable; requisits d'acreditació; oferta formativa modular; coordinació amb centres formatius i col·legis professionals; actualitzacions periòdiques

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

N. de professionals formats

N. professionals acreditats anualment

Resultat:

% de professionals acreditats que lideren o participen en projectes operatius d'integració

% d'equips territorials que disposen d'almenys un professional acreditat

Millora dels resultats de coordinació territorial (indicador compost)

Agents implicats

Departament de Salut; CatSalut; col·legis professionals; universitats; centres de formació; proveïdors sanitaris i socials; Direccions AIS

Acció 2.4. Impulsar el reconeixement i l'acreditació de noves professions vinculades al model integrat, orientades a preservar i millorar la funcionalitat i l'autonomia de les persones

Què volem aconseguir. Ampliar el ventall de perfils professionals necessaris per donar resposta als nous models d'atenció integrada, amb rols clarament definits i reconeguts i orientats a reforçar la funcionalitat, l'autonomia i l'acompanyament en entorns de vida

Descripció. Identificació de rols emergents; definició de competències i funcions; processos d'homologació i acreditació; reconeixement institucional; incorporació progressiva als equips territorials

Termini. 5 anys

Indicadors

Procés:

N. de noves professions reconegudes i acreditades

Resultat:

% d'equips territorials que incorporen aquests nous perfils

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

Agents implicats. Departament de Salut; Departament de Drets Socials; CatSalut; col·legis professionals; universitats; Direccions AIS; proveïdors sanitaris, socials i residencials

Repte 3. Impulsar una cobertura integrada de les necessitats de la persona

Prioritzant l'entorn de vida i la comunitat com a eixos centrals del model integrat.

Objectius:

Objectiu 3.1. Reorientar el model d'atenció cap a l'entorn de vida de les persones, prioritzant el domicili i la comunitat com a eixos centrals de la resposta integrada

Objectiu 3.2. Promoure respostes territorials integrades davant situacions de complexitat, fragilitat, dependència, crisi i cures de llarga durada, assegurant continuïtat i coordinació entre serveis

Objectiu 3.3. Fomentar itineraris integrats orientats a preservar la funcionalitat, l'autonomia i el benestar emocional de les persones al llarg del temps

Objectiu 3.4. Consolidar estructures territorials estables i reconegudes que facin operatiu el treball conjunt entre els àmbits sanitari, social i comunitari

Les accions que es presenten a continuació constitueixen el desplegament operatiu del conjunt d'objectius definits per a aquest repte, sense correspondència unívoca entre numeració d'objectius i d'accions

Accions:

Acció 3.1. Impulsar l'atenció domiciliària com a eix central de l'atenció integrada, amb més cobertura, més intensitat i major coordinació

Què volem aconseguir. Augmentar la capacitat de resposta domiciliària per evitar hospitalitzacions innecessàries, millorar la continuïtat assistencial i promoure la permanència en l'entorn de vida

Descripció. Increment progressiu dels equips sanitaris i socials d'atenció domiciliària; Definició de circuits compartits entre sanitat, serveis socials i atenció intermèdia; Priorització de persones fràgils, cròniques complexes i situacions post-alta; Coordinació amb dispositius comunitaris i recursos de suport a la llar

Termini. 5 anys

Indicadors

Increment de visites domiciliàries integrades.

% de persones identificades com fràgils (amb codi específic R54) ateses al domicili.

Reducció d'hospitalitzacions evitables.

% de visites amb participació conjunta sanitat-social

Agents implicats. Departament de Salut; Departament de Drets Socials; CatSalut; ajuntaments; Direccions AIS; equips d'AP; serveis socials bàsics; atenció intermèdia; proveïdors de domiciliària; PADES; residències. SEM

Acció 3.2. Desplegar programes integrats orientats a preservar i millorar la funcionalitat i l'autonomia personal, especialment en persones fràgils, dependents o en recuperació post-crisi

Què volem aconseguir. Promoure itineraris de recuperació funcional i suport intensiu que permetin preservar i millorar la funcionalitat i l'autonomia personal, especialment en persones fràgils o en situació de crisi o post-crisi, facilitant el manteniment al domicili i la continuïtat en el seu entorn de vida

Descripció. Plans individualitzats centrats en funcionalitat i autonomia; intervencions de rehabilitació i suport a la comunitat; coordinació entre hospital, atenció intermèdia, serveis de rehabilitació, AP, salut mental, serveis socials, i entorn educatiu; suport intensiu en situacions de crisi i períodes post-alta

Termini. 2 anys

Indicadors

% de persones que milloren funcionalitat.

Reducció de reingressos evitables

Millora del manteniment al domicili = Percentatge de persones ateses en programes integrats de recuperació funcional que es mantenen vivint al domicili als 6 o 12 mesos post-intervenció, sense institucionalització permanent ni ingrés hospitalari prolongat.

Agents implicats. CatSalut; Departament de Salut; Departament de Drets Socials; atenció intermèdia; equips de rehabilitació; serveis socials bàsics; Direccions AIS; proveïdors sanitaris, socials i residències. SEM

Acció 3.3. Desplegar un model d'avaluació integrada de la dependència, amb valoració conjunta, processos simplificats i reducció del temps de resolució

Què volem aconseguir. Disposar d'un sistema d'avaluació més àgil, més coherent i orientat a necessitats reals, evitant duplicitats i millorant l'accés als recursos adequats

Descripció. Disseny d'un instrument únic d'avaluació sanitària i social; Integració dels processos d'informació i derivació; Simplificació administrativa i reducció de burocràcia; Mecanismes d'avaluació conjunta en casos prioritzats

Termini. 2 anys

Indicadors

Reducció del temps de valoració i resolució

% de valoracions integrades realitzades

Satisfacció de persones i professionals = Percentatge de persones usuàries i de professionals implicats que valoren positivament el procés d'avaluació integrada de la dependència, mesurat mitjançant instruments de satisfacció específics un cop finalitzat el procés.

Agents implicats. Departament de Drets Socials; Departament de Salut; serveis socials bàsics; CatSalut; Direccions AIS; proveïdors sanitaris i socials; equips de valoració de dependència

Acció 3.4. Garantir una atenció integrada, segura i continuada a les persones en centres residencials i en cures de llarga durada, reforçant els circuits i la coordinació entre serveis sanitaris, socials i residencials

Què volem aconseguir. Garantir una atenció integrada, segura i continuada a les persones en centres residencials i en cures de llarga durada, reforçant la coordinació amb sanitat i el suport als equips

Descripció. Model d'atenció integrada residència–sanitari–social, amb circuits de derivació a les unitats intermèdies, sense passar per urgències, per afavorir el retorn ràpid a la residència; equips de suport sanitari a residències (PADES, geriatria, metgessa i infermera comunitària, oficines de farmàcia); formació conjunta; amb un sol registre en un sistema interoperable; seguiment proactiu de persones amb alta dependència

Termini. 2–5 anys (segons desplegament territorial)

Indicadors

Reducció d'hospitalitzacions evitables procedents de residències

% de residències amb plans integrats d'atenció

Millora en la resposta a situacions de descompensació, mesurada a partir del temps de resposta i de la capacitat de resolució al mateix entorn residencial

% de professionals i famílies que valoren positivament l'atenció i la coordinació dels serveis en l'àmbit residencial

Millorar la prestació i atenció farmacèutica

Agents implicats. Departament de Salut; Departament de Drets Socials; CatSalut; Direccions AIS; proveïdors residencials; PADES; atenció intermèdia; AP; serveis socials bàsics; proveïdors TIC.

Acció 3.5. Desplegar un model territorial integrat de benestar emocional i salut mental comunitària

Què volem aconseguir. Millorar el benestar emocional i garantir una resposta integrada, accessible i de proximitat en salut mental, amb especial atenció a poblacions

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

vulnerables, infància, adolescència i joventut, reduint crisis evitables i reforçant la detecció precoç en la comunitat

Descripció. Desplegament de programes comunitaris de promoció del benestar emocional; circuits integrats de detecció precoç entre CSMIJ/CSMA, AP, escoles i serveis socials; protocols coordinats d'intervenció en crisi; equips de suport comunitari i formació conjunta orientada a l'abordatge comunitari

Termini. 5 anys

Indicadors

Procés:

- N. de programes comunitaris desplegats
- N. de professionals formats en detecció precoç
- % de territoris amb circuits integrats funcionals

Resultat:

- Increment d'intervencions comunitàries de salut mental
- Reducció de crisis i episodis evitables en poblacions prioritzades
- Millora dels indicadors de benestar emocional (PREM/altres)
- Increment d'accés precoç a serveis de salut mental

Agents implicats. Departament de Salut; Departament de Drets Socials; CatSalut; centres de salut mental (CSMIJ/CSMA); AP; serveis socials bàsics; Educació; ajuntaments; Direccions AIS; entitats comunitàries i juvenils

Acció 3.6. Impulsar estratègies territorials per ampliar la cobertura i garantir l'accés precoç a serveis sanitaris i socials integrats, especialment en poblacions prioritzades

Què volem aconseguir. Reduir desigualtats i garantir que les persones accedeixin abans als serveis, evitant descompensacions, crisis i dependència evitable

Descripció. Identificació d'àrees i poblacions amb baixa cobertura; estratègies de proximitat i intervenció comunitària; circuits ràpids d'accés per a poblacions prioritzades; integració de serveis de primera atenció i intervencions preventives. Per aconseguir reduir les desigualtats i garantir l'accés als serveis sanitaris i socials s'hauria de disminuir la burocratització i fomentar que, previ acord entre els serveis socials bàsics i AP, els TS d'AP tinguessin accés parcial als recursos socials del territori.

Termini. 2 anys

Indicadors

- % d'increment de cobertura en zones prioritzades
- Reducció del temps d'accés a serveis integrats

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

Millora d'indicadors de prevenció

Agents implicats. Departament de Salut; Departament de Drets Socials; CatSalut; Direccions AIS; AP; serveis socials bàsics; ajuntaments; proveïdors sanitaris i socials; comunitat educativa. SEM

Acció 3.7. Desplegar intervencions integrades en àmbits territorials de proximitat (microterritorials), entre serveis sanitaris, socials i comunitaris

Què volem aconseguir. Implementar respostes integrades, preventives i personalitzades en zones petites (barris, seccions censals o municipis) on les vulnerabilitats són més evidents, amb participació activa del municipi

Descripció. Selecció de microterritoris prioritaris; codisseny d'intervencions amb equips mixtos; establiment de circuits compartits; acompanyament comunitari en proximitat; sistemes de seguiment i valoració conjunta dels resultats.

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

N. de microterritoris amb intervencions integrades actives.

Resultat:

Reducció de situacions de risc no detectades

Millora dels indicadors comunitaris de benestar

Agents implicats. Ajuntaments; consells comarcals; Direccions AIS; AP; serveis socials bàsics; comunitat educativa; entitats comunitàries; proveïdors sanitaris i socials; CatSalut; Departament de Drets Socials.

Acció 3.8. Desplegar un model territorial de detecció precoç de crisis i resposta operativa integrada davant situacions de risc, crisi i emergència, coordinant serveis sanitaris, socials i d'emergències

Què volem aconseguir. Detectar proactivament necessitats i factors de risc per evitar crisis evitables i assegurar una resposta ràpida, coherent i coordinada entre serveis sanitaris, socials, comunitaris i d'emergències quan aquestes es produeixin

Descripció. Desenvolupament d'eines de detecció precoç i censos territorials de risc; integració de la detecció precoç en circuits habituals d'atenció; protocols compartits d'intervenció ràpida i equips operatius 7/24; activació de circuits d'intervenció conjunta i sistemes unificats de comunicació; coordinació amb emergències i atenció intermèdia; simulacres territorials i avaluacions postincident per a la millora contínua.

Termini. 2 anys per desplegar eines i circuits + 5 anys per consolidar el model territorial

Indicadors

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

Procés:

Eina de detecció precoç de crisis desenvolupada i operativa, amb implantació territorial i ús sistemàtic pels professionals

% de territoris amb cens de risc

% de territoris amb protocol de resposta integrada aprovat

Resultat:

Increment del % de casos detectats precoçment

Reducció de crisis i descompensacions evitables en poblacions prioritzades

Temps de resposta real en episodis de crisi

Grau de coordinació entre dispositius (avaluació postincident)

Millora d'accés precoç a serveis

Agents implicats. Departament de Salut; Departament de Drets Socials; CatSalut; SEM; atenció intermèdia; AP; serveis socials bàsics; Direccions AIS; Educació; ajuntaments; proveïdors sanitaris i socials

Acció 3.9. Crear, desplegar i consolidar equips territorials mixtos i interprofessionals formats per professionals sanitaris, socials i comunitaris, com a estructura territorial reconeguda i estable per operativitzar el model d'atenció integrada

Què volem aconseguir. Operativitzar el model d'atenció integrada mitjançant estructures estables i formalment reconegudes d'equips mixtos que treballin conjuntament per donar resposta a les necessitats complexes de la població, millorant la resolució conjunta, la continuïtat assistencial i la capacitat d'intervenció territorial

Descripció. Creació i reconeixement formal d'equips territorials mixtos i interprofessionals; definició de perfils, rols i responsabilitats compartides; espais de treball regulars amb temps específic assignat; protocols i eines comunes de seguiment i derivació coordinada; integració d'aquests equips com a estructura operativa del model territorial d'atenció integrada

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

% territoris amb equips reconeguts

N. equips operatius

Reunions realitzades

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

Protocols i eines implementats

Resultat

Increment del % de casos resolts conjuntament

Reducció de derivacions duplicades

Reducció del temps de resposta

Agents implicats. Direccions i oficina estratègica AIS; Departament de Salut; Departament de Drets Socials; CatSalut; AP; serveis socials bàsics; atenció intermèdia; proveïdors sanitaris i socials; ajuntaments.

Repte 4. Promoure una avaluació basada en resultats centrats en la persona

D'acord amb la necessitat d'alinejar els nivells micro, meso i macro en l'avaluació del sistema

Objectius:

Objectiu 4.1. Disposar d'un marc comú d'avaluació que permeti mesurar de manera sistemàtica i comparable el grau d'integració del model d'atenció als territoris.

Objectiu 4.2. Incorporar de manera estructural els resultats centrats en la persona, l'experiència i la qualitat de vida com a eixos clau de l'avaluació i la presa de decisions.

Objectiu 4.3. Impulsar una cultura d'avaluació compartida, transparent i orientada a la millora contínua, amb la participació activa dels professionals i dels territoris.

Les accions que es presenten a continuació constitueixen el desplegament operatiu del conjunt d'objectius definits per a aquest repte, sense correspondència unívoca entre numeració d'objectius i d'accions.

Accions:

Acció 4.1. Avaluar el nivell d'integració dels territoris amb criteris comuns i metodologia compartida

Què volem aconseguir. Obtenir una diagnosi fiable, comparable i sistemàtica del nivell d'assoliment del model d'atenció integrada als territoris

Descripció. Definició de criteris clau (governança, processos, continuïtat, resultats, participació); creació d'una metodologia comuna; aplicació a totes les AIS; informes comparats; mecanismes de retorn i millora

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

Criteris comuns i metodologia compartida aprovats

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

% de territoris avaluats amb el model compartit

Resultat:

Evolució del nivell d'integració territorial

Reducció de la variabilitat injustificada

Agents implicats. Departament de Salut; CatSalut; AQUAS; Direccions AIS; proveïdors sanitaris i socials; ajuntaments; Departament de Drets Socials; SEM

Acció 4.2. Sistematitzar l'avaluació dels resultats dels pilots territorials d'integració, establint criteris i indicadors comuns

Què volem aconseguir. Disposar d'evidències comparables que permetin decidir què escalar, què mantenir i què modificar en el desplegament territorial de models integrats

Descripció. Creació d'un marc comú d'avaluació; definició d'indicadors compartits; recollida sistemàtica de dades; informes anuals; criteris d'escalabilitat basats en resultats.

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

N. de pilots avaluats amb metodologia comuna.

Resultat:

% de pilots escalats o consolidats segons els resultats.

Agents implicats. AQUAS; Departament de Salut; CatSalut; Direccions AIS; proveïdors sanitaris i socials; ajuntaments; Departament de Drets Socials

Acció 4.3. Incorporar professionals en els processos d'avaluació.

Què volem aconseguir. Garantir que els processos d'avaluació incorporen de manera sistemàtica la perspectiva operativa dels professionals, millorant la qualitat de les decisions, la utilitat de les avaluacions i la capacitat d'impacte real en els circuits i serveis.

Descripció. Impulsar mecanismes de participació estructurada dels professionals en l'avaluació del model; incorporar sistemes de retorn i aprenentatge continu; promoure espais regulars de revisió dels resultats i propostes de millora; fomentar la cultura d'avaluació compartida entre equips sanitaris, socials i comunitaris.

Termini. 2 anys

Indicadors

Procés:

% d'AIS que han incorporat professionals als òrgans de governança territorial

% d'AIS que han integrat professionals en els processos d'avaluació territorial

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

N. de professionals que participen activament en governança i/o avaluació territorial

Resultat:

N. de millores implementades en processos, circuits o serveis derivades directament de recomanacions professionals

% de decisions de governança i d'avaluació que incorporen aportacions dels professionals

Millora dels PREM professionals en relació amb la participació en decisions i valoració d'avaluacions

Agents implicats. Direccions AIS; comissió Operativa; CatSalut; col·legis professionals; proveïdors sanitaris i socials; professionals sanitaris, socials i comunitaris; Departament de Drets Socials

Acció 4.4. Crear, desplegar i mantenir un quadre d'indicadors centrats en la persona i aplicable a tots els territoris

Què volem aconseguir. Mesurar allò que realment importa: experiència, resultats en salut, qualitat de processos i prevenció, facilitant una planificació basada en evidències i resultats reals.

Descripció. Definició de l'estructura del quadre d'indicadors; integració de dades socials i sanitàries; incorporació de PROM i PREM; generació de *dashboards* territorials; actualització periòdica; mecanismes de retorn als territoris.

Termini. 5 anys

Indicadors

Procés:

Quadre d'indicadors operatiu i actualitzat regularment.

% de territoris que reporten dades de manera sistemàtica

Resultat:

Increment del % de territoris que utilitzen els indicadors per orientar la planificació i la millora

Evolució positiva dels PROM prioritzats en els territoris amb ús actiu del quadre d'indicadors

Millora dels PREM prioritzats, mesurada com l'increment de valoracions positives de l'experiència d'atenció

Agents implicats. Departament de Salut; AQUAS; CatSalut; F.TIC Salut i Social; direccions AIS; proveïdors sanitaris i socials; ajuntaments; Departament de Drets Socials; SEM

Acció 4.5. Desenvolupar una Central de Resultats en clau territorial que integri dades de salut i socials

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball d'integració i personalització de l'atenció

Què volem aconseguir. Crear un espai únic i compartit on els territoris puguin consultar indicadors clau, resultats i tendències per planificar i avaluar actuacions integrades

Descripció. Disseny del model de dades obertes; integració de fonts socials i sanitàries; desenvolupament de *dashboards* territorials; governança de la dada; actualitzacions periòdiques i suport tècnic a les AIS

Termini. 5 anys

Indicadors

Procés:

Central operativa amb dominis territorials despleats

Resultat:

% de territoris que la utilitzen la CdR per a la planificació o presa de decisions.
Millora dels indicadors territorials disponibles

Agents implicats. Departament de Salut; AQUAS; CatSalut; F.TIC Salut i Social; Direccions AIS; proveïdors sanitaris i socials; ajuntaments; Departament de Drets Socials