

Atención Integrada a la Cronicidad en Cataluña:

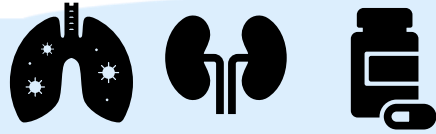
PGAC: programa gestió de l'atenció complexa



Atención integrada: ¿POR QUÉ ES NECESARIA?



5 planes de atención
6 visitas especialista
3 visitas urgencias
...



**COMPLEJIDAD
CLÍNICA**



**COMPLEJIDAD
DE SISTEMA**

A lo largo
de 1 año pueden
ser **atendidos**
por/en más de
20
recursos
diferentes



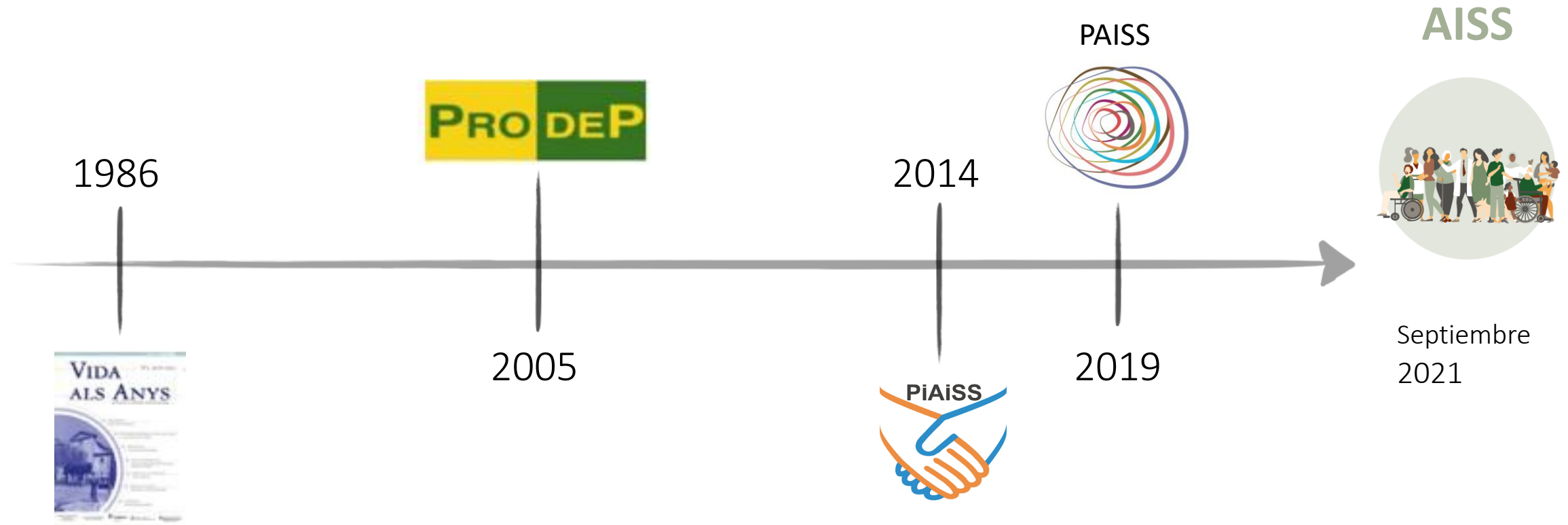
**COMPLEJIDAD
SOCIAL**

Atención integrada: ¿CÓMO LA ESTAMOS DESPLEGANDO en Cataluña?



AT. INTEGRADA: ¿CÓMO DESPLEGAMOS EN CATALUÑA?

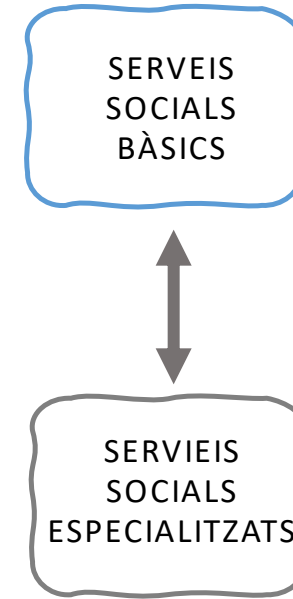
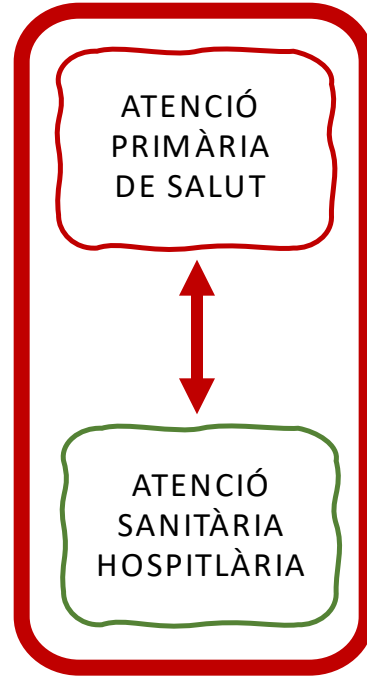
Un largo camino recorrido...



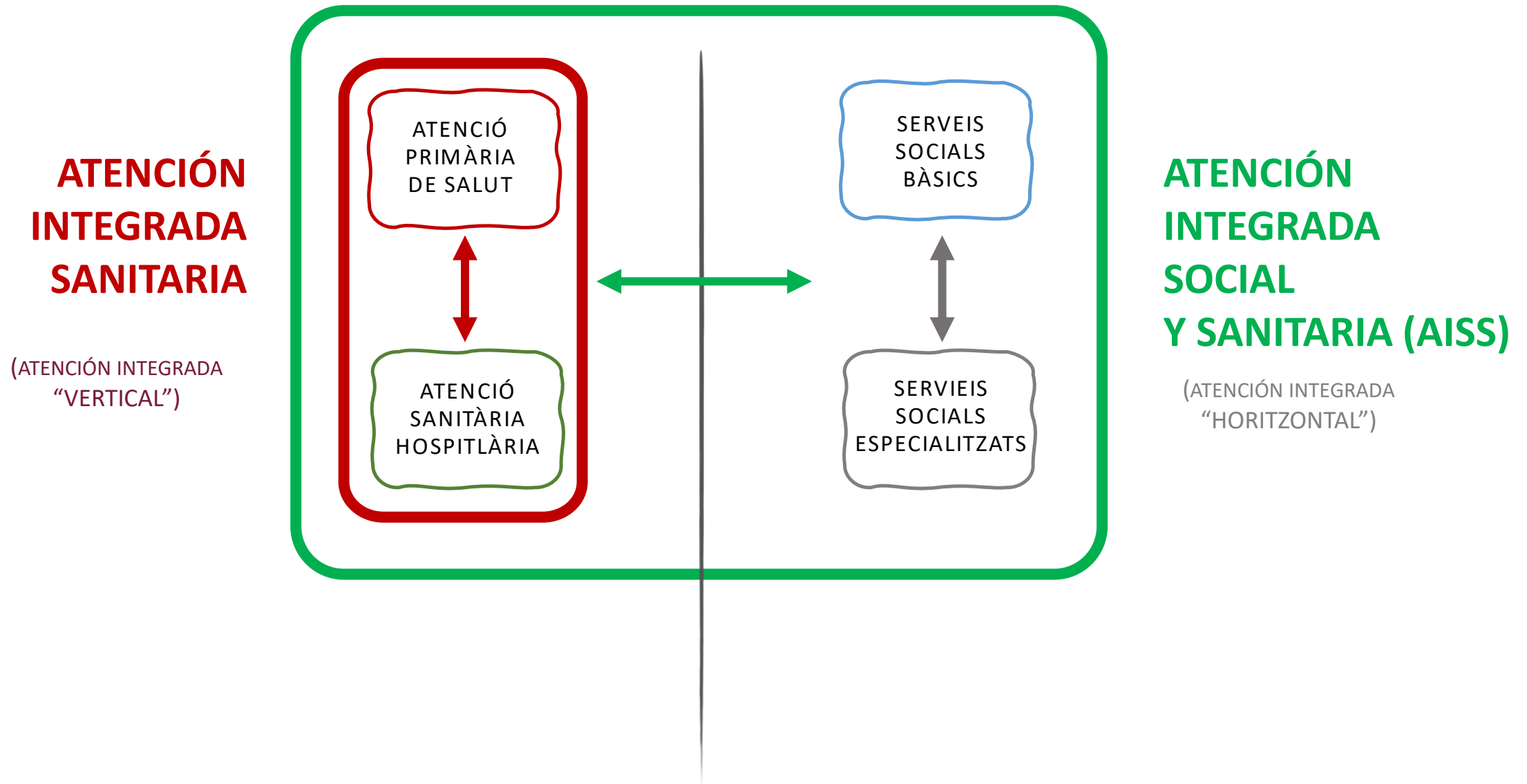
AT. INTEGRADA: ¿CÓMO DESPLEGAMOS EN CATALUÑA?

ATENCIÓN INTEGRADA SANITARIA

(ATENCIÓN INTEGRADA "VERTICAL")



AT. INTEGRADA: ¿CÓMO DESPLEGAMOS EN CATALUÑA?



AT. INTEGRADA: ¿CÓMO DESPLEGAMOS EN CATALUÑA?

ATENCIÓN INTEGRADA SANITARIA

(ATENCIÓN INTEGRADA “VERTICAL”)

PLAN INTEGRADO PARA LAS **PERSONAS FRÁGILES,** CON **CRONICIDAD COMPLEJA y AVANZADA**



INTEGRACIÓN DE **SISTEMAS DE INFORMACIÓN y TECNOLOGÍA**

ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA (AISS)

(ATENCIÓN INTEGRADA “HORITZONTAL”)

AISS EN EL ENTORNO **DOMICILIARIO Y COMUNITARIO**



AISS EN EL **ENTORNO RESIDENCIAL**



AISS en **SALUD MENTAL Y ADICCIONES**



PROCESO INTEGRADO de **DEPENDENCIA**



CREACIÓN DE LA **AGAISS-CAT**



AT. INTEGRADA: ¿CÓMO DESPLEGAMOS EN CATALUÑA?

ATENCIÓN INTEGRADA SANITARIA

(ATENCIÓN INTEGRADA “VERTICAL”)

PLAN INTEGRADO PARA LAS **PERSONAS FRÁGILES,** CON **CRONICIDAD COMPLEJA y AVANZADA**



ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA (AISS)

(ATENCIÓN INTEGRADA “HORITZONTAL”)

AISS EN EL ENTORNO DOMICILIARIO Y COMUNITARIO



AISS EN EL ENTORNO RESIDENCIAL



AISS en **SALUD MENTAL Y ADICCIONES**



PROCESO INTEGRADO de **DEPENDENCIA**



INTEGRACIÓN DE **SISTEMAS DE INFORMACIÓN y TECNOLOGÍA**



CREACIÓN DE LA **AGAISS-CAT**

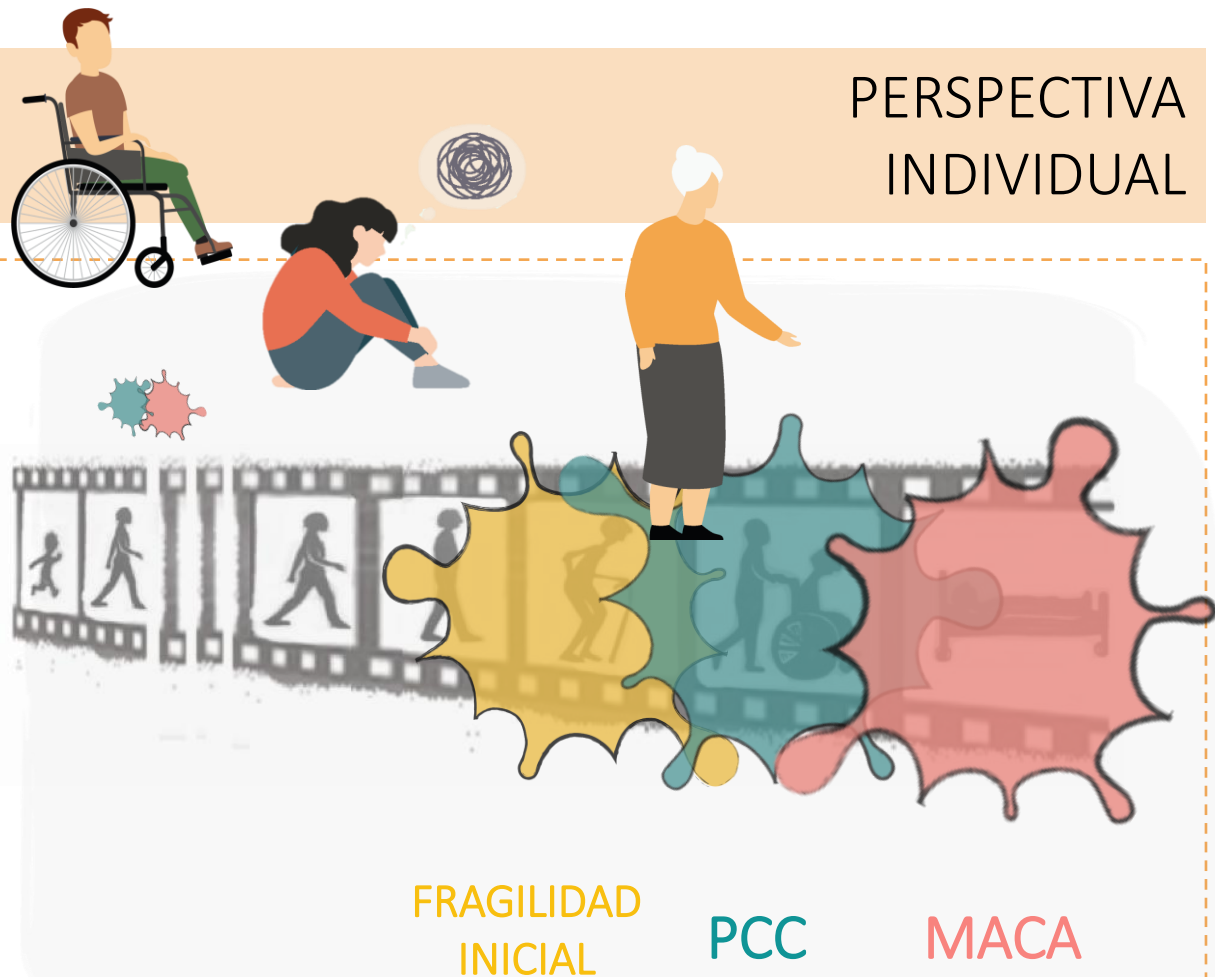




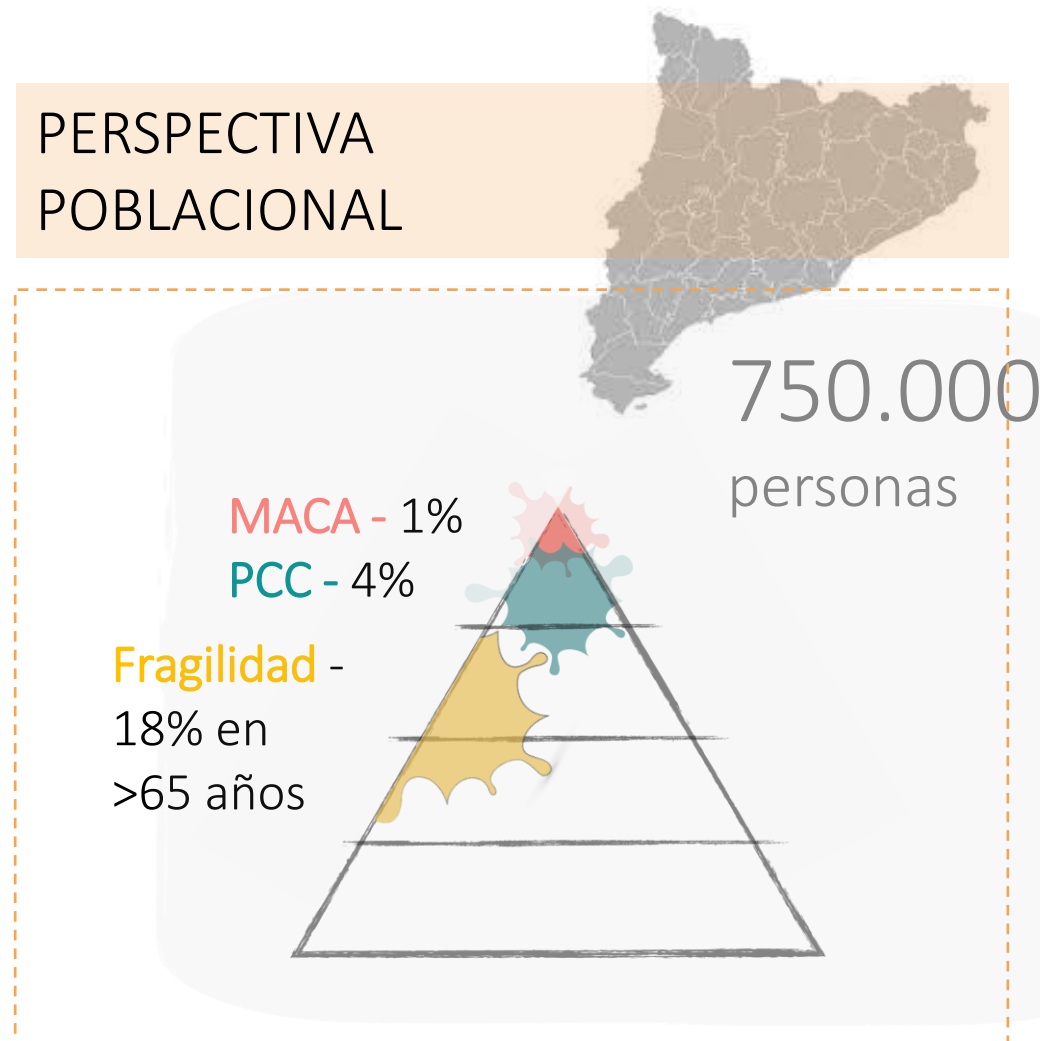
LINEAS PRIORITARIAS

DESPLIEGUE DEL PLAN INTEGRADO FRAGILIDAD/PCC/MACA

PERSPECTIVA INDIVIDUAL



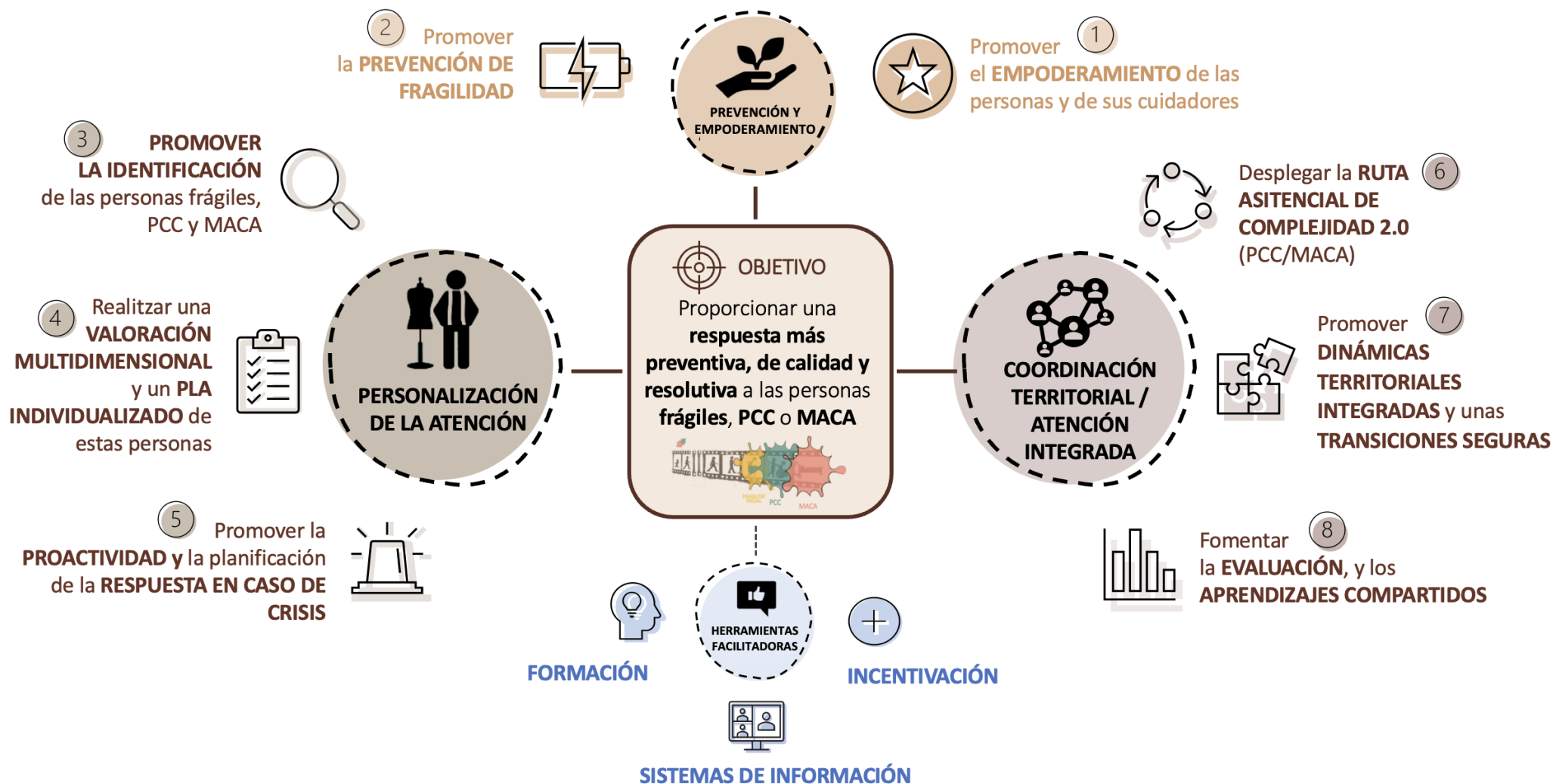
PERSPECTIVA POBLACIONAL





LINEAS PRIORITARIAS

DESPLIEGUE DEL PLAN INTEGRADO A LA CRONICIDAD



PLA D'ACTUACIONS 2025
per a la **INTEGRACIÓ DE L'ATENCIÓ**
a les persones grans fràgils,
amb cronicitat complexa (PCC)
o avançada (MACA)



/Salut  Generalitat de Catalunya

AT. INTEGRADA: ¿CÓMO DESPLEGAMOS EN CATALUÑA?

ATENCIÓN INTEGRADA SANITARIA

(ATENCIÓN INTEGRADA “VERTICAL”)

PLAN INTEGRADO PARA LAS PERSONAS FRÁGILES, CON CRONICIDAD COMPLEJA y AVANZADA



INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN y TECNOLOGÍA

ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA (AISS)

(ATENCIÓN INTEGRADA “HORITZONTAL”)

AISS EN EL ENTORNO DOMICILIARIO Y COMUNITARIO



AISS EN EL ENTORNO RESIDENCIAL



AISS en SALUD MENTAL Y ADICCIONES



PROCESO INTEGRADO de DEPENDENCIA



CREACIÓN DE LA AGAISS-CAT



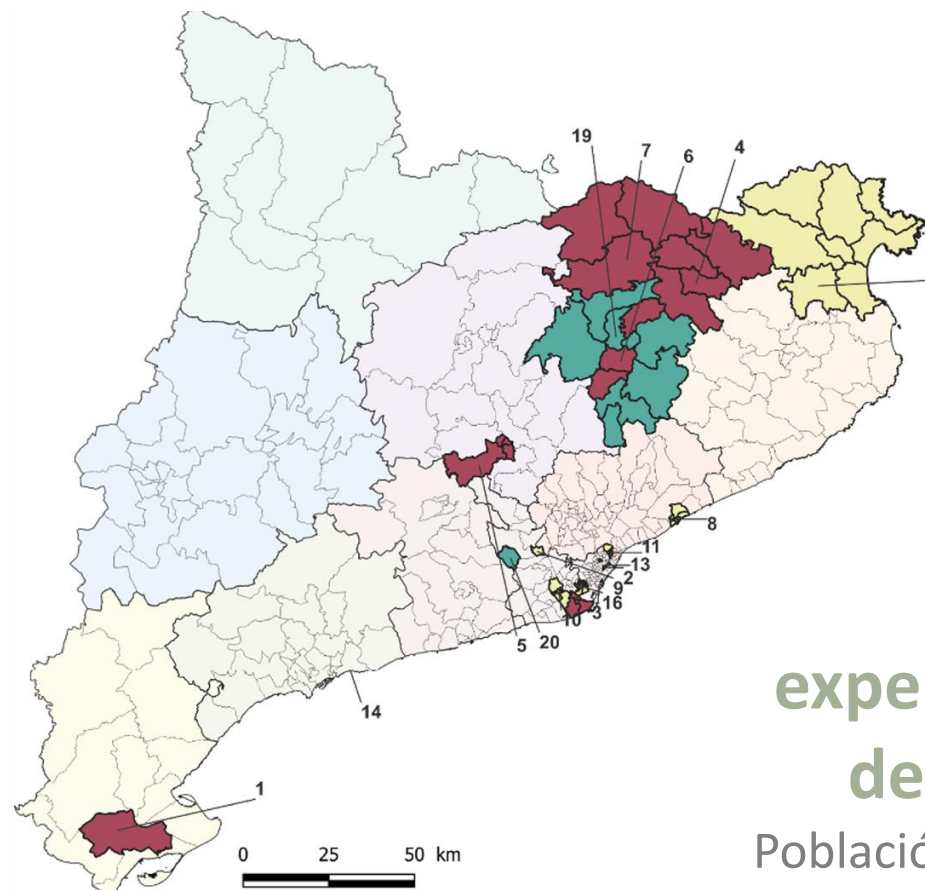


LINEAS PRIORITARIAS

DESPLIEGUE DE LA ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA EN EL ENTORNO DOMICILIARIO Y COMUNITARIO



SITUACIÓN ACTUAL



AT. INTEGRADA: ¿CÓMO DESPLEGAMOS EN CATALUÑA?

ATENCIÓN INTEGRADA SANITARIA

(ATENCIÓN INTEGRADA "VERTICAL")

PLAN INTEGRADO PARA LAS PERSONAS FRÁGILES, CON CRONICIDAD COMPLEJA y AVANZADA



INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN y TECNOLOGÍA

ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA (AISS)

(ATENCIÓN INTEGRADA "HORIZONTAL")



AISS EN EL ENTORNO DOMICILIARIO Y COMUNITARIO



AISS EN EL ENTORNO RESIDENCIAL



AISS en SALUD MENTAL Y ADICCIONES



PROCESO INTEGRADO de DEPENDENCIA



CREACIÓN DE LA AGAISS-CAT



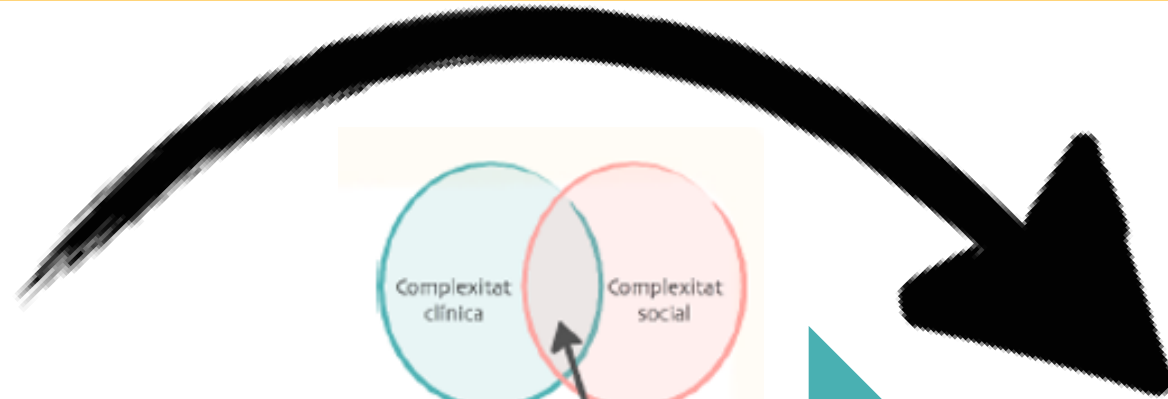
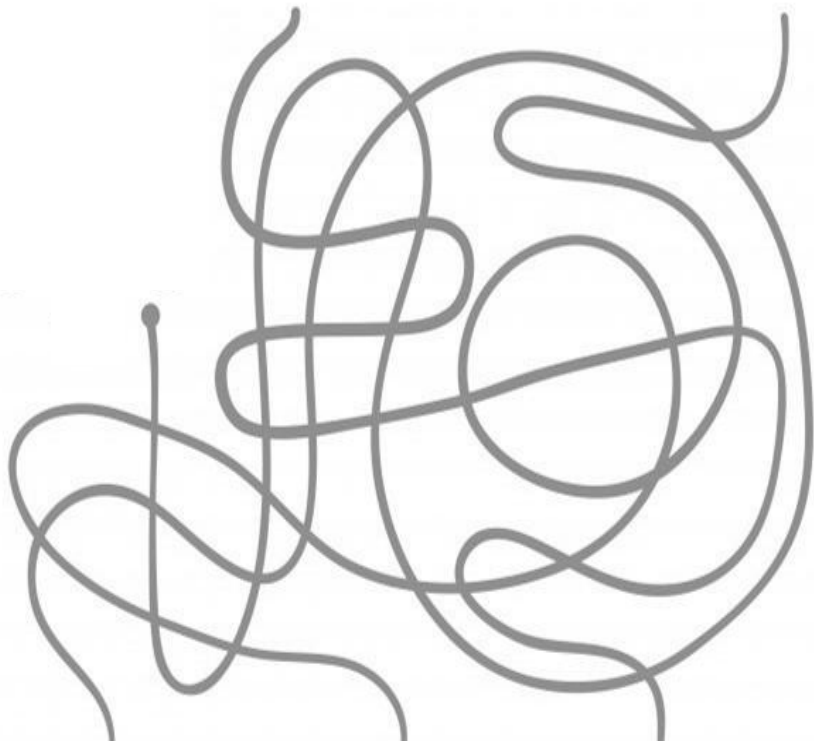
PROGRAMA DE GESTIÓ DE L'ATENCIÓ COMPLEXA

PGAC

**Programa
de gestió
de l'Atenció
Complexa**
OSONA



PROGRAMA DE GESTIÓ DE L'ATENCIÓ COMPLEXA



Gestión de los procesos asistenciales de
las personas
con necesidades de atención complejas
sociales y sanitarias.

Gestión de caso dual
sanitario y **social**



Plan
único



1 persona
1 plan de atención

PROGRAMA DE GESTIÓ DE L'ATENCIÓ COMPLEXA

Dirigido a **personas con necesidades complejas de atención (sanitarias y sociales)** de manera integral y integrada



El **objetivo** es **mejorar los resultados** des de una cuádruple perspectiva:

1. **Mejorar la salud y el bienestar** de la población
2. **Mejorar la experiencia** de atención de **la persona y la persona cuidadora** a través de la mejora del Servicio y de su participación en la toma de decisiones
3. Mejorar la **experiencia de los profesionales**
4. **Adecuación de la utilización de los recursos sanitarios y sociales** por parte del grupo de población diana

Modelo de atención centrado en la persona para dar respuesta, de acuerdo con sus preferencias, al conjunto de sus necesidades **sanitarias y sociales**

Atención por parte de profesionales **sanitarios y sociales**, con alta capacidad resolutive, en el **momento y lugar** mas adecuados.

¿Cómo trabajamos?

La atención de las personas incluidas al programa se basa en el modelo de **GESTIÓN DE CASO DUAL** **sanitaria (enfermera)** y **social (trabajadora social)**.

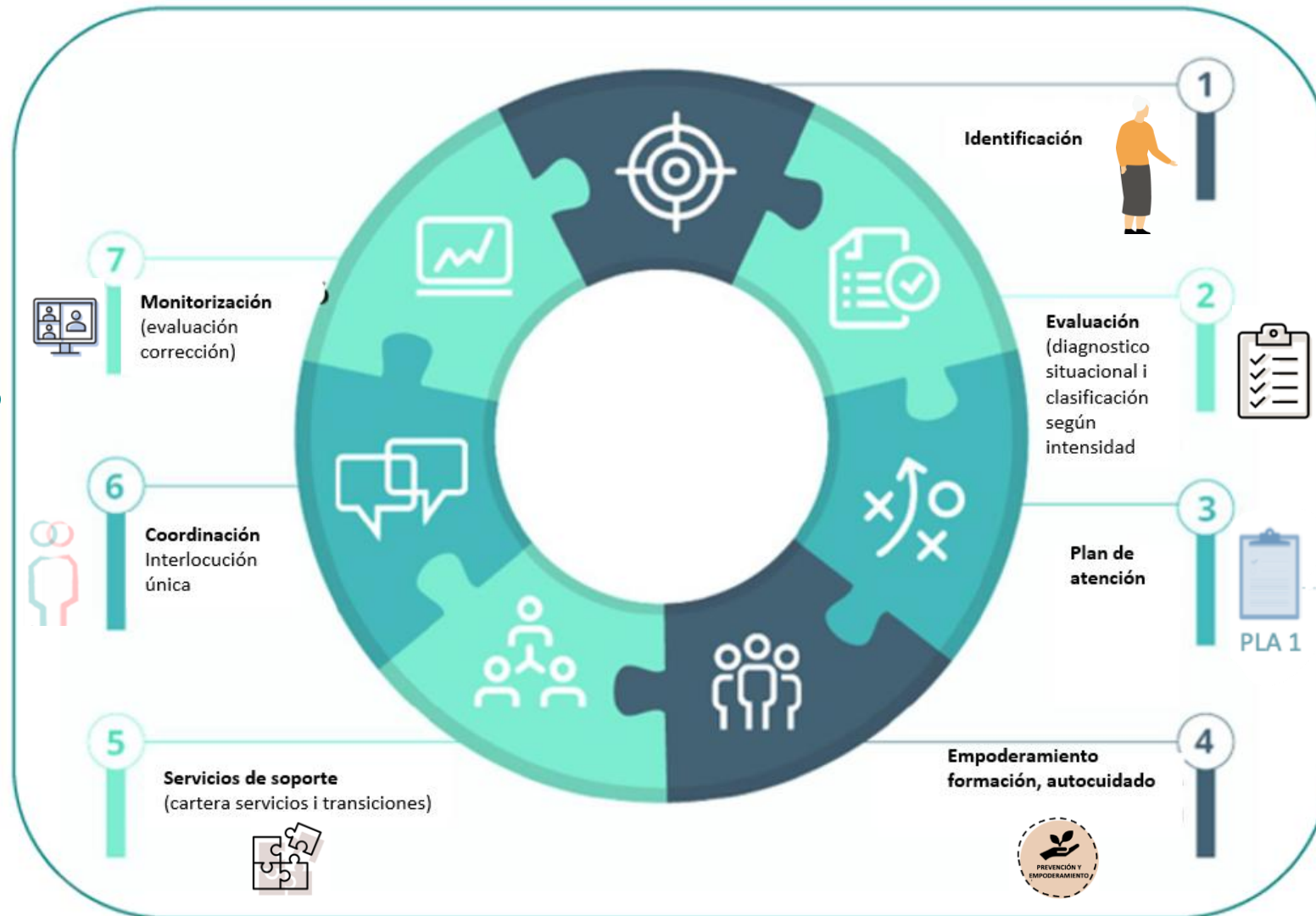
Equipo interdisciplinario: profesional medico, enfermería, Trabajo social habituales de la persona + la Gestora de casos.



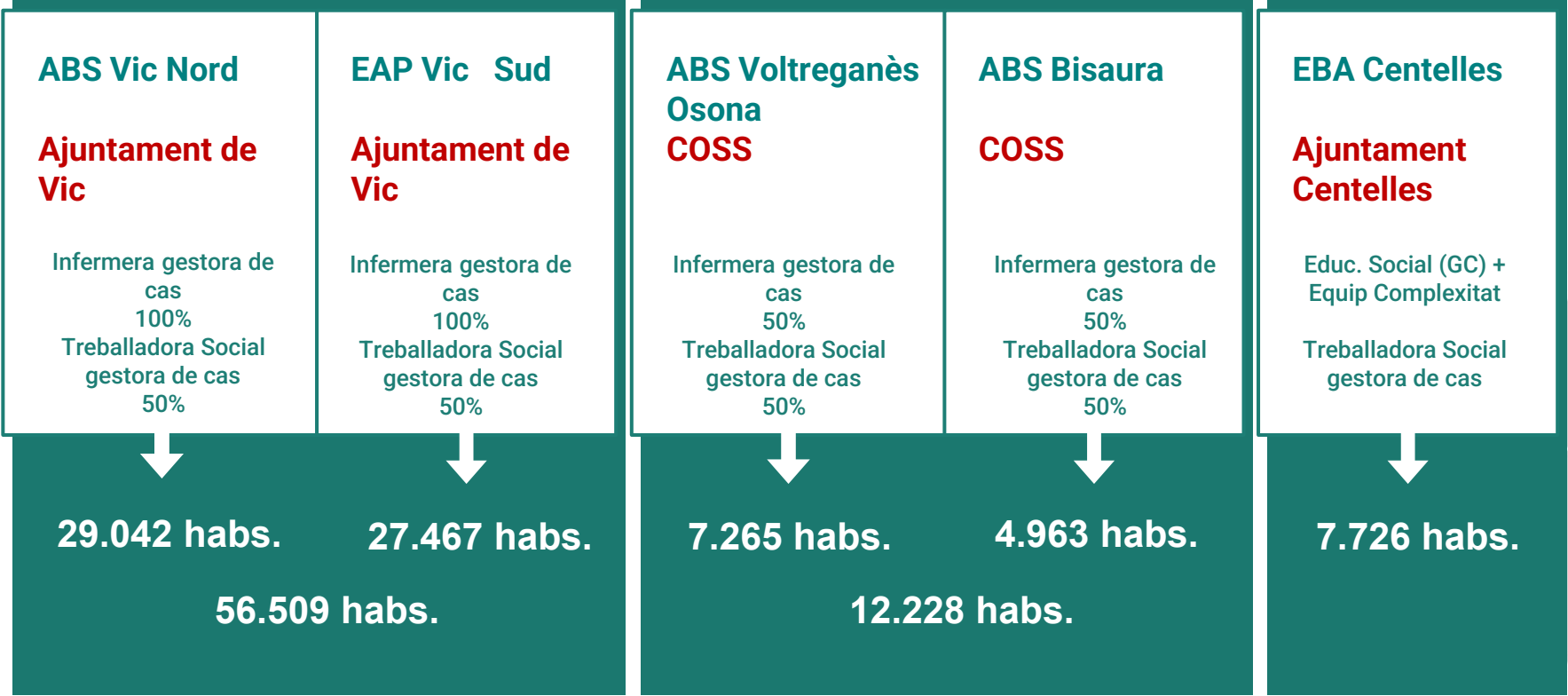
Las Gestoras de caso son las **REFERENTES** para la persona/familia y equipo

PROGRAMA DE GESTIÓ DE L'ATENCIÓ COMPLEXA

7 Elementos clave:

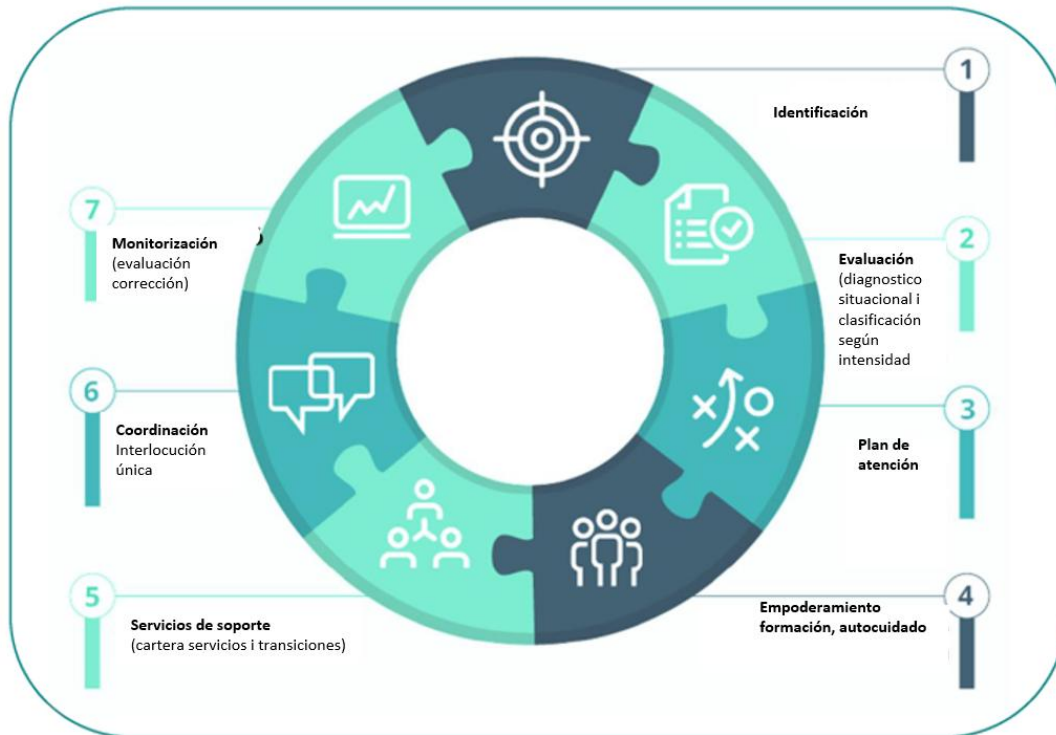


PROGRAMA DE GESTIÓ DE L'ATENCIÓ COMPLEXA



No es la totalidad del territorio de Osona.

7 Elementos clave – 3 ejes de trabajo



Eje 1. Sistematización del proceso asistencial (Gestión de Casos)

Eje 2. Espacios de coordinación internos

Eje 3. Espacios de coordinación con proveedores sanitarios y sociales

Eje 1. Sistematización del proceso asistencial (Gestión de Caso dual)

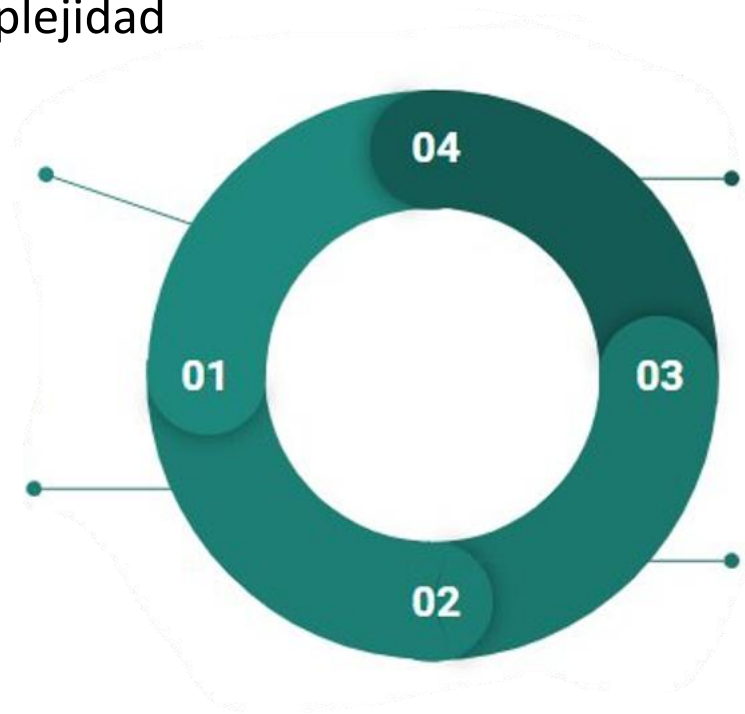


Identificación

Criterios doble complejidad
sanitaria y **social**

Información compartida

Documento PIIC
Registro compartido
Registro plan de Trabajo
Visores compartidos (entre programas)



Valoración

Multidimensional

Diagnostico situacional



Plan de Trabajo

Planificar necesidades y decisiones
Prevención de crisis
Capacidad de cojín social
Plan único y consensuado
Conferencia de caso



Eje 2. Espacios de coordinación internos

**Gestoras de caso
sanitaria y social**

Espacio de trabajo semanal

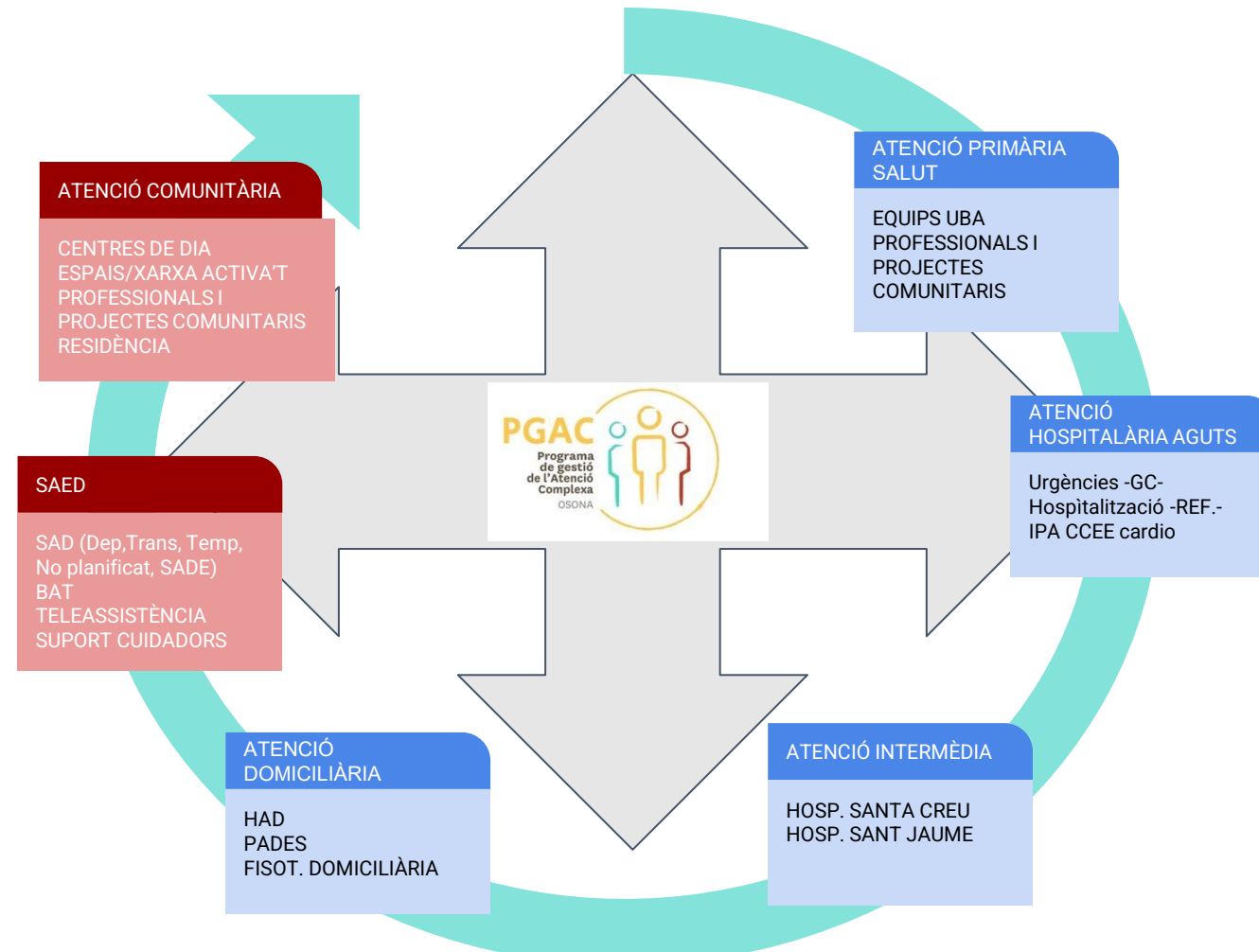


- ✓ Coordinación: altas bajas y comentar casos
- ✓ Visitas conjuntas GC
- ✓ Visitas GC rol autónomo
- ✓ Visitas con equipo ABS
- ✓ Coordinación con otros niveles asistenciales
- ✓ REGISTRO

Seguimiento GC + coordinadores PGAC 1 vez al mes

Reunión semestral todos los territorios PGAC.

Eje 3. Espacios de coordinación con proveedores sanitarios y sociales



Perfil y actividad 2023-2025

- ✓ 277 personas atendidas (196 el 2025)
- ✓ 150 activas a diciembre 2025

Perfil persona usuaria de PGAC

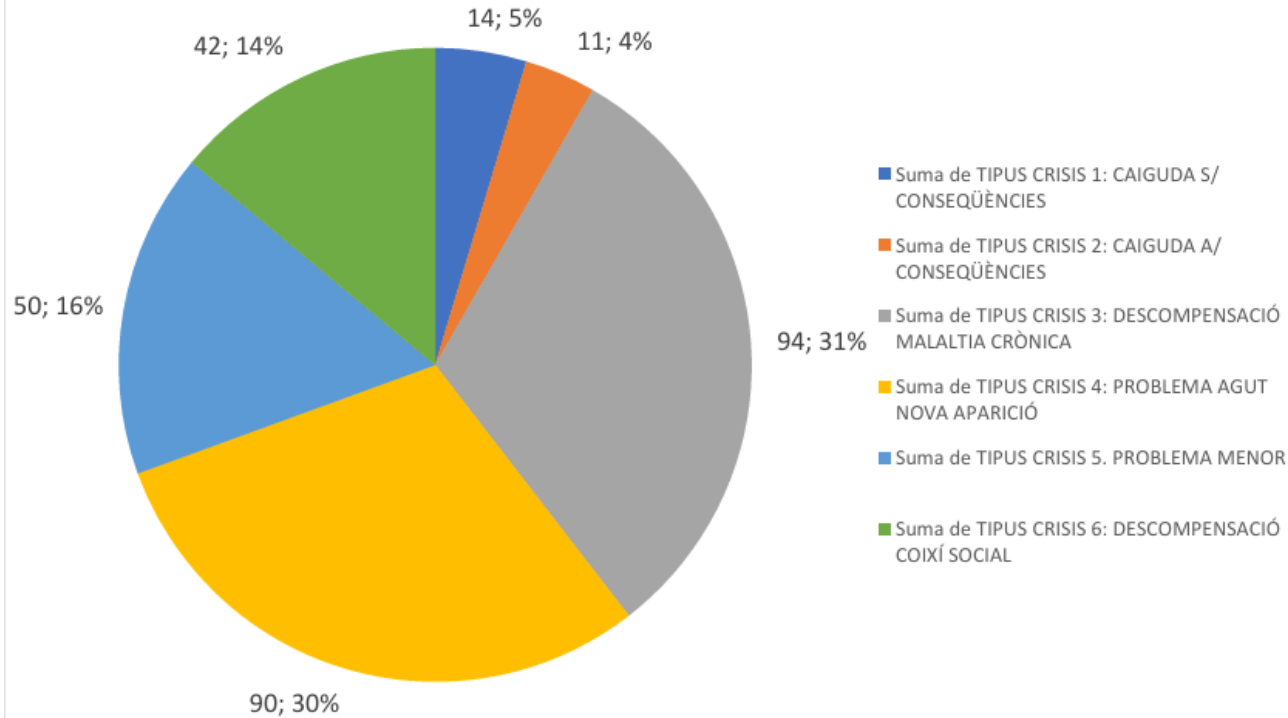
- Mujer, 78 años, fragilidad moderada, elevada comorbilidad y problemática social
- Buena situación funcional. (Barthel 70 puntos, dependencia I-II) GMA 3-4, PCC 78%
- TSO 13-16 (Escala de Valoración Sociofamiliar)
- Necesidad de coordinación y activación de recursos sociales.



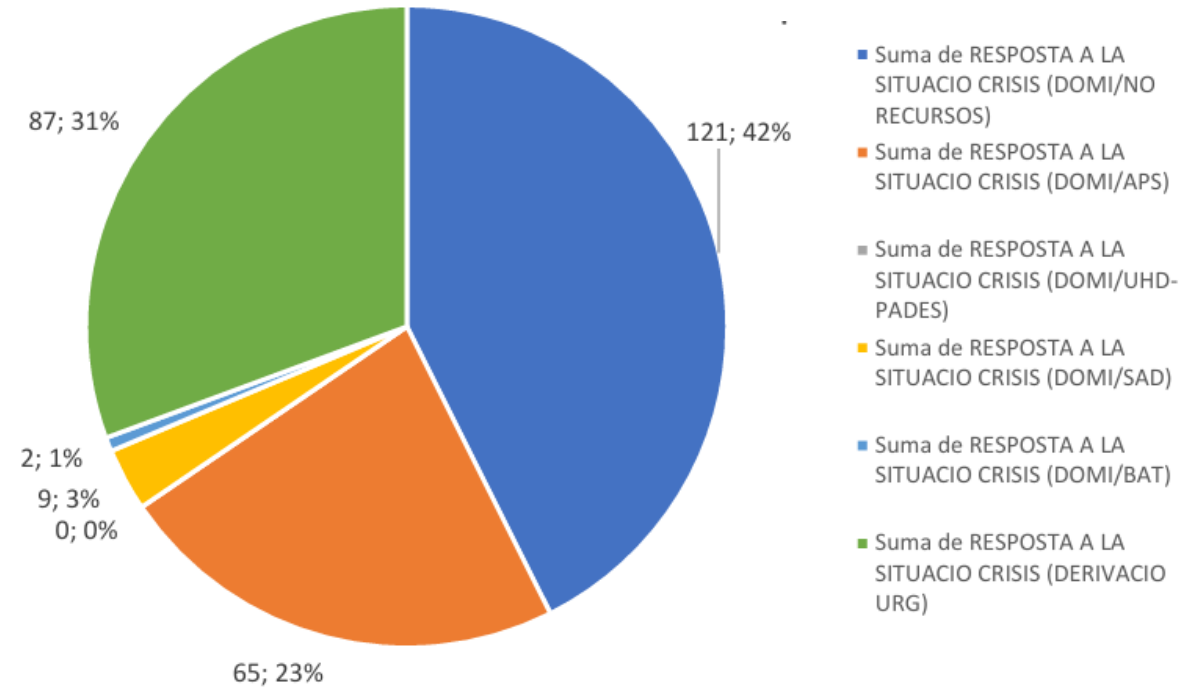
PROGRAMA DE GESTIÓ DE L'ATENCIÓ COMPLEXA

Gestión de las crisis y transiciones

Tipos de crisis:

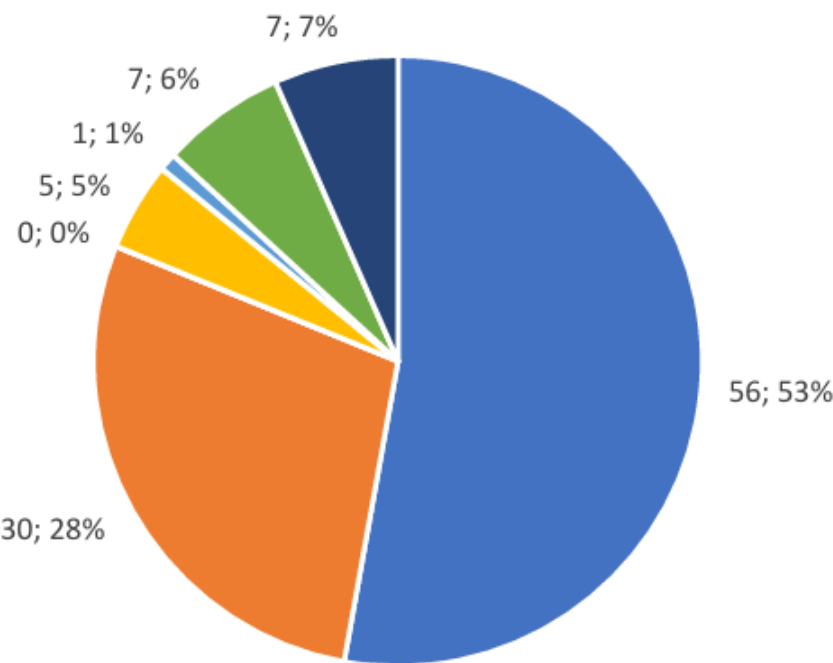


Respuesta a la crisis:

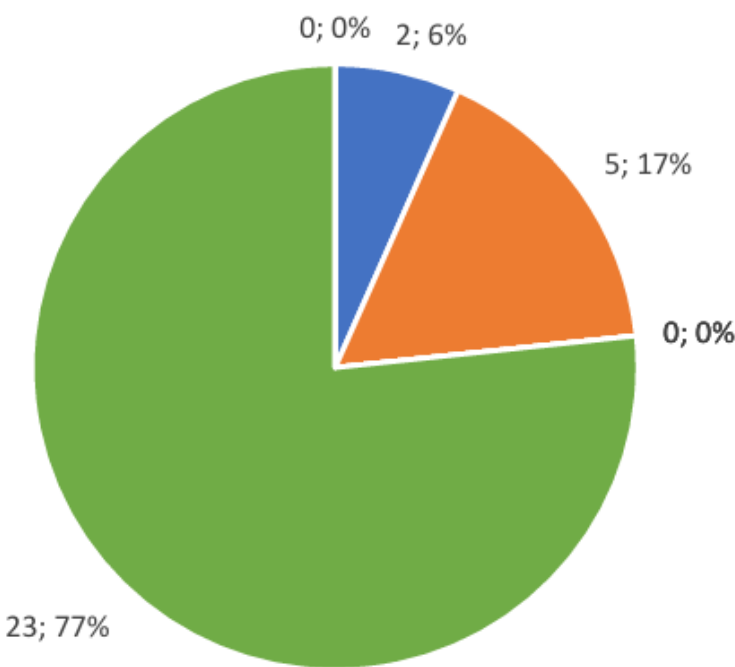


Respuesta a la crisis cobertura PGAC vs fuera cobertura PGAC

Respuesta a la crisis en horario PGAC



Respuesta a la crisis FUERA horario PGAC



- Suma de RESPOSTA A LA SITUACIO CRISIS (DOMI/NO RECURSOS)
- Suma de RESPOSTA A LA SITUACIO CRISIS (DOMI/APS)
- Suma de RESPOSTA A LA SITUACIO CRISIS (DOMI/UHD-PADES)
- Suma de RESPOSTA A LA SITUACIO CRISIS (DOMI/SAD)
- Suma de RESPOSTA A LA SITUACIO CRISIS (DOMI/BAT)
- Suma de RESPOSTA A LA SITUACIO CRISIS (DERIVACIO URG)
- Suma de RESPOSTA A LA SITUACIO CRISIS (DERIVACIO INTERMEDIA)

RETOS DEL PROGRAMA

- ✓ **Harmonización** de recursos al territorio. Diferencias entre territorios en el mismo proyecto.
- ✓ MODELO PGAC: unificar modelo a todos los centros. Coordinación de GC, trabajo autónomo y conjunto
- ✓ Ampliar modelo a todo el territorio - **Equidad**
- ✓ Ampliar las alianzas y coordinaciones entre proveedores.
- ✓ **Ampliar cobertura 7x12h.**
- ✓ TIC: información compartida y integrada
- ✓ Ampliar figuras asistenciales para promover autonomía/días en casa. ¿Terapeuta ocupacional?



LINEAS PRIORITARIAS

DESPLIEGUE DE LA ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA EN EL ENTORNO DOMICILIARIO Y COMUNITARIO



ENFOQUE OPERATIVO

- “QUÉS” sistémicos y
- “CÓMOs” territoriales
(con un planteamiento *multipalanca*)

ÀMBIT	Nº	Qüestions	Opcions i puntuació
MODEL D'ATENCIÓ CENTRAT EN LA PERSONA	1	L'experiència ha definit i dona resposta a una població diana d'especial interès objecte del model AISS en l'àmbit domiciliari?	0 En absolut. 1 Ha definit la població, però encara no ha iniciat la fase assistencial. 2 Ha definit la població i n'atén a una part del total tècnic. 3 Completament, atenent a la majoria de població diana.
		L'experiència disposa d'un model consensuat de valoració multidimensional bàsic, únic i compartit social i sanitari amb les mateixes escales de valoració?	0 En absolut. 1 Parcialment, utilitzen alguna escala comú. 2 Majoritàriament, han pactat les escales i les utilitzen compartides. 3 Completament, fan servir el mateix model i comparteixen entre ells.
		L'experiència disposa d'un model de pla d'atenció únic, amb visió d'atenció centrada en la persona (ACP), que incorpora la presa de decisions compartida entre les persones i els professionals que les atenen?	0 En absolut. 1 Parcialment, s'ha iniciat però encara no està operativa. 2 Majoritàriament, s'utilitza el model únic, que cada àmbit omple independentment. 3 Completament, s'utilitza el model únic que s'omple col·laborativament per part dels professionals dels dos àmbits.
	4	S'utilitza alguna metodologia, per exemple "conferència de cas", per a la presa de decisions compartida per aquelles situacions més complexes?	0 En absolut. 1 S'utilitza de manera molt esporàdica i per a casos molt complexos. 2 S'utilitza de manera regular, en un elevat percentatge de casos. 3 S'utilitza de manera habitual, sempre i com a sistema de treball habitual.
		L'experiència incorpora el gestió de cas com a eina per a les persones i els professionals?	0 En absolut. 1 Parcialment, hi ha coordinacions, sense arribar a aplicar model de gestió de cas. 2 Majoritàriament, s'ha gestió de cas principalment o exclusivament en un dels àmbits (Salut o Social). 3 Completament, es portarà a terme gestió de casos en els dos àmbits (gestió casos dual).
	8	L'experiència té identificats (mapejats) els recursos assistencials del territori?	0 En absolut. 1 Parcialment, només d'un àmbit. 2 Hi ha líders dels 2 àmbits, però no treballen integradament. 3 Hi ha un lideratge compartit per part dels 2 àmbits.
		L'experiència té identificats (mapejats) els recursos assistencials del territori?	0 En absolut. 1 Parcialment, estan identificats, però no s'han establert circuits específics.
		L'experiència té identificats (mapejats) els recursos assistencials del territori?	0 En absolut. 1 Parcialment, estan identificats, però no s'han establert circuits específics.
	8	L'experiència té identificats (mapejats) els recursos assistencials del territori?	0 En absolut. 1 Parcialment, estan identificats, però no s'han establert circuits específics.
		L'experiència té identificats (mapejats) els recursos assistencials del territori?	0 En absolut. 1 Parcialment, estan identificats, però no s'han establert circuits específics.

Check-list (27 elementos clave)

ÁMBITO	ELEMENTOS CLAVE (ejemplos)
MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA	■ Definir población diana ■ Consensuar valoración y plan único ■ Metodología de toma de decisiones compartida ■ Tiempo y espacio compartido ■ Formación
DINÁMICAS TERRITORIALES INTEGRADAS	■ Equipo impulsor único ■ Mapa de recursos ■ Plan funcional territorial ■ Respuesta 7x24 (social y sanitaria)
INSTRUMENTOS OPERATIVOS FACILITADORES DE ATENCIÓN INTEGRADA	■ Sistema de gobernanza ■ Sistemas de información interoperables vs plataforma única ■ Financiamiento específico ■ Cuadro de mando (monitorización y redireccionamiento)
RECURSOS ESPECÍFICOS FACILITADORES DE AI	■ SAD integrado ■ Servicio de teleasistencia integrada ■ Servicio de TO /BAT ■ Servicio de RHB

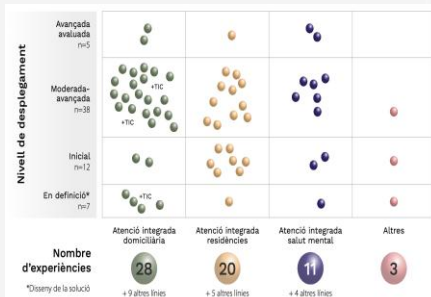


LINEAS PRIORITARIAS

DESPLIEGUE DE LA ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA EN EL ENTORNO DOMICILIARIO Y COMUNITARIO



ENFOQUE OPERATIVO (algunas acciones)



Mapa actualizado de experiencias territoriales (se han identificado 39 nuevas experiencias)



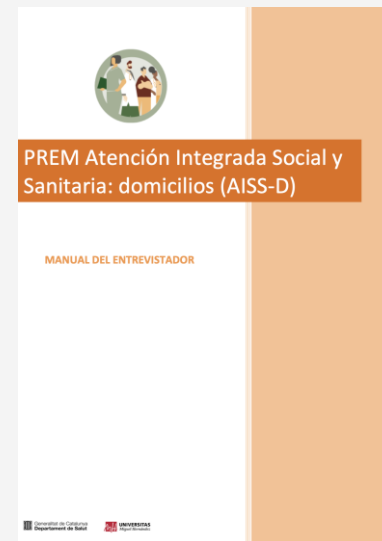
Modelización para el despliegue de nuevas experiencias AISS en el ámbito domiciliario (Guia práctica)



Consenso de un sistema valoración multidimensional y plan único social y sanitario (Objetivo: 1 persona = 1 plan)

TIPUS	INDICADOR	FÒRMULA / OPCIONS	FONT DE LA INFORMACIÓ	RESULTAT ESPERAT 2024
1	L'experiència disposa d'un comitè de operatiu / equip impulsor, en el marc de la governança territorial	Opcions: • No s'ha disposat • Està en procés de constitució • Constituit i en funcionament	El propi territori (RAISS)	Constituit i en funcionament al primer trimestre de 2024.
2	L'experiència disposa d'un òrgan de governança institucional /directiva /estratègica	Opcions: • No s'ha disposat • Està en procés de constitució • Constituit i en funcionament	El propi territori (RAISS)	Constituit i en funcionament al segon trimestre de 2024.
3	Es disposa d'un pla funcional amb les actuacions, calendaris, files a curt, mitjà i llarg termini, amb especificació de recursos i necessitats?	Opcions: • No s'ha disposat • Està en procés d'elaboració • Fet	El propi territori (RAISS)	Es disposa de pla funcional territorial al segon trimestre de 2024.
4	Cobertura territorial del programa d'AISS en l'entorn domiciliari (sobre la població potencialment tributària d'AISS domiciliari i sobre el total de població)	Numerador: nombre de persones incloses en el programa d'AISS domiciliari Denominador: població general del territori	El propi territori	Informació (objectiu tècnic de l'1% de la població) Al desembre de 2024 el nombre mínim de persones incloses al programa haurem de ser de 50 per percent de cas
5	Proporció de persones incloses en el programa AISS domiciliari amb valoració multidimensional i pla d'atenció únic actualitzat	Numerador: nombre de persones amb valoració i pla d'atenció únic actualitzat Denominador: nombre de persones incloses en programa AISS domiciliari	El propi territori	>90%
6	Proporció de persones incloses en el programa AISS domiciliari en les que s'ha realitzat adequació de la prescripció farmacològica	Numerador: nombre de persones amb adequació de la prescripció farmacològica segons el model PCP Denominador: nombre de persones incloses en programa AISS domiciliari	El propi territori ("anàlisi centralitzat")	>90% * Es realitzarà anàlisi centralitzat (aportant el nombre de farmacs prescrits abans i després de la inclusió al programa AISS domiciliari)
7	Nombre de casos en els que s'utilitza metodologia de "conferència de cas" entre professionals de Salut i de Serveis Socials per a l'elaboració del pla d'atenció	Numerador: nombre de persones en què s'ha dut a terme conferència de cas Denominador: nombre de persones incloses en programa AISS domiciliari	El propi territori	Informació (Juny i desembre 2024)
8	Cobertura de SAID integrat en les persones incloses en programa AISS domiciliari i respecte la població general del territori	Numerador: nombre de persones incloses en programa AISS domiciliari que han rebut SAID del territori Denominador: nombre de persones que han rebut SAID del territori	El propi territori	100%
9	Cobertura de SAID integrat en les persones incloses en programa AISS domiciliari i respecte la població i inclosa en experiència AISS	Numerador: nombre de persones incloses en programa AISS domiciliari i que han rebut SAID Denominador: nombre de persones incloses en programa AISS domiciliari i respecte la població i inclosa en experiència AISS	El propi territori	Informació (Juny i desembre 2024)

Desarrollo de un cuadro de mando con 20 indicadores



Desarrollo de una herramienta de valoración rápida de experiencia (PREM)

AT. INTEGRADA: ¿CÓMO DESPLEGAMOS EN CATALUÑA?

ATENCIÓN INTEGRADA SANITARIA

(ATENCIÓN INTEGRADA “VERTICAL”)

PLAN INTEGRADO PARA LAS PERSONAS FRÁGILES, CON CRONICIDAD COMPLEJA y AVANZADA



ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA (AISS)

(ATENCIÓN INTEGRADA “HORITZONTAL”)

AISS EN EL ENTORNO DOMICILIARIO Y COMUNITARIO



AISS EN EL ENTORNO RESIDENCIAL



AISS en SALUD MENTAL Y ADICCIONES



PROCESO INTEGRADO de DEPENDENCIA



INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN y TECNOLOGÍA



CREACIÓN DE LA AGAISS-CAT





LINEAS PRIORITARIAS

INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TECNOLOGIA

Servei d'anàlisi d'informació per a les experiències d'AiSS en l'àmbit domiciliari/comunitari

Suport per al seguiment del desplegament de l'AiSS

HISTIA

2026

2023-2025

PGAC

Programa de gestió de l'Atenció Complexa OSONA



Triple registro!

ADMIT atenció domiciliària integrada

HES historia electrónica de Salud

2024 - VISOR SALUD-SOCIAL

Salut/ECAP



Generalitat de Catalunya



LINEAS PRIORITARIAS

INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TECNOLOGIA

VISOR SALUD-SOCIAL



Soluciones SSII en el ENTORNO DOMICILIARIO



INTEROPERABILIDAD & PLATAFORMAS COMPARTIDAS



Generalitat de Catalunya
Fundació TIC Salut i Social

The screenshot shows a news article from the website 'govern.cat'. The article is titled 'Salut i Drets Socials compartiran informació dels pacients per millorar l'atenció integrada domiciliària'. It is dated '13 agost 2021 10:02' and is categorized under 'DRETS SOCIALS', 'SALUT', and 'COMUNICACIÓ DEL GOVERN'. The article text includes two main bullet points: 'Un nou protocol estableix la compartició d'informació per a l'atenció integrada social i sanitària i també per a l'avaluació de serveis' and 'La inclusió de dades clíniques i socials en una plataforma tecnològica contribueix a una millor valoració de les persones i facilita la presa de decisions per part dels professionals'.



Generalitat
de Catalunya

*“El sistema de salud y social del futuro, será integrado...
...o no será”*

—Carles Blay y Jordi Amblàs

Gracias!

Recursos

Llei 10/2025, de 26 de novembre, de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya: [Llei 10/2025, de 26 de novembre, de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya](#)

Protocolo compartición de datos: [Protocol d'actuació per a la comunicació de dades entre el sistema sanitari públic i la xarxa de serveis socials públics per a l'atenció domiciliària integrada](#)

Guia de consensos de valoración multidimensional [Proposta de consens de valoració multidimensional i pla d'atenció integrat/únic per a les experiències d'atenció integrada social i sanitària a Catalunya](#)

Guia para desplegar proyectos atención domiciliaria [Guia pràctica per al desplegament de l'atenció integrada en l'entorn domiciliari](#)

Check list: [Check-list-valoracio-projectes-Atencio-Integrada-Social-Sanitaria-entorn-domiciliari.xlsx](#)

Mail de contacto Marta Dachs: mdachs@eapvic.org