



PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES
DE PACIENTES

Informe

Observatorio de la Atención al Paciente

2025

**Atención integrada de la
cronicidad en España: Situación,
herramientas y retos de la
integración sanitaria y social**



Bservatorio
de la atención al paciente

Entidades miembro de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes:



Edita:
Plataforma de Organizaciones de Pacientes
CIF: G-87288627
www.plataformadepacientes.org

Realiza:
Nephila Health Partnership, S.L.



Índice

1. Introducción	6
1.1. Marco conceptual de la integración sanitaria y social	6
1.2. Marco internacional y experiencias de éxito	7
1.3. Marco nacional y despliegue autonómico	8
1.4. Justificación	12
2. Objetivos	13
3. Metodología	14
4. Resultados del sondeo: Integración sanitaria y social en la atención a la cronicidad	18
4.1. Planificación de la atención integrada	18
4.2. Coordinación entre el sistema sanitario y social	23
4.3. Salud digital	25
4.4. Estratificación de la población crónica y gestión de la demanda	26
4.5. Barreras para la integración sanitaria y social	29
4.6. Recursos necesarios para el despliegue efectivo de la integración sanitaria y social en las Comunidades Autónomas	31
5. Conclusiones	34
6. Bibliografía	40
7. Anexos	45
7.1. Sondeo a Comunidades Autónomas	45
7.2. Índice de tablas y figuras	54

Comité asesor

Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)



Asociación Española de Pediatría (AEP)



Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España (CGCOE)



Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)

Consejo General del Trabajo Social (CGTS)



Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Organización Médica Colegial de España (OMC)



Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Sociedad Española del Dolor (SED)



Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

Sociedad Española de Directivos de Salud (SEDISA)



Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)



Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC)



Sociedad Española de Médicos General y de Familia (SEMG)

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)



1. Introducción

La atención integrada sanitaria y social se ha consolidado como una necesidad estratégica para los sistemas de salud modernos, especialmente en un contexto marcado por el envejecimiento poblacional, el aumento de la cronicidad y la creciente complejidad de las necesidades de las personas. En España, este escenario exige reforzar los modelos que garanticen una atención continua, coordinada y centrada en la persona.

La cronicidad y la multimorbilidad constituyen uno de los principales retos del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹. Según los datos de la última encuesta Europea de Salud para España, el 54,3% de la población española mayor de 15 años padece, al menos, una enfermedad crónica. Entre la población española mayor de 65 años, el 40% de los hombres y el 44% de las mujeres padecen varias enfermedades crónicas², que impactan de forma significativa en la calidad de vida, la autonomía y los recursos sanitarios y sociales^{1,3}. Gran parte de esta población mayor de 65 años presentan pluripatología, comorbilidad y situaciones de complejidad clínica que se acentúan a medida que avanza su edad, haciéndolas especialmente vulnerables^{1,2,3}. Esta realidad hace especialmente necesario avanzar hacia modelos que superen la fragmentación tradicional entre sistemas y niveles asistenciales.

En este sentido, la integración sanitaria y social se presenta como un enfoque esencial para responder a las personas con necesidades crónicas de salud y situaciones de vulnerabilidad. Este modelo permite reforzar la comunicación, la planificación conjunta y la cooperación intersectorial para mejorar los resultados en salud, la continuidad asistencial y la sostenibilidad del sistema³. En definitiva, avanzar hacia un modelo que articule la atención sanitaria y social como partes de un único plan centrado en la persona, incorporando tanto la dimensión física como el bienestar psicosocial, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

1.1. MARCO CONCEPTUAL DE LA INTEGRACIÓN SANITARIA Y SOCIAL

La atención integrada se ha consolidado como un enfoque imprescindible para abordar las necesidades complejas de las personas con enfermedades crónicas, dependencia o vulnerabilidad social^{4,5}. Se basa en la coordinación conjunta de intervenciones y programas entre los sistemas sanitarios, los servicios sociales y los recursos comunitarios, con el objetivo de optimizar los recursos disponibles y facilitar la transición entre entornos hospitalarios, domiciliarios y comunitarios, ofreciendo así cuidados personalizados y centrados en la persona⁶.

La atención integrada es el conjunto de mecanismos organizativos, financieros

y clínicos del sistema que facilita la colaboración entre los distintos niveles y sectores para alcanzar objetivos comunes de eficiencia y calidad⁷. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la articulación coherente de recursos, servicios y actores de los ámbitos sanitario y social para mejorar los procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y bienestar de las personas⁸.

La atención integrada se entiende como un proceso dinámico de cooperación que opera en tres niveles complementarios^{5,6}.

1. Integración organizativa: basada en estructuras de gobernanza comunes y mecanismos de coordinación interinstitucional.

2. Integración funcional: sustentada en la interoperabilidad de los sistemas de información.

3. Integración clínica: articula planes de cuidados compartidos y continuidad entre niveles asistenciales.

Para reforzar este enfoque, se incorpora el modelo de “Atención Centrada en la Persona” (ACP), que sitúa la experiencia del paciente en el núcleo del proceso asistencial, fomenta su participación activa y reconoce la influencia de los determinantes sociales sobre la salud^{7,8,9}. La ACP se materializa especialmente en los modelos que

integran la atención sanitaria, social y los recursos comunitarios, favoreciendo la autonomía y la continuidad de los cuidados a lo largo del tiempo^{7,9}.

1.2. MARCO INTERNACIONAL Y EXPERIENCIAS DE ÉXITO

La OMS señala que la integración sanitaria y social es un eje prioritario para construir sistemas de salud equitativos, sostenibles y centrados en las personas, especialmente ante el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas⁸.

La evidencia internacional indica que los enfoques integrados, basados en gobernanza compartida, financiación alineada, interoperabilidad y enfoque centrado en la persona, generan resultados positivos en continuidad asistencial, eficiencia y experiencia del paciente^{9,10,11}. Entre los casos más destacados:

- En Reino Unido, los *Integrated Care Systems* (ICS) coordinan servicios sanitarios del National Health Service (NHS) con servicios sociales locales bajo estructuras de gobernanza unificada, asegurando continuidad de cuidados, planificación conjunta y reducción de duplicidades⁹.
- En Países Bajos, el modelo “Buurtzorg” integra atención domiciliaria sanitaria y social mediante equipos de enfermería comunitaria, con

financiación unificada para cuidados prolongados, favoreciendo la eficiencia y la autonomía del paciente¹⁰.

- En Finlandia, la reforma “SOTE” agrupa atención sanitaria, servicios sociales y cuidados de larga duración en organismos regionales únicos, asegurando interoperabilidad plena, coordinación integral y eficiencia en la atención a personas con necesidades complejas¹¹.

Estas experiencias ilustran que los sistemas más avanzados comparten elementos clave: gobernanza común, digitalización madura financiación y desarrollo de figuras profesionales de enlace.

1.3. MARCO NACIONAL Y DESPLIEGUE AUTONÓMICO

En España no existe un plan nacional destinado exclusivamente a la “integración sanitaria y social”. No obstante, sí hay marcos estratégicos nacionales (impulsados fundamentalmente por el Ministerio de Sanidad) que promueven explícitamente la coordinación y la atención integrada, instando a las comunidades autónomas a desarrollar modelos propios alineados con los estándares internacionales. Estos documentos abordan la integración sanitaria y social desde distintos ángulos: conceptual, estratégico, operativo y digital.

- + **“Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad”** (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024): un proceso de desinstitucionalización. Primer Plan Operativo 2024-2025”:

establece líneas de actuación dirigidas a fortalecer la coordinación sociosanitaria, definir un marco común para el SNS y promover planes autonómicos de atención integrada¹².

- + **“Documento de Desarrollo 2025-2028 de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad”**

(Ministerio de Sanidad, 2025): da prioridad a la atención integrada, la continuidad asistencial, la equidad, la participación de pacientes y la digitalización interoperable².

- + **“Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027”**

(Ministerio de Sanidad, 2024): impulsa la orientación comunitaria, la colaboración entre Atención Primaria, Salud Pública y servicios sociales, y la promoción de la salud¹³.

- + **“Estrategia de Salud Digital del SNS”**

(Ministerio de Sanidad, 2021): define la hoja de ruta para la interoperabilidad, el acceso compartido a información clínica y social y el uso de datos para mejorar la continuidad asistencial¹⁴.

- + **“Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España”** (Ministerio de Sanidad, 2011): aporta el marco conceptual inicial para la atención integral, definiendo la coordinación entre los sistemas sanitario y social, y proponiendo modelos de valoración conjunta y equipos multidisciplinares¹⁵.

A partir de estos documentos, pueden identificarse las líneas estratégicas clave para la implantación efectiva de modelos de atención integrada:

- Gobernanza y coordinación interinstitucional: acuerdos formales,

comisiones mixtas y planificación conjunta entre sectores sanitario y social¹⁵.

- Gestión de casos y figuras profesionales: impulso de perfiles como enfermería gestora de casos, coordinadores sociosanitarios y gestores de casos en poblaciones complejas^{16,17}.
- Digitalización e interoperabilidad: sistemas que conecten información clínica y social, plataformas compartidas y estándares comunes^{16,6}.
- Estratificación poblacional y determinantes sociales: herramientas como los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) y modelos integrados de análisis de información clínica y social para orientar la asignación de recursos^{18,19}.
- Participación de pacientes y Atención Centrada en la Persona (ACP): implicación en la planificación, diseño y evaluación de servicios, asegurando que la atención se adapte a sus necesidades reales⁷.

Estos planes establecen un marco común para la integración sanitaria y social a nivel nacional. Sin embargo, su implementación en las comunidades autónomas ha sido heterogénea, debido a diferencias en recursos, estructuras organizativas y diferentes modelos de gobernanza existentes en los servicios sociales de cada CC.AA.. Solo algunas regiones han alcanzado niveles avanzados de integración estructurada: Cataluña, País Vasco, Navarra y Asturias destacan como pioneras, con marcos de gobernanza compartida, equipos interdisciplinarios y sistemas digitales interoperables que permiten una atención continua y centrada en la persona²⁰⁻²⁶.

- **Cataluña.** La atención integrada se ha desarrollado especialmente en el

ámbito comunitario y domiciliario, priorizando la atención a colectivos vulnerables y la coordinación entre atención primaria, servicios sociales y entidades municipales, con itinerarios asistenciales conjuntos y seguimiento sistemático de pacientes crónicos complejos^{20, 21,22}.

- **País Vasco.** La atención integrada se ha consolidado mediante estructuras de gobernanza unificada y modelos de coordinación territorial (mediante las OSI: Organizaciones Sanitarias Integradas) que aseguran la continuidad asistencial, especialmente para personas con alta complejidad, combinando rutas asistenciales integradas y sistemas de información compartida entre profesionales sanitarios y sociales^{23,24}.
- **Navarra.** El impulso normativo ha permitido formalizar la valoración integral y la gestión coordinada de casos, asegurando la continuidad de cuidados entre atención primaria, especializada y servicios sociales, con especial énfasis en el seguimiento de personas con cronicidad avanzada o dependencia²⁵.
- **Asturias.** El modelo de atención está orientado hacia la atención intermedia y la coordinación de equipos sociosanitarios territoriales, facilitando la transición entre el hospital y el domicilio, y potenciando la actuación comunitaria para pacientes con necesidades de cuidados de larga duración²⁶.

Tabla 1. Marcos estratégicos y modelos organizativos de integración sanitaria y social en CC.AA. pioneras

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DOCUMENTOS CLAVE VINCULADOS A LA ATENCIÓN INTEGRADA SANITARIA Y SOCIAL	TIPO DE DOCUMENTO	MODELOS ORGANIZATIVOS/ ELEMENTOS DISTINTIVOS
Cataluña	Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria (AISS) (Departament de Salut y Departament de Drets Socials, 2024) ²⁰	Marco estratégico-operativo	<ul style="list-style-type: none">• Equipos interdisciplinarios sanitarios (AP, enfermería, trabajo social sanitario) y sociales (trabajador/a y educador/a social).• Planes de cuidados y seguimiento conjunto: atención domiciliaria integrada, residencias de personas mayores y atención comunitaria a colectivos vulnerables (discapacidad, salud mental, dependencia severa, etc.).
	Pla de desplegament de l'atenció integrada social i sanitària a les persones que viuen a residències de gent gran (2023) ²¹	Operativo	<ul style="list-style-type: none">• Equipos intersectoriales con personal sanitario, social y municipal.• Planes individualizados y coordinación de apoyos sociosanitarios.
	Atención integrada domiciliaria (2022) ²²	Operativo	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación entre AP, servicios sociales municipales.• Atención domiciliaria mediante valoración integral única y registro compartido.
País Vasco	Estrategia Sociosanitaria del País Vasco 2014-2023 ^{23, 24}	Estrategia autonómica	Órganos territoriales y comisiones sociosanitarias; OSI con gobernanza unificada; equipos sanitarios y sociales coordinados; información compartida; itinerarios conjuntos; portal sociosanitario y rutas integradas para personas de alta complejidad.
Navarra	Programa de Atención Integral Social y Sanitaria (PAISS) (2023) ²⁵	Norma reguladora (actualizada en 2024-2025)	Equipos mixtos AP-hospital-social; planificación conjunta para casos complejos; valoración sociosanitaria única; circuitos de derivación integrados; gestión compartida del caso mediante referente sociosanitario.
Asturias	Plan Sociosanitario del Principado de Asturias (2019-2021) ²⁶	Plan autonómico	Atención intermedia; equipos territoriales sociosanitarios; transición hospital-domicilio; coordinación de cuidados comunitarios.

Por otro lado, **Andalucía, Comunitat Valenciana y Castilla-La Mancha** han iniciado avances significativos, configurándose como modelos emergentes de integración, aunque aún no alcanzan el nivel estructural de las CC.AA. pioneras. Estas han desarrollado proyectos de atención domiciliaria integrada, teleasistencia, enfermería gestora de casos, Historia Sociosanitaria Compartida y comisiones mixtas de coordinación sociosanitaria^{27,28,29}.

- **Andalucía.** La “I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria (2024-2027)” establece una hoja de ruta formal para la integración, con énfasis en la coordinación entre atención primaria, servicios sociales comunitarios, dependencia y teleasistencia, así como en la creación de mecanismos estables de gobernanza compartida²⁷.
- **Castilla-La Mancha.** El “Plan Integral de Atención Sociosanitaria” (enmarcado en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025.) recoge objetivos de continuidad asistencial, desarrollo de atención domiciliaria coordinada, flujos de información entre sistemas sanitarios y sociales y modelos de gestión de

casos para personas con necesidades complejas²⁸.

- **Comunitat Valenciana.** La “Estrategia Valenciana de Coordinación e Integración Sociosanitaria” y la creación de la “Oficina Autónoma de Coordinación e Integración Sociosanitaria de la Comunitat Valenciana” (OCISS) impulsan medidas operativas, destacando el pilotaje de la historia sociosanitaria única y la articulación de grupos de trabajo mixtos para altas necesidades de complejidad²⁹.
- **Comunidad de Madrid.** Se ha puesto en marcha la Comisión de Coordinación Sociosanitaria de la Comunidad de Madrid, con el objetivo de mejorar la coordinación entre servicios sociales y sanitarios — especialmente en residencias y entre atención primaria, servicios sociales y cuidados a personas mayores o dependientes—. Esta Comisión busca definir mecanismos de cooperación institucional, protocolos de actuación conjunta y estructuras estables de coordinación sociosanitaria, lo que representa un paso hacia la integración social y sanitaria en la comunidad autónoma^{30,31}.

Tabla 2. Marcos estratégicos y modelos organizativos de integración sanitaria y social en CC.AA. emergentes (avances sin consolidar)

COMUNIDAD AUTÓNOMA	DOCUMENTOS CLAVE	TIPO DE DOCUMENTO	MODELOS ORGANIZATIVOS/ ELEMENTOS DISTINTIVOS
Andalucía	Estrategia EACS 2024-2027 ²⁷	Estrategia autonómica	Enfermería gestora de casos; teleasistencia avanzada; itinerarios sociosanitarios iniciales.
Castilla-La Mancha	Plan Integral de Atención Sociosanitaria ²⁸	Plan estratégico	Valoración conjunta; equipos sociosanitarios; coordinación AP-servicios sociales; digitalización inicial.
Comunitat Valenciana	Estrategia de Coordinación e Integración (en desarrollo) ²⁹	Plan autonómico	Proyecto de Historia Sociosanitaria; comisiones mixtas; pilotos de atención domiciliaria integrada.

1.4. JUSTIFICACIÓN

España enfrenta el reto de la creciente cronicidad y multimorbilidad que genera necesidades complejas que requieren coordinación entre los sistemas sanitario y social^{2, 32}. En este contexto, los modelos de atención integrada sanitaria y social se presentan como una herramienta clave para garantizar la continuidad, la coordinación y la personalización de los cuidados de la población con enfermedad crónica y vulnerabilidad social, superando la fragmentación histórica entre sistemas y niveles asistenciales, especialmente en un escenario de envejecimiento poblacional y alta demanda de servicios^{10,11}.

A pesar de los avances, persisten importantes obstáculos estructurales que limitan la plena implantación de estos modelos. La cobertura de servicios sociales sigue siendo insuficiente en gran parte del territorio³³, los tiempos de espera para obtener el reconocimiento de la dependencia superan los 300 días de media³⁴, y la brecha de género sobrecarga a las mujeres cuidadoras, que continúan afrontando el papel de los cuidados informales desiguales sistemáticas³⁵. La interoperabilidad entre los sistemas sanitarios y sociales permanece desigual entre regiones, dificultando la coordinación efectiva y la continuidad de los cuidados^{16,17}. Por su parte, la falta de reconocimiento formal de figuras clave como la enfermería gestora de casos (y la consecuente escasez de plazas específicas)^{16,17}, representa una de las principales barreras para avanzar en la integración efectiva.

A estas barreras se suma la brecha digital, que limita el acceso de las personas mayores con enfermedad crónica o con discapacidad (dos de los colectivos más vulnerables) a herramientas y servicios sociosanitarios³⁶.

Estas brechas evidencian que, aunque la planificación nacional establece prioridades claras, la implementación autonómica sigue siendo heterogénea^{2,3}. Este contexto subraya la necesidad de consolidar buenas prácticas y sistematizar su evaluación, como recomiendan la “Estrategia de Cronicidad 2025-2028” y el “Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027”, y asegurar la alineación entre las estrategias nacionales y los planes autonómicos, para avanzar hacia un modelo integrado y centrado en la persona^{2,13}.

El enfoque propuesto por organismos internacionales, como la OMS, coincide plenamente con esta perspectiva, al destacar la importancia de reforzar la atención primaria, la gestión de casos, la atención domiciliaria y la consideración de los determinantes sociales de la salud como ejes esenciales de un sistema moderno, sostenible y equitativo³⁰.

La encuesta a las CC.AA. realizada en 2024 en el marco del Informe anual del Observatorio de Atención al Paciente (OAP) de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), ya apuntó como principal reto para alcanzar la continuidad asistencial de la cronicidad desde AP y Comunitaria (elemento esencial de la atención integrada), la mejora de la coordinación entre AP y los recursos sociales³⁷.

Con este informe del OAP 2025, se ha pretendido profundizar en la situación y retos presentes y futuros de la integración y coordinación de la atención sanitaria y social en España, así como identificar buenas prácticas y proponer acciones de mejora en el contexto de la atención a pacientes crónicos, a partir de una encuesta realizada a planificadores y gestores sanitarios de las Administraciones sanitarias autonómicas.

2. Objetivos

Considerando el escenario descrito en la introducción, el objetivo general de este documento es **profundizar en la situación y retos de la coordinación e integración asistencial en el contexto de la atención a pacientes crónicos en España, e identificar las herramientas y buenas prácticas necesarias para alcanzar la integración de la atención sanitaria y social.**

Para lograr este objetivo, se han definido los siguientes objetivos específicos:

- 1. Analizar la alineación estratégica entre el “Plan Operativo 2025-2028 de la Estrategia Nacional de Cronicidad” y las prioridades autonómicas** en materia de coordinación e integración asistencial.
- 2. Identificar la existencia, desarrollo y características de los planes o estrategias autonómicas de atención a la cronicidad**, incluyendo su grado de incorporación de la atención integrada sanitaria y social y su dotación presupuestaria.
- 3. Evaluar la implantación del modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) en las estrategias autonómicas de cronicidad**, analizando los mecanismos de participación de pacientes y cuidadores, la personalización de la atención y la evaluación de la experiencia del paciente.
- 4. Examinar las acciones específicas dirigidas a colectivos vulnerables dentro de las estrategias autonómicas de atención a la cronicidad**, identificando buenas prácticas.
- 5. Analizar el nivel de implantación de la atención integrada sanitaria y social** en las Comunidades Autónomas, **así como los mecanismos de coordinación** institucional y profesional entre los sistemas sanitario y social.
- 6. Describir el grado de desarrollo de las figuras profesionales clave** (enfermería gestora de casos, coordinador sociosanitario, trabajador/a social, agentes de salud, etc.) implicadas **en la coordinación asistencial.**
- 7. Explorar el uso y desarrollo de herramientas digitales para la coordinación entre los sistemas sanitario y social**, como la interoperabilidad de la historia clínica, plataformas digitales conjuntas e inteligencia artificial aplicada a la gestión de la cronicidad.
- 8. Examinar los sistemas y criterios de estratificación de la población crónica**, especialmente la inclusión de determinantes sociales de la salud y la coherencia entre niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitalaria) y la gestión de las listas de espera.
- 9. Identificar las principales barreras y retos** percibidos por las Comunidades Autónomas **para alcanzar una integración efectiva** entre el sistema sanitario y el sistema social.
- 10. Recoger buenas prácticas, herramientas y recursos** que puedan servir de referencia para la mejora de la atención integrada sanitaria y social en España.

3. Metodología

En esta edición de 2025, el OAP aborda la integración de la atención sanitaria y social para personas con enfermedad crónica en España, considerando este aspecto como clave para garantizar una atención continuada, coordinada y equitativa a nivel autonómico y nacional. El proyecto se ha desarrollado mediante un enfoque metodológico mixto, que combina:

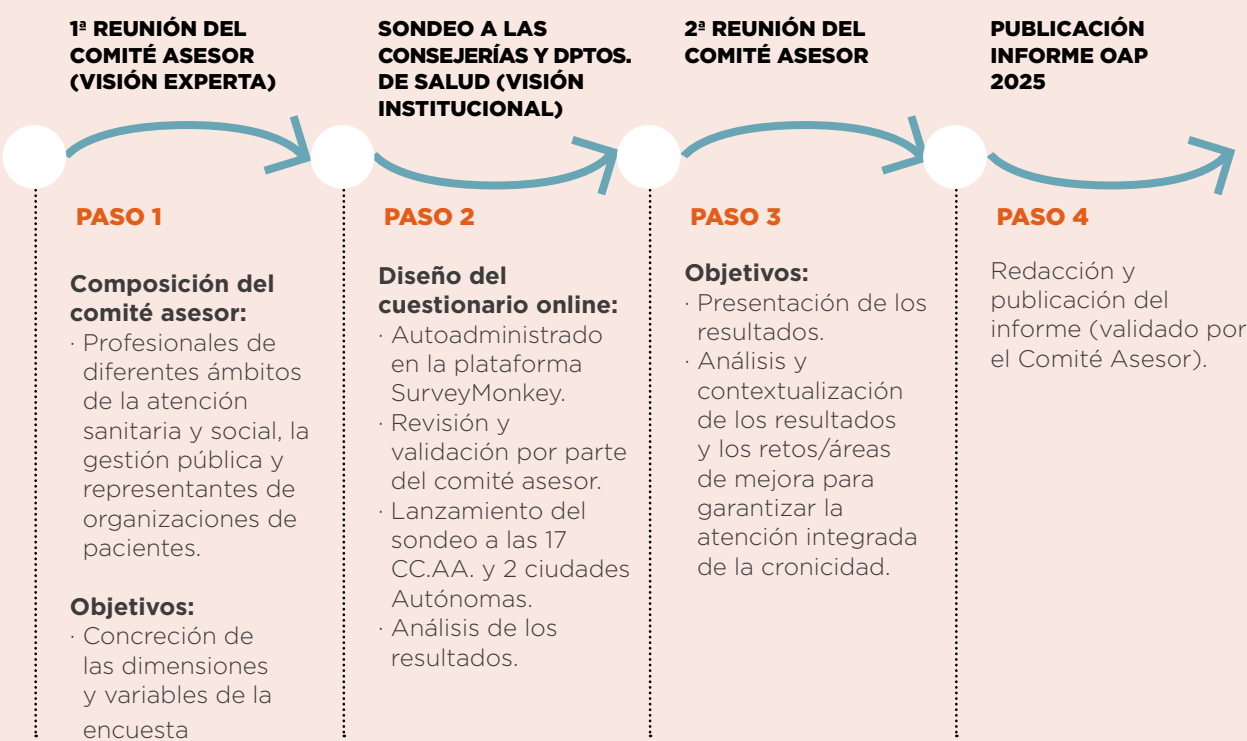
+ Análisis documental: revisión de normativa, estrategias, planes y

estudios recientes sobre integración sanitaria y social.

+ Sondeo institucional a las CC.AA.: recogida de información sobre estructuras, experiencias y avances en coordinación e integración.

+ Participación del Comité Asesor multidisciplinar: aportación de perspectivas profesionales que enriquecen el análisis y facilitan la interpretación de los datos institucionales en relación con la práctica cotidiana.

Figura 1. Metodología del Informe OAP 2025



Revisión bibliográfica: Estrategias y planes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y autonómicos relacionados con la atención a la cronicidad y la coordinación sociosanitaria; documentos/estudios oficiales de organismos públicos, organizaciones de pacientes; sociedades científicas e instituciones públicas o privadas; y literatura gris.

Con el objetivo de conocer de primera mano el grado de avance de la integración sanitaria y social, se diseñó un cuestionario online autoadministrado dirigido a las Consejerías y Departamentos de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas (validado por el Comité Asesor), que combinó preguntas cerradas y abiertas, lo cual permitió obtener información tanto cuantitativa como cualitativa (ver Figura 2). Este abordó aspectos clave relacionados con:

1. El grado de desarrollo de la planificación en cronicidad
2. La existencia de mecanismos de coordinación sanitaria y social
3. La implantación de figuras profesionales especializadas
4. Las herramientas digitales empleadas
5. Los sistemas de estratificación y de gestión de la demanda
6. La atención a colectivos vulnerables

Figura 2. Diseño y alcance del sondeo

MUESTRA Y TRABAJO DE CAMPO

- + **Invitación mediante correo electrónico** a las 17 Consejerías/ Departamentos de Salud y las Direcciones Territoriales de Ceuta y Melilla.
- + **Reclutamiento** a través de Direcciones y Subdirecciones Generales y Servicios designados por las Consellerías (ver tabla 1).
- + **Trabajo de campo** entre el 28 de junio y el 28 de septiembre 2025.
- + **Participación:** 17 territorios (15 C.C. A.A., Ceuta y Melilla) (ver participantes en Tabla 3).

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO: DIMENSIONES Y VARIABLES

- + **Planificación de la integración asistencial:** Alineación del Plan Operativo 2025-2028 con las prioridades autonómicas; existencia de un Plan o Estrategia de atención a la cronicidad; inclusión de la cronicidad en otros planes o instrumentos autonómicos; desarrollo actual o previsión de un Plan o Estrategia de cronicidad; inclusión de la integración sanitaria y social en la planificación autonómica; líneas estratégicas relacionadas con la integración sanitaria y social; dotación presupuestaria específica para integración sanitaria y social; evaluación del despliegue de las acciones de integración sanitaria y social; nivel de integración de los principios del modelo de Atención Centrada en la Persona; existencia de programas o acciones dirigidas a colectivos vulnerables; nivel de implantación de la atención integrada sanitaria y social.
- + **Coordinación entre el sistema sanitario y social:** Existencia de mecanismos o herramientas de coordinación sociosanitaria; nivel de coordinación entre el sistema sanitario y el social en la gestión de la discapacidad; grado de implantación de las figuras profesionales clave para la atención integrada.

Figura 2. Diseño y alcance del sondeo (CONTINUACIÓN)

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO: DIMENSIONES Y VARIABLES	<ul style="list-style-type: none">+ Salud digital e interoperabilidad: Herramientas digitales utilizadas en Atención Primaria para la coordinación sociosanitaria; herramientas digitales utilizadas en Atención Hospitalaria para la coordinación sociosanitaria.+ Estratificación de la población crónica y gestión de la demanda: Herramientas digitales o criterios aplicados para la identificación y estratificación de pacientes crónicos; integración de los determinantes sociales de la salud en los sistemas de estratificación; homogeneidad de criterios de estratificación entre Atención Primaria y Hospitalaria; criterios aplicados para la priorización de pacientes crónicos en listas de espera.+ Principales barreras y necesidades identificadas: Retos principales identificados por las Comunidades Autónomas para avanzar en la integración sanitaria y social.
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none">+ Tipo de análisis: Estadístico descriptivo univariante.+ Métodos aplicados: Descripción cuantitativa de frecuencias y niveles de implantación, análisis temático de respuestas abiertas.+ Tratamiento de datos: Agregado y anónimo.
ALCANCE Y LIMITACIONES	<ul style="list-style-type: none">+ Los resultados reflejan la información proporcionada por las CC.AA. participantes.+ No se realizarán análisis comparativos ni inferenciales.+ La profundidad del análisis depende del nivel de detalle facilitado por cada región.+ Todas las respuestas se han tratado de forma confidencial.

El sondeo contó con la participación de profesionales de las Direcciones y Subdirecciones Generales, Servicios y Gerencias de las Consejerías, Departamentos y Servicios de Salud de las 15 CC.AA. participantes (todas excepto Castilla y León y Murcia) y Ceuta y Melilla, con responsabilidad directa en la planificación, gestión y coordinación de la atención sanitaria y sociosanitaria (ver Tabla 3).

Tabla 3. Direcciones, Subdirecciones y Servicios participantes en el sondeo

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ÁREA DE TRABAJO
Andalucía	Subdirección de Cuidados y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud y Consumo
Aragón	Dirección General de Asistencia Sanitaria y Planificación Departamento de Sanidad
Canarias	Servicio de Cronicidad y Continuidad Asistencial en la Dirección General Paciente y Cronicidad
Cantabria	Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud
Castilla-La Mancha	Dirección General de Cuidados y Calidad del SESCAM
Cataluña	Direcció Estratègica d'Atenció Integrada del Departament de Salut
Comunidad de Madrid	Dirección General Asistencial del Servicio Madrileño de Salud
Comunidad Foral de Navarra	Subdirección de Asistencia Sanitaria Integrada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
Comunitat Valenciana	Dirección General de Atención Primaria de la Conselleria de Sanidad
Extremadura	Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud
Galicia	Subdirección General de Atención Primaria del SERGAS
Illes Balears	Subdirecció d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària i Malalties Poc Freqüents del Servei de Salut de les Illes Balears (IB-SALUT)
La Rioja	Coordinadora de Calidad y Seguridad Asistenciales del SERIS
País Vasco	Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (Dirección Asistencia Sanitaria, Osakidetza)
Principado de Asturias	Dirección General de Planificación Sanitaria de la Consejería de Salud
Ceuta	Dirección Territorial del INGESA en Ceuta
Melilla	Dirección Territorial del INGESA en Melilla

4. Resultados del sondeo: Integración sanitaria y social en la atención a la cronicidad

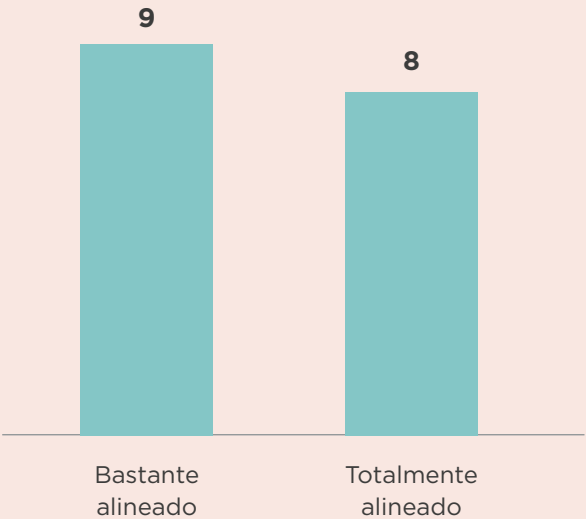
En el presente bloque se presenta un análisis de los principales indicadores que permiten tener una visión de la situación y retos actuales de la coordinación e integración asistencial en el contexto de la cronicidad, elaborado a partir de los datos recopilados en el sondeo a las CC.AA. y las dos Ciudades Autónomas.

La información se presenta estructurada en las siguientes dimensiones de análisis: planificación de la integración asistencial, coordinación entre el sistema sanitario y social, salud digital, estratificación de la población crónica y gestión de la demanda, y barreras para la integración sanitaria y social.

4.1. PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRADA

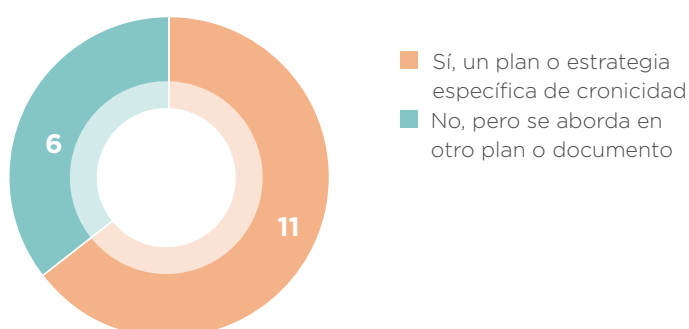
El Plan Operativo 2025-2028 de la Estrategia de Cronicidad está alineado con las prioridades de todas las regiones encuestadas en materia de coordinación e integración asistencial, lo que indica una tendencia hacia la convergencia de marcos estratégicos en el abordaje de la cronicidad (Figura 3).

Figura 3. Alineación del Plan Operativo 2025-2028 con las prioridades de coordinación e integración asistencial de las CC.AA. (n=17)



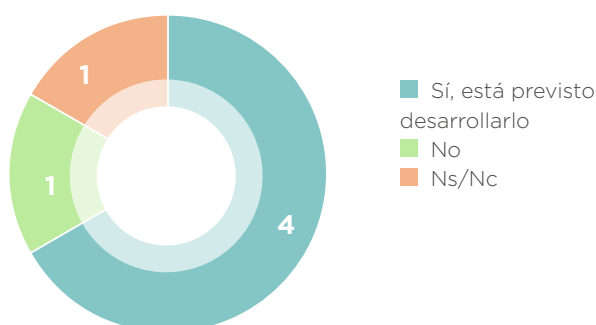
Todas ellas abordan la cronicidad en su planificación, bien mediante **estrategias específicas** o a través de **planes de salud** que integran este enfoque. En total, **once de las diecisiete CC.AA.** participantes disponen de una estrategia o plan de atención a la cronicidad, mientras que el resto la incorporan en documentos de planificación general (Figura 4).

Figura 4. Existencia de una Estrategia o Plan de Atención a la Cronicidad / Salud que aborde la cronicidad (n=17)



Entre las regiones que aún no disponen de un plan específico seis, todas salvo dos prevén desarrollarlo a corto o medio plazo, reflejando el compromiso con la planificación estructurada de la atención a la cronicidad (Figura 5).

Figura 5. Desarrollo actual o previsión de desarrollo de un Plan o Estrategia de atención a la cronicidad (n=6)



La integración sanitaria y social en la atención a la cronicidad está presente en la totalidad de los planes o estrategias, de los cuales ocho la incluyen como prioridad estratégica y siete la abordan de forma transversal (Figura 6). Entre las prioridades, líneas u objetivos estratégicos que contemplan la integración de la atención sanitaria y social, destacan:

1. Atención integrada en el ámbito domiciliario: en el hogar,

especialmente a personas mayores, con dependencia o en zonas rurales.

2. Atención integrada en residencias y viviendas tuteladas/asistidas.
3. Atención integrada en salud mental.
4. Integración de sistemas de información y transformación digital.
5. Coordinación asistencial.
6. Servicio de cronicidad y coordinación sociosanitaria.

Pese a estos avances, la **dotación presupuestaria** para la integración sanitaria y social continúa siendo limitada: **únicamente cuatro CC.AA. cuentan con una partida presupuestaria específica** (Figura 7). De igual modo, **solo la mitad de las regiones encuestadas (siete) evalúan** de manera sistemática el despliegue de sus acciones de integración (Figura 8).

Figura 6. Incorporación de la integración sanitaria y social en las prioridades de los planes o estrategias (n=15)

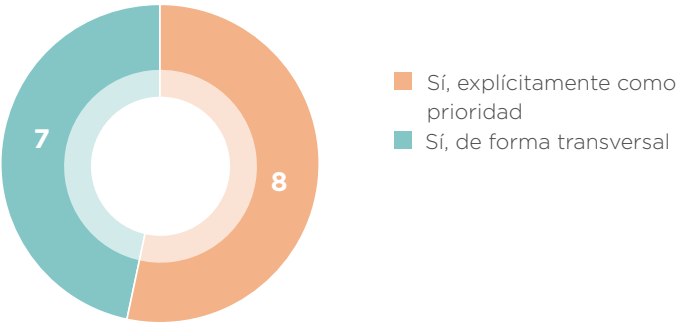


Figura 7. Dotación presupuestaria específica para la integración de la atención sanitaria y social (n=15)

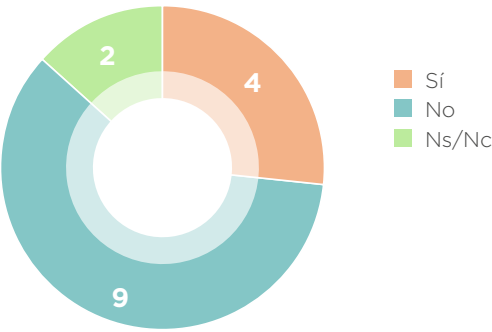
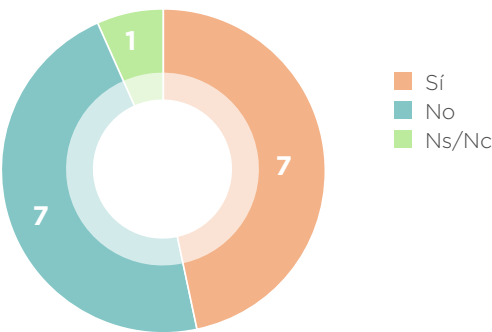


Figura 8. Evaluación del despliegue de las acciones de integración sanitaria y social (n=15)

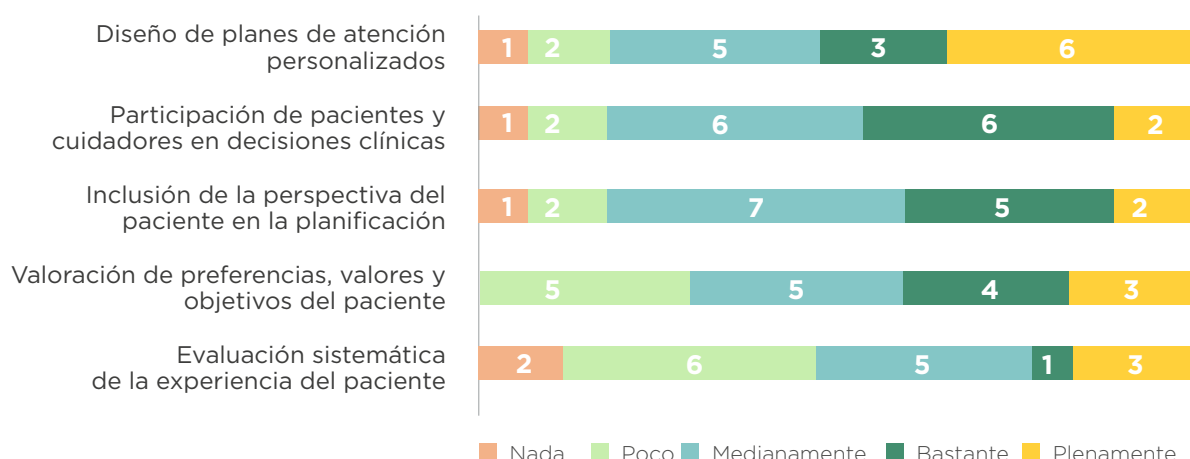


El enfoque de la Atención Centrada en la Persona en el modelo de cronicidad presenta un grado de integración desigual entre las CC.AA. consultadas. La evaluación sistemática de la experiencia y la valoración de preferencias y objetivos presentan menor desarrollo.

En contraste, la participación en decisiones clínicas (seis CC.AA.

“medianamente”, seis “bastante/plenamente”) y el diseño de planes personalizados (cinco “medianamente”, seis “plenamente”) destacan como aspectos con un elevado grado de integración. La inclusión de la perspectiva en la planificación muestra un nivel intermedio (siete “medianamente”, siete “bastante/plenamente”).

Figura 9. Grado de integración del enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) en el modelo o estrategia de cronicidad de las CC.AA. (n=17)

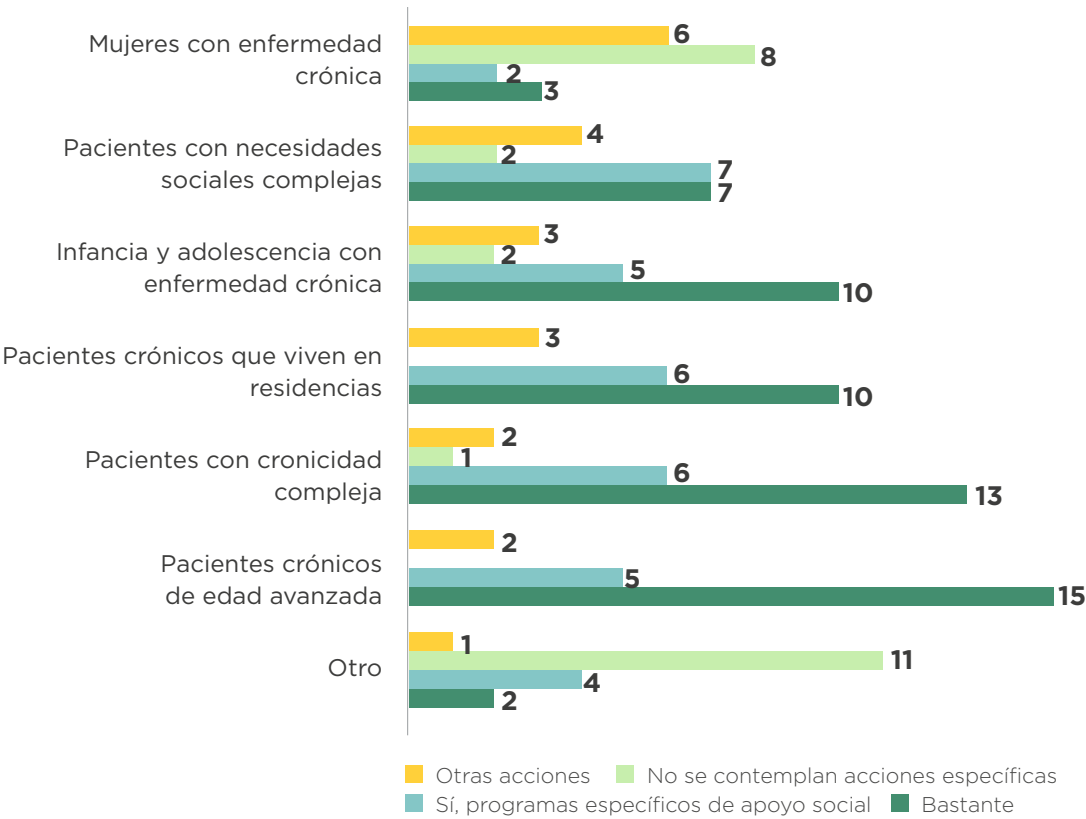


Ocho CC.AA. han indicado haber desarrollado otros principios relacionados con el enfoque de la ACP como:

- 1. Apoyo al cuidador/familiar:** Evaluación de necesidades y apoyo integral al cuidador.
- 2. Evaluación de resultados:** PREM/PROM
- 3. Atención personalizada en el domicilio**
- 4. Empoderamiento:** Promoción de la escucha activa, el autocuidado, la alfabetización y la formación.

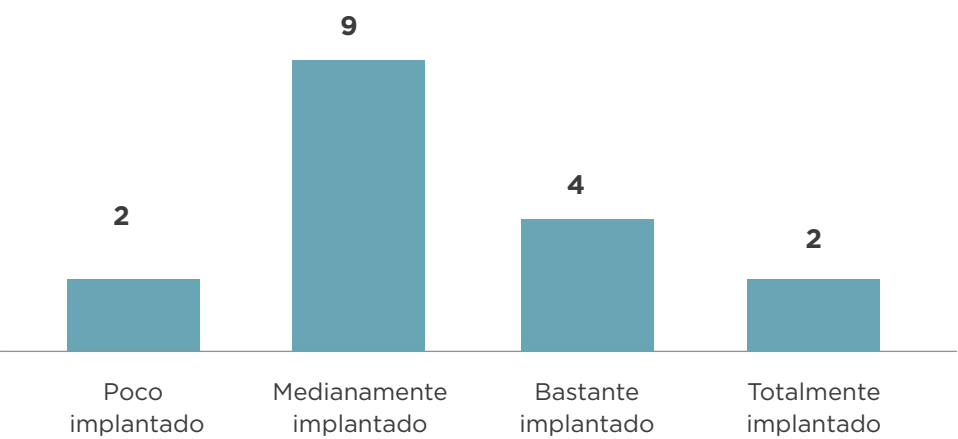
En cuanto a los colectivos vulnerables, todas las regiones consultadas han desarrollado algún programa específico. La mayoría de las regiones contemplan programas o acciones específicas dirigidas a pacientes mayores o con cronicidad compleja, mientras que las mujeres con enfermedad crónica constituyen el grupo con menor cobertura específica entre los analizados (Figura 10). También se mencionan iniciativas dirigidas a otros colectivos como personas con problemas de salud mental, enfermedades raras o necesidades especiales o de cuidados paliativos.

Figura 10. Existencia de programas o acciones específicas dirigidas a colectivos vulnerables en el modelo o estrategia de cronicidad (n=17; 140 respuestas)



Finalmente, la integración sanitaria y social se encuentra medianamente implantada en la mayoría de las regiones (nueve). Seis CC.AA. han implantado, entre mediana y totalmente, algunas iniciativas (Figura 11).

Figura 11. Implantación de la atención integrada sanitaria y social (n=17)



Destacan los avances de algunas CC.AA. en cuanto a la gobernanza y la planificación de la atención integrada, la organización de los servicios, la digitalización, los roles profesionales y las herramientas de seguimiento:

1. Gobernanza y planificación:

- Desarrollo de Estrategias/Planes de cuidados (dos).
- Creación de órganos específicos para la coordinación sociosanitaria: Comités de Coordinación Sociosanitaria, equipos intersectoriales sociosanitarios locales, Dirección Generales de coordinación sociosanitaria (tres).
- Estructuras organizativas integradas: Creación de organismos integrados de atención integrada social y sanitaria (uno).

2. Organización de servicios:

- Atención sociosanitaria y domiciliaria: Despliegue de la atención integrada en el ámbito residencial y domiciliario y atención sociosanitaria/rehabilitación funcional domiciliarias (dos).

3. Digitalización: Sistemas de información integrados (uno).

4. Profesionales y roles:

- Trabajo social: Fortalecimiento de su

rol y despliegue de un servicio/unidad de Trabajo Social Sanitario en todos los niveles asistenciales que actúa como nexo entre el sistema sanitario y el sistema social (dos).

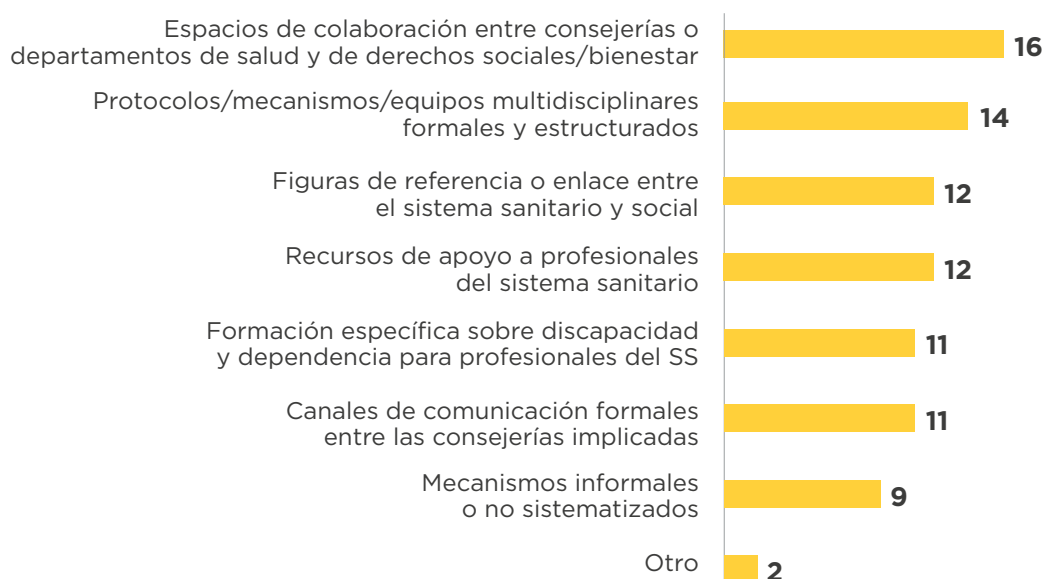
5. Herramientas innovadoras de seguimiento:

- Herramientas de seguimiento específico de pacientes mayores de 60 años que viven en soledad no deseada (uno).

4.2. COORDINACIÓN ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y SOCIAL

Todas las Comunidades Autónomas cuentan con algún tipo de mecanismo o herramienta de coordinación entre los sistemas sanitario y social. Los espacios de colaboración entre consejerías (comisiones, grupos de trabajo o protocolos conjuntos) son los más extendidos, seguidos por los protocolos formales y los canales de comunicación estructurados. Sin embargo, persiste una presencia significativa de mecanismos informales o no sistematizados, especialmente en el ámbito local (Figura 12).

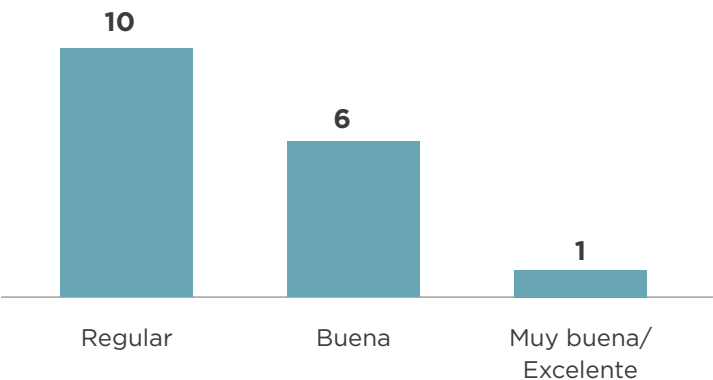
Figura 12. Existencia de mecanismos o herramientas para favorecer la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales (n=17; 87 respuestas)



Algunas regiones han puesto en marcha iniciativas innovadoras, como la creación de equipos interdepartamentales de salud y derechos sociales o la implantación de documentos compartidos para la elaboración de informes de dependencia.

En relación con la coordinación en la gestión de la discapacidad, todas las CC.AA. reconocen su existencia, si bien el nivel de desarrollo es heterogéneo y mejorable, situándose mayoritariamente entre las categorías de regular (diez) y buena (seis) y muy buena (uno) (Figura 13).

Figura 13. Nivel de coordinación entre el sistema sanitario y el sistema social en la gestión de la discapacidad (n=17)



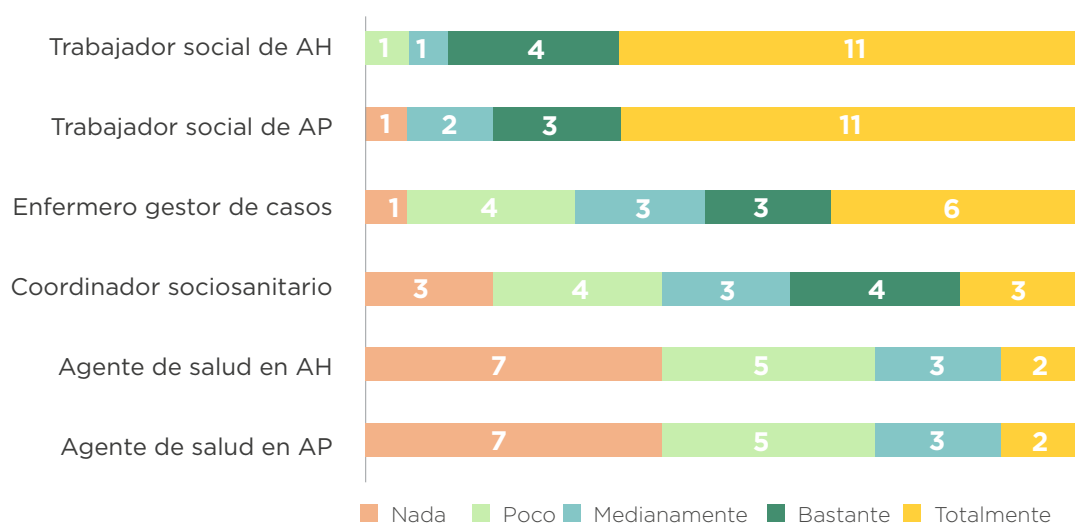
Entre las prácticas destacadas figuran una iniciativa piloto para mejorar la coordinación en el proceso de valoración de la discapacidad, los equipos de refuerzo con personal sanitario en el proceso de valoración y algunas estrategias de atención a personas con discapacidad y de humanización del sistema sanitario.

Respecto al desarrollo de figuras profesionales clave en la atención integrada, los trabajadores sociales sanitarios (tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria) son la figura más consolidada, estando totalmente implantados en once regiones. Les siguen la enfermería gestora de casos, completamente

implantados en seis comunidades autónomas. No obstante, esta figura aún presenta un grado de desarrollo limitado: en cinco regiones su implantación es nula o escasa, y en otras tres es únicamente moderada (Figura 14).

Por su parte, los coordinadores sociosanitarios están presentes en menos de la mitad de las regiones consultadas: no existen en tres comunidades y su implantación es baja en otras cuatro (Figura 14). Los agentes de salud son la figura con menor grado de desarrollo; tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario su implantación es nula o baja en doce de las diecisiete regiones evaluadas (Figura 14).

Figura 14. Grado de implantación de figuras profesionales para el desarrollo de modelos de atención integrada en el sistema sanitario (n=17)



Siete CC.AA. informaron de la existencia de otras figuras complementarias que refuerzan la atención integrada:

- Trabajadores sociales de coordinación sociosanitaria,
- Trabajadores sociales específicos en salud mental,
- Mediadores interculturales,
- Equipos de apoyo domiciliario
- Otros perfiles profesionales como psicólogos, nutricionistas o farmacéuticos.

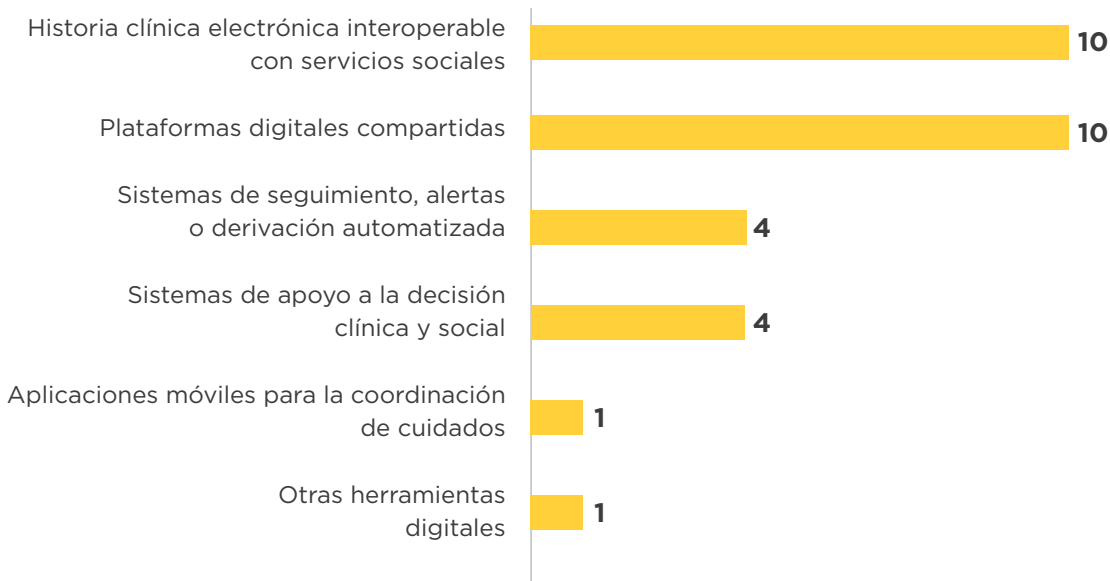
4.3. SALUD DIGITAL

Las herramientas digitales más utilizadas para facilitar la coordinación entre el sistema sanitario y el social, tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario, son la historia clínica interoperable con los servicios sociales y las plataformas digitales compartidas, implementadas en diez

regiones en ambos casos. Por el contrario, los sistemas de seguimiento, alertas o derivación automatizada, así como los sistemas de apoyo a la decisión clínica y social, solo están implantados en cuatro CC.AA., mientras que las aplicaciones móviles para la coordinación de cuidados se utilizan únicamente en una región (Figura 15).

Cabe destacar que ninguna comunidad o ciudad autónoma ha indicado que emplee herramientas de inteligencia artificial (IA) para identificar necesidades o situaciones de riesgo social, ni tampoco IA aplicada en programas o proyectos específicos. Por otro lado, solo una región declara no utilizar ningún tipo de herramienta digital para facilitar la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema social (Figura 15).

Figura 15. Herramientas digitales utilizadas en Atención Primaria y Hospitalaria para facilitar la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema social (n=17; 30 respuestas)



Entre las iniciativas más avanzadas identificadas se encuentran:

- + **Proyecto de interoperabilidad de historia clínica única** con el software de residencias, que facilita el acceso bidireccional a información sanitaria y social relevante.
- + **Sistema microvisor de datos sociales y sanitarios**, que permite a los profesionales consultar información esencial del otro sistema, mejorando la atención a personas con necesidades complejas y favoreciendo una atención verdaderamente integrada.
- + **Aplicación de integración asistencial**, que combina información sanitaria y social e incorpora módulos de apoyo a la toma de decisiones clínicas.
- + **Plataformas de telemonitorización para pacientes pluripatológicos**, orientadas a mejorar la continuidad asistencial y el seguimiento remoto.

+ **Proyectos piloto de Historia Social Única**, que avanza hacia la disponibilidad de un repositorio social compartido y accesible por profesionales de ambos sistemas.

4.4. ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN CRÓNICA Y GESTIÓN DE LA DEMANDA

Las CC.AA. emplean una variedad de herramientas y criterios para identificar y priorizar a pacientes con mayores necesidades de atención.

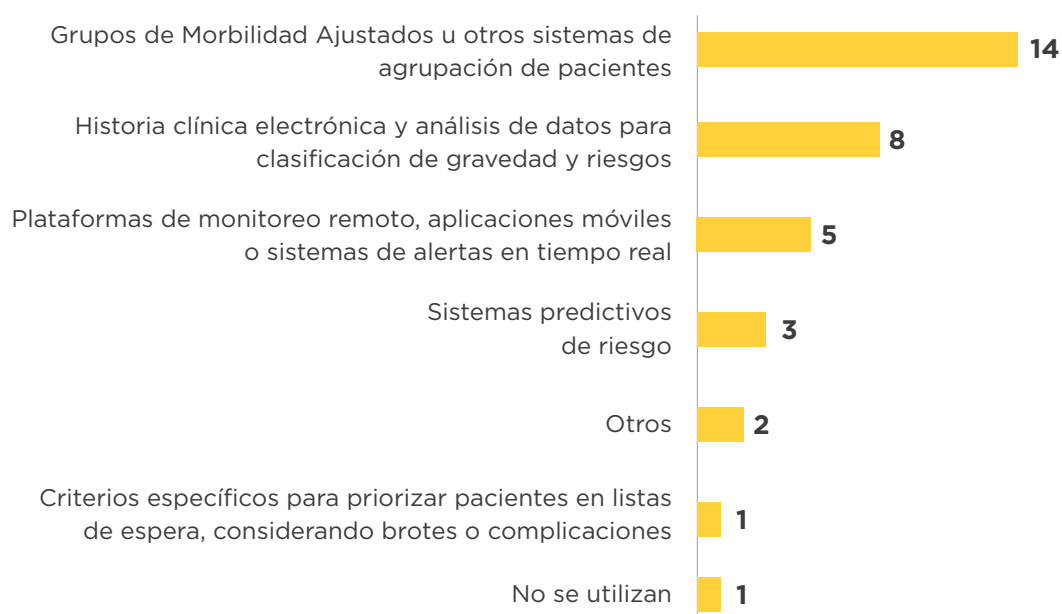
Los instrumentos más utilizados son los GMA u otros sistemas de agrupación de pacientes, mencionados por catorce regiones, lo que confirma su consolidación como metodología de referencia para la estratificación poblacional en el SNS. En segundo lugar, ocho regiones indican el uso de la

historia clínica electrónica combinada con análisis de datos, fundamental para clasificar niveles de gravedad y riesgos (Figura 16).

Un nivel intermedio de implantación lo representan las plataformas de monitorización remota, aplicaciones móviles o sistemas de alertas en tiempo real, señaladas por cinco CC.AA., así como los sistemas predictivos de riesgo, presentes en tres regiones (Figura 16). Por otro lado, solo dos comunidades autónomas declaran utilizar otras

herramientas como “criterios adaptados para la complejidad”, complementarios a los GMA y Gestor de Crónicos; y una región informa de la existencia de criterios específicos de priorización de pacientes en listas de espera vinculados a brotes, complicaciones u otros eventos clínicos relevantes. Únicamente en una comunidad no utiliza actualmente ninguna herramienta para este fin (Figura 16).

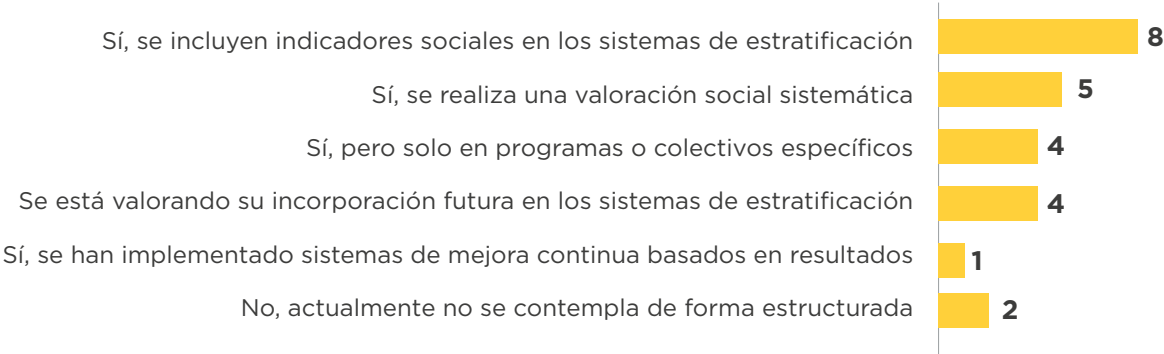
Figura 16. Herramientas digitales y criterios para la identificación, estratificación y gestión de pacientes con enfermedades crónicas (n=17; 34 respuestas)



Los resultados muestran una tendencia creciente hacia la incorporación de los determinantes sociales de la salud en los sistemas de estratificación de pacientes crónicos, aunque con grados de desarrollo muy heterogéneos entre las diferentes CC.AA. (Figura 17). Ocho CC.AA. declaran que ya incluyen indicadores sociales en sus sistemas de estratificación y cinco aseguran que llevan a cabo una valoración social

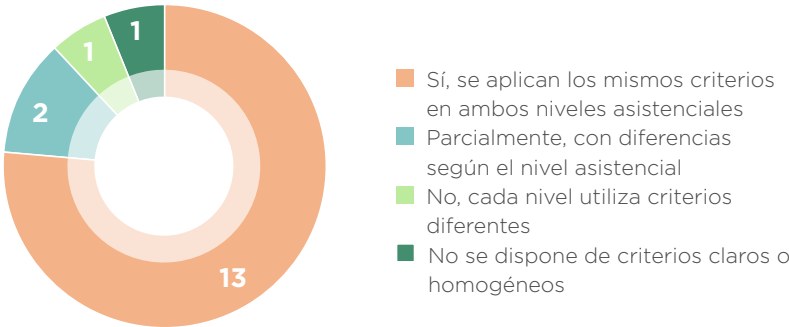
sistemática, lo que representa el nivel más alto de integración reportado. Asimismo, cuatro CC.AA. manifiestan que la valoración social sí se aplica, pero únicamente en programas o colectivos específicos, lo que sugiere un uso parcial o limitado (Figura 17). Por otra parte, cuatro CC.AA. señalan que están valorando su incorporación futura, reflejando un interés emergente en integrar esta dimensión (Figura 17).

Figura 17. Integración de los determinantes sociales de la salud en los sistemas de estratificación de pacientes crónicos (n=17; 24 respuestas)



En la mayoría de las CC.AA. (trece), los criterios de estratificación son homogéneos entre Atención Primaria y Hospitalaria, lo que favorece la continuidad asistencial y la coordinación en la gestión clínica de los pacientes (Figura 18).

Figura 18. Homogeneidad en criterios de estratificación de cronicidad entre Atención Primaria y Hospitalaria (n=17)

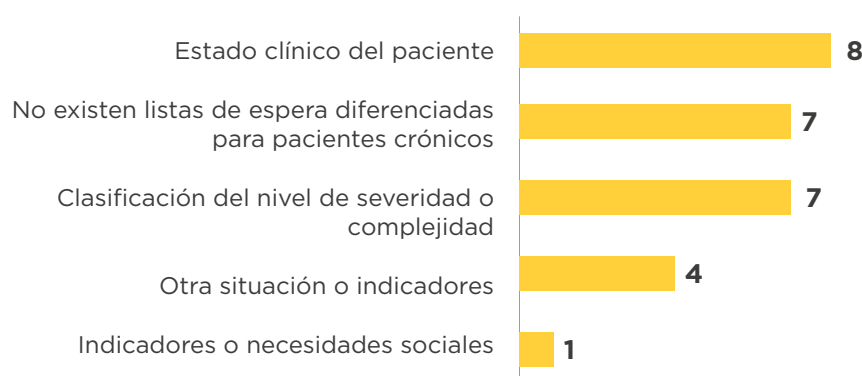


Casi la mitad de las regiones (siete) no dispone de listas de espera diferenciadas para pacientes crónicos. Esta práctica aún no está extendida como herramienta de gestión específica. La clasificación del nivel de severidad o complejidad y el estado

clínico del paciente son los criterios más utilizados para la estratificación, con siete y ocho CC.AA. utilizando estos sistemas respectivamente, lo que evidencia un claro predominio del enfoque clínico en la toma de decisiones (Figura 19).

Solo una región emplea indicadores o necesidades sociales, lo que refleja una mínima incorporación de esta dimensión en los procesos de estratificación y un predominio de criterios clínicos frente a los sociales (Figura 19).

Figura 19. Criterios de priorización de la atención de los pacientes crónicos en la gestión de las listas de espera (n=17; 27 respuestas)



4.5. BARRERAS PARA LA INTEGRACIÓN SANITARIA Y SOCIAL

Se han identificado cinco retos principales para avanzar hacia una integración efectiva entre los sistemas sanitario y social (Figura 20):

1. Insuficiente dotación de herramientas tecnológicas e infraestructuras para la coordinación entre sistemas.
2. Falta de instrumentos que permitan mejorar la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria y del sistema social.
3. Ausencia de servicios de apoyo que faciliten que los pacientes crónicos dependientes permanezcan en su hogar.
4. Insuficiencia de financiación para desarrollar programas de coordinación y atención integrada.

5. Falta de protocolos para la atención sanitaria y social en urgencias frecuentes según perfiles crónicos estratificados.

Además, dos CC.AA. han señalado la necesidad de desarrollar sistemas de gobernanza territorial que faciliten el despliegue y seguimiento de la atención integrada social y sanitaria, así como de aumentar de manera explícita la participación de pacientes y colectivos no sanitarios implicados. Esta participación se considera un elemento fundamental para garantizar que la atención integrada responda a las necesidades reales de las personas con enfermedad crónica y de sus cuidadores, reforzando la perspectiva centrada en la persona promovida por la POP.

Figura 20. Retos para la integración efectiva entre sistemas sanitario y social en la atención a colectivos vulnerables (n=17; 87 respuestas)



4.6. RECURSOS NECESARIOS PARA EL DESPLIEGUE EFECTIVO DE LA INTEGRACIÓN SANITARIA Y SOCIAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las Comunidades Autónomas identificaron distintas acciones y necesidades que consideran importantes para seguir avanzando en la coordinación y la

integración sanitaria y social en el abordaje de la cronicidad.

Aunque las propuestas varían entre regiones, en conjunto ofrecen una visión amplia de los aspectos que podrían reforzarse para hacer realidad un modelo de atención más continuo, conectado y centrado en las personas.

Tabla 4. Recursos necesarios para el despliegue de la atención integrada

CATEGORÍA DE LA PROPUESTA	PROPUESTA DE MEJORA
NIVEL MACRO	
Marco normativo específico	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un marco normativo de la atención integrada • Desarrollar una normativa específica para la prescripción social desde el sistema sanitario
Financiación estable y específica	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar un presupuesto estable y específico para la atención integrada
Recursos tecnológicos e interoperabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la interoperabilidad entre los sistemas de información sanitario y social • Aumentar los recursos tecnológicos y las infraestructuras • Garantizar una historia clínica electrónica única, compartida y con alertas y formularios comunes
NIVEL MESO	
Recursos organizativos y estructurales	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar órganos de coordinación y gobernanza, equipos interinstitucionales, protocolos compartidos y una Estrategia de coordinación conjunta.
Indicadores e infraestructuras complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer indicadores clave • Expandir infraestructuras de convalecencia
NIVEL MICRO	
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Crear figuras específicas con el fin de implantar, realizar seguimiento y evaluar las estrategias • Ser referentes de enlace entre el sistema sanitario y el social • Potenciar la enfermería de enlace y los gestores de casos y coordinadores • Formar a profesionales para prestar atención personalizada y continuada
Liderazgo profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Promover un liderazgo profesional sistémico

A continuación, se sintetizan las principales fortalezas y debilidades identificadas en cada dimensión analizada, a partir de los resultados del sondeo realizado a las CC.AA.

Tabla 5. Fortalezas y debilidades en la planificación y puesta en marcha de la integración sanitaria y social

FORTALEZAS	DEBILIDADES
PLANIFICACIÓN DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL	
<ul style="list-style-type: none">• Inclusión generalizada del abordaje de la cronicidad en las estrategias o planes de salud.• Implantación mayoritaria de planes o estrategias específicas de atención a la cronicidad.• Integración de la atención sanitaria y social en todos los planes, de forma prioritaria o transversal.• Inclusión de principios de ACP en el diseño de planes personalizados y participación de pacientes/cuidadores.• Importante presencia de programas o acciones dirigidas a colectivos vulnerables, especialmente personas mayores o con cronicidad compleja.	<ul style="list-style-type: none">• Dotación presupuestaria específica limitada para la integración sanitaria y social.• Evaluación sistemática del despliegue de acciones de integración solo en la mitad de las CC.AA.• Integración parcial de la evaluación de la experiencia del paciente.• Cobertura desigual de colectivos vulnerables (menor cobertura para las mujeres con enfermedad crónica).
COORDINACIÓN ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none">• Existencia generalizada de mecanismos o herramientas de coordinación entre sistemas sanitario y social.• Amplia implantación de espacios de colaboración entre consejerías, protocolos conjuntos y equipos interdepartamentales.• Consolidación de figuras profesionales clave: trabajadores sociales sanitarios y enfermeros gestores de casos en varias CC.AA.	<ul style="list-style-type: none">• Persistencia mayoritaria de mecanismos informales o no sistematizados, especialmente a nivel local.• Implantación limitada de coordinadores sociosanitarios y agentes de salud en varias CC.AA.• Déficit generalizado de agentes de salud en AH y AP y de coordinadores sociosanitarios.• Desarrollo de enfermería gestora de casos.

Tabla 5. (Continuación)

FORTALEZAS	DEBILIDADES
SALUD DIGITAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de historia clínica interoperable entre el sistema sanitario y los servicios sociales en la mayoría de las CC.AA. • Implantación de proyectos avanzados de integración digital, telemonitorización y repositorios sociales compartidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación limitada de sistemas de seguimiento, alertas, aplicaciones móviles y herramientas de apoyo a la decisión clínica. • Ausencia de uso de: 1) inteligencia artificial para identificación de necesidades o riesgos sociales y 2) herramientas digitales para coordinación en una CC.AA.
ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN CRÓNICA Y GESTIÓN DE LA DEMANDA	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso generalizado de sistemas de agrupación de pacientes (GMA) y homogeneidad de criterios entre Atención Primaria y Hospitalaria. • Implantación mayoritaria de criterios clínicos de severidad y estado clínico de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso limitado de criterios sociales en los sistemas de estratificación. • Ausencia de listas de espera diferenciadas para pacientes crónicos en varias CC.AA. en la mitad de las regiones. • Valoración social aplicada solo en programas o colectivos específicos y en proceso de incorporación futura en algunas CC.AA.

5. Conclusiones

El objetivo principal de este informe es profundizar en la situación y retos de la coordinación e integración asistencial en el contexto de la atención a personas con problemas de salud crónicos. Asimismo, se pretende identificar las herramientas, buenas prácticas y propuestas de mejora necesarias y prioritarias para alcanzar la integración de la atención sanitaria y social en las Comunidades Autónomas.

Con la finalidad de dar respuesta a este objetivo se llevó a cabo un sondeo a las Consejerías y Departamentos de Salud de las 17 CC.AA., Ceuta y Melilla, en el que participaron quince CC.AA. y Ceuta y Melilla. Además, se contó con el asesoramiento del Comité Asesor del OAP para concretar los aspectos clave en la coordinación sociosanitaria y la integración sanitaria y social, con especial foco en la cronicidad.



La integración sanitaria y social está presente en la planificación de las CC.AA., pero su implementación y seguimiento requieren ajustes en la asignación de recursos presupuestarios

El número de comunidades que cuentan con estrategias o planes de cronicidad es elevado y la totalidad de las CC.AA.

dispone de mecanismos para abordar la cronicidad.

Estas han avanzado en la incorporación de la integración sanitaria y social a su planificación, estableciendo líneas de trabajo, estructuras o programas que la incluyen como prioridad estratégica, en consonancia con el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023¹³, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad² y la Estrategia de Salud Digital¹⁴. No obstante, la mayoría de las regiones no disponen de una dotación presupuestaria específica para el despliegue de la atención integrada y solo la mitad evalúa sistemáticamente las acciones implementadas. Esta ausencia de presupuestos dirigidos o compartidos podría explicar, en buena medida, por qué acciones clave para garantizar la integración sanitaria y social en el abordaje de la cronicidad avanzan más lentamente en algunas regiones. Aunque la implantación de la atención integrada todavía depende en gran medida del impulso de profesionales y equipos concretos, las buenas prácticas ya sistematizadas sirven como ejemplos que demuestran su viabilidad y apoyan la gestión del cambio. Esta situación genera inequidades territoriales y variabilidad en el acceso a servicios de atención integrados, afectando no solo a las personas con enfermedad crónica, sino también a sus cuidadores principales, cuya labor requiere apoyos, lo que repercute directamente en la calidad de vida de ambos.

En este sentido, el Comité Asesor ha destacado la necesidad de garantizar un presupuesto estable y específico para la atención integrada, definir un marco normativo de atención integrada y normativa específica para la prescripción social desde el sistema sanitario y desarrollar planes y estrategias que contemplen los recursos humanos necesarios para asegurar la continuidad asistencial.



La coordinación entre el sistema sanitario y social existe en todas las regiones consultadas, pero la falta de innovación tecnológica y de sistemas de información limita la integración y la equidad

Todas las CC.AA. disponen de mecanismos formales de coordinación, siendo los espacios de colaboración entre consejerías los más extendidos. Sin embargo, los datos del sondeo y las aportaciones del Comité coinciden en señalar la persistencia de mecanismos informales o no sistematizados, especialmente en el ámbito local. El Comité consideró imprescindible crear instrumentos formales de coordinación profesional, tanto en AP como en los servicios sociales, incluyendo protocolos conjuntos, circuitos homogéneos y procedimientos de respuesta integrada en situaciones de urgencias sociales o sanitarias, teniendo en cuenta la participación de las asociaciones, la experiencia del paciente y las buenas prácticas de otros territorios.

La coordinación en la gestión de la discapacidad es regular, pese a la colaboración existente entre los sistemas sanitario y social, lo que dificulta una valoración integral de las necesidades de las personas con enfermedades crónicas al separar los problemas de salud de su impacto social.



El desarrollo de figuras profesionales de enlace es desigual y limita la capacidad de avanzar hacia modelos de atención integrados: consolidación del trabajo social vs. déficit de agentes de salud, coordinadores sociosanitarios y enfermería gestora de casos y de enlace

Algunas comunidades han desarrollado figuras complementarias que refuerzan la atención integrada, incluyendo perfiles específicos en salud mental, mediación intercultural o equipos de apoyo domiciliario, lo que evidencia la diversidad de recursos disponibles para abordar la complejidad de las necesidades de la población.

Los trabajadores sociales sanitarios se consolidan como la figura más extendida en el modelo de integración tanto en AP como en AH, seguidos por la enfermería gestora de casos.

Otras figuras esenciales para la integración sanitaria y social, como la enfermería gestora de casos y de enlace

y los coordinadores sociosanitarios avanzan más lentamente, con un menor grado de implantación que los trabajadores sociales en gran parte de las regiones.

La figura del agente de salud comunitario en AP y en AH, tiene una presencia muy limitada, pese a su papel crucial en la detección temprana de necesidades sociales, la educación y el acompañamiento. Esta falta de recursos humanos y de procesos centrados en las personas limita la capacidad de gestionar casos complejos con antelación, garantizar la continuidad asistencial de las personas con cronicidad y coordinar el sistema sanitario y social, así como de integrar la valoración social en los planes de atención y altas hospitalarias.

El Comité Asesor subrayó la necesidad de crear figuras específicas para servir de enlace entre los sistemas sanitario y social; fortalecer el rol del trabajo social sanitario y de la enfermería de enlace/gestora de casos; coordinadores sociosanitarios; y formar a estos profesionales para prestar atención personalizada y continuada, incluyendo estrategias de gestión del cambio y formación práctica.



La interoperabilidad avanza de manera desigual y faltan herramientas digitales que permitan una integración real entre el sistema sanitario y social

La interoperabilidad de la historia clínica entre sistemas sanitario y social y las

plataformas compartidas que facilitan la coordinación están ampliamente implantadas. Sin embargo, la ausencia de herramientas de apoyo a la decisión conjunta, sistemas de alerta o el uso de la inteligencia artificial es significativa. Tal como ha señalado el Comité Asesor, estas herramientas son fundamentales para optimizar la coordinación, reducir desigualdades territoriales y mejorar la atención centrada en la persona.

En este sentido, el Marketplace de Inteligencia Artificial del SNS, enmarcado en la Estrategia eIASNS (38), ofrece un repositorio común de algoritmos y soluciones validadas que facilita su adopción por todas las comunidades autónomas. Esta herramienta, fruto del modelo colaborativo impulsado desde la Comisión de Salud Digital, permite compartir desarrollos, reducir duplicidades y acelerar la implantación de casos de uso con impacto real en los servicios de salud. Su utilización coordinada constituye un elemento clave para avanzar hacia una atención integrada y continua, reduciendo desigualdades territoriales y mejorando la respuesta del sistema a las necesidades de la ciudadanía.



Predominio del enfoque clínico en la estratificación de la población crónica y débil incorporación de determinantes sociales y del enfoque de la ACP en la atención a la cronicidad

Las CC.AA. emplean GMA y criterios clínicos para la estratificación,

garantizando homogeneidad entre Atención Primaria y Hospitalaria. Por el contrario, la integración de los determinantes sociales de forma sistemática solo se realiza en un número reducido de regiones y otras aplican criterios sociales en programas puntuales o están valorando su incorporación futura. Esta visión predominantemente biomédica dificulta la identificación de perfiles con alta vulnerabilidad, que son precisamente quienes más se beneficiarían de una atención integrada y proactiva.

En el informe del OAP 2023 ya se apuntaba que, pese a que la estratificación de la población crónica mediante los datos registrados en la HCD era una práctica común, había una significativa infrautilización de herramientas digitales especializadas en la recolección y registro de información sobre determinantes sociales de la salud³⁹. La limitada adopción de criterios adaptados a la complejidad y de herramientas específicas para priorizar la atención evidencia la necesidad de avanzar hacia modelos más flexibles y proactivos.

Los colectivos vulnerables para quienes se han desarrollado más programas o acciones específicas son las personas mayores o con cronicidad compleja, mientras que las mujeres con enfermedad crónica son un colectivo menos contemplado de forma específica, pese a su mayor carga de cuidados.

El impacto de la cronicidad y la carga de cuidados, especialmente sobre las mujeres cuidadoras, evidencia que la

efectividad de la asistencia sanitaria y social depende de integrar de manera sistemática los cuidados en los modelos de atención. Las cuidadoras dedican una media de 6,8 horas diarias a tareas de cuidado, perciben su salud como más negativa que otros grupos, y presentan altos niveles de estrés y limitaciones funcionales incluso cuando su enfermedad está menos avanzada que la de no cuidadoras³⁵. Estos datos subrayan la necesidad de políticas y sistemas coordinados que incorporen los cuidados en la planificación, la coordinación y los sistemas de información para ofrecer una atención centrada en la persona, eficiente, equitativa y capaz de responder a las necesidades de la población con enfermedad crónica y sus cuidadores.

El Comité Asesor ha subrayado la necesidad de incorporar determinantes sociales de forma sistemática en la estratificación y desarrollar programas específicos para colectivos con menor cobertura, como las mujeres.

La participación de pacientes y de sus organizaciones en la integración sanitaria y social sigue concentrada en el plano clínico, con menor desarrollo en planificación, gobernanza y evaluación



El cuestionario del OAP 2025 incorpora de forma explícita el enfoque de Atención Centrada en la Persona. Los resultados muestran que la participación de pacientes se ha consolidado sobre todo en el plano

micro de la relación asistencial: implicación de pacientes y cuidadores en las decisiones clínicas y en el diseño de planes de atención personalizados. En cambio, la inclusión de la perspectiva del paciente en la planificación, y especialmente la evaluación sistemática de su experiencia, presentan un desarrollo claramente menor y los PREM/PROM se integran aún de forma parcial y concentrada en algunas regiones.

Desde la óptica de las organizaciones de pacientes, esta combinación de avances y carencias tiene implicaciones directas: el sistema ha empezado a incorporar la voz del paciente en la práctica clínica y en la personalización de la atención, pero aún no la integra de forma estructural en la planificación de la cronicidad, la gobernanza de la coordinación sociosanitaria ni la evaluación de resultados.



La integración sanitaria y social requiere un marco regulado y estable para garantizar un abordaje de la cronicidad equitativa y sostenible

Las comunidades autónomas han señalado retos recurrentes como la falta de recursos tecnológicos, la insuficiencia de servicios domiciliarios, la ausencia de instrumentos de coordinación profesional, la escasez de perfiles sociosanitarios y una financiación limitada. Paralelamente, comienzan a desarrollarse herramientas digitales que impulsan modelos de atención más proactivos y predictivos (como sistemas de monitorización y seguimiento a distancia, plataformas que facilitan la

corresponsabilidad de las personas en su autocuidado y soluciones que permiten una adaptación más flexible de los recursos).

El Comité Asesor y las CC.AA. coinciden en la necesidad de fortalecer la **integración sanitaria y social**, destacando como medidas prioritarias:

- + **Garantizar un marco normativo y la redistribución de la financiación** que facilite la implementación de la atención integrada.
- + **Potenciar la interoperabilidad** de los sistemas de información y los **órganos de coordinación**, asegurando la participación de figuras clave como trabajo social, enfermería de enlace, coordinadores sociosanitarios y gestores de casos.
- + **Formación continuada** de los profesionales en atención integrada y en herramientas de salud digital.
- + **Impulsar un liderazgo profesional sistémico** que promueva la planificación, seguimiento y evaluación de los planes de integración.
- + **Impulsar la participación de las organizaciones de pacientes y del tercer sector** en general como agentes comunitarios esenciales, especialmente en la prevención, acompañamiento y apoyo psicosocial a las personas que viven en situación de soledad no deseada. Según el *Estudio del Impacto de la Enfermedad Crónica en las Personas Mayores* (POP, 2022)⁴⁰, alrededor del 28% de las personas mayores de 65 años con enfermedad crónica viven solas, y un 12 % se siente frecuentemente mal por ello. La soledad potencia el impacto negativo de la enfermedad crónica sobre su

salud y bienestar, existiendo una clara asociación entre el malestar por vivir solo y el efecto de la enfermedad: cuanto mayor es la sensación de soledad, mayor es el impacto negativo en la salud y el bienestar de estas personas.

Estas prioridades reflejan la convergencia de las CC.AA. y el Comité Asesor en la necesidad de un modelo de atención equitativa y continuada, centrado en la persona y coordinado entre niveles asistenciales y con los servicios sociales, que incorpore a las organizaciones como actor clave para responder a las necesidades de una sociedad más envejecida y con redes de apoyo social y familiar más limitadas.

El avanzado despliegue de la integración sanitaria y social en algunas CC.AA. muestra que, cuando existen estructuras estables de gobernanza compartida; interoperabilidad entre el sistema sanitario y social; equipos intersectoriales y modelos de atención domiciliaria integrados; los resultados son tangibles: mayor continuidad, mejor respuesta a la complejidad, reducción de duplicidades y una atención más adaptada a las necesidades reales de las personas con enfermedad crónica y/o necesidades complejas. La incorporación de la participación activa de pacientes y cuidadores es un elemento fundamental para diseñar y ajustar los servicios a las necesidades y preferencias de las personas con enfermedad crónica.

La cronicidad requiere una respuesta sistémica, basada en un marco estatal que garantice estándares mínimos de coordinación; financiación estable; interoperabilidad digital; figuras profesionales y formación específicas;

y un enfoque integral que incorpore los determinantes sociales de la salud. Además, resulta necesario implantar un marco que permita obtener mejores resultados en salud y bienestar, en un contexto en el que las herramientas digitales para compartir datos siguen siendo insuficientes. La innovación está transformando la atención a los aspectos clínicos desde la medicina, y resulta imprescindible avanzar en la misma línea en el ámbito social y de los cuidados, con el fin de aumentar la eficiencia de los recursos y aprovechar la innovación de manera integral. Establecer un marco estable y compartido de integración es fundamental para ofrecer una atención centrada en la persona, eficiente y equitativa en todas las comunidades.

Por todo ello, de cara a futuros desarrollos, los resultados del OAP 2025 apuntan a la necesidad de avanzar desde un modelo en el que los pacientes son principalmente informados y consultados en el plano individual, hacia otro en el que, de forma complementaria, sus organizaciones participen de forma estable en la definición de estrategias de cronicidad, en las comisiones de coordinación sociosanitaria y en el diseño y seguimiento de los indicadores, incluidos los de experiencia y resultados percibidos (PREM/PROM). Solo incorporando de manera sistemática esta participación organizada será posible asegurar que la integración sanitaria y social responda realmente a las necesidades y prioridades de las personas con enfermedad crónica y sus familias, reduciendo las desigualdades territoriales y reforzando el carácter equitativo y centrado en la persona de los modelos de atención.

6. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2012.

Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

2. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Documento de Desarrollo 2025 2028. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.

Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/20250704_EAC_DOCUMENTO-DESARROLLO_2025-2028_Final.pdf (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

3. Busse R, Blümel M, Scheller Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. Copenhagen: WHO Europe; 2010. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/tackling-chronic-disease-in-europe-strategies-interventions-and-challenges-study> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

4. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1480401/>

[pdf/ijic2002-200212.pdf](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1480401/) (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

5. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care. 2013;13:e010.

Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3653278/pdf/ijic2013-2013010.pdf> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

6. Fundación SEDAP. Modelos de atención integrada en cronicidad compleja. Madrid: Fundación SEDAP; 2021. Disponible en: https://www.fundacionsedap.es/wp-content/uploads/2021/08/modelosai_sedap-091220.pdf (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

7. Lawless MT, Marshall A, Mittinty MM, Harvey G. What does integrated care mean from an older person's perspective? A scoping review. BMJ Open. 2020;10(1):e035157. doi:10.1136/bmjopen-2019-035157. PMID: 31974092; PMCID: PMC7044957. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/1/e035157> (Acceso: 10 de noviembre de 2025)

8. Gröne O, Garcia Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. Int J Integr Care. 2001;1:e21. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1525335/pdf/ijic2001-200121.pdf> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

9. Page B, Sugavanam T, Hogan H, Fitzpatrick R, Lalani M. Floundering or flourishing? Early insights from the inception of Integrated Care Systems in England. Int J Integr Care. 2024;24(3):4. doi:10.5334/ijic.7738. Disponible en: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.7738> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

10. Buurtzorg: Hegedüs A, Schürch A, Bischofberger I. Implementing Buurtzorg derived models in the home care setting: a Scoping Review. International Journal of Nursing Studies Advances. 2022;4:100061. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X22000017> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

11. Tiirinki H, Sulander J, Sinervo T, Halme S, Keskimäki I. Integrating Health and Social Services in Finland: Regional Approaches and Governance Models. International Journal of Integrated Care. 2022;22:18. CC BY 4.0. Disponible en: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.5982> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

12. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización. Primer Plan Operativo 2024 2025. Madrid: MDSCA2030; 2024. Disponible en: <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/06/Estrategia-para-nuevo-modelo-cuidados-en-la-comunidad.pdf> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

13. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025 2027. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN_DE_ACCION_DE_ATENCION_PRIMARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

14. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Digital del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

15. Ministerio de Sanidad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2011. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

16. Consejo General de Enfermería. Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad. Madrid: CGE; 2021. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/70-competencias-enfermeras/1522-competencias-enfermeras-gestoras-paciente-complejidad-14-07-2021> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

17. iSanidad. Los gestores de casos en el contexto de la atención intermedia desempeñan funciones clave para

asegurar una atención integral y coordinada. iSanidad; 2025. Disponible en: <https://isanidad.com/315346/los-gestores-de-casos-en-el-contexto-de-la-atencion-intermedia-desempenan-funciones-clave-para-asegurar-una-atencion-integral-y-coordinada/> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

18. Castagna C, Huff A, Douglas A, et al. Stratifying the population based on health risk: identification of patient key health risk factors through consensus techniques. BMC Prim Care. 2025 Jul 19;26(1):229. doi: 10.1186/s12875-025-02923-w. PMID: 40684090; PMCID: PMC12275309. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/09/#:~:text=Introduction,optimizing%20population%20health%20%5B2%5D>. (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

19. Novilla, M. L. B., Goates, M. C., Leffler, T., Novilla, N. K. B., Wu, C.-Y., Dall, A. & Hansen, C. (2023). Integrating Social Care into Healthcare: A Review on Applying the Social Determinants of Health in Clinical Settings. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(19), 6873. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196873>

20. Generalitat de Catalunya. Model de Atenció Integrada Social i Sanitària (AISS). Departament de Salut i Drets Socials; 2024. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/ca/site/aiss/inici/> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

21. Departament de Salut; Departament de Drets Socials. Pla de desplegament de l'atenció integrada social i sanitària

a les persones que viuen a residències de gent gran. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2023. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/10667/pla_desplegament_atencio_integrada_social_sanitaria_persones_que_viuen_residencies_gent_gran_catalunya_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Ministerio de Derechos Sociales) (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

22. Departament de Salut. Atenció integrada social i sanitària: línia atenció integrada a l'entorn domiciliari. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2022. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/10021> (Acceso: 10

23. Iñigo, L et al. Portal de atención sociosanitaria en euskadi. International Journal of Integrated Care; 2019, 19(S1): A488, pp. 1-8, DOI: dx.doi.org/10.5334/ijic.s3488. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335069169_Portal_de_atencion_sociosanitaria_en_euskadi (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

24. Gobierno Vasco. Estrategia Sociosanitaria del País Vasco 2014-2023. Vitoria Gasteiz: Gobierno Vasco; 2014. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soziosanitario_estrat/es_def/adjuntos/estrategia_sociosanitaria_es_web.pdf (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

25. Gobierno de Navarra. Modelo de Atención Integrada Sociosanitaria

para Navarra. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/09A085F5-7ACA-4E58-A1EE-DEE162F9F910/409568/Plansociosanitario.pdf> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

26. Principado de Asturias. Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021. Oviedo: Principado de Asturias; 2019.

Disponible en: https://socialasturias.asturias.es/documents/38532/140075/PLAN_SOCIOSANITARIO_web_13195.pdf/4a0a51e8-a746-e8c0-3695-bb3db98c1dc3?t=1637749868812 (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

27. Junta de Andalucía. I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027. Sevilla: Junta de Andalucía; 2023. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2024/I_ESTRATEGIA_ANDALUZA_PARA_LA_COORDINACION%20SOCIOSANITARIA_2024_2027.pdf (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

28. Junta de Castilla-La Mancha. Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025.- Plan Integral de Atención Sociosanitaria. Toledo: Junta de Castilla-La Mancha; 2023. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025/plan-integral-de-atencion-sociosanitaria> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

29. Generalitat Valenciana. La Generalitat pone en marcha el proyecto piloto de la historia sociosanitaria única en los municipios de l'Alcora, Benigànim y Calp; 2025. Disponible en: <https://comunica.gva.es/es/detalle?id=394309423&site=373422400> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

30. Comunidad de Madrid. La Comunidad de Madrid crea la Comisión de Coordinación Sociosanitaria para mejorar la atención en los centros residenciales. 2024. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/noticias/2024/04/08/comunidad-madrid-crea-comision-coordinacion-sociosanitaria-mejorar-atencion-centros-residenciales?utm_source=chatgpt.com "https://www.comunidad.madrid/noticias/2024/04/08/comunidad-madrid-crea-comision-coordinacion-sociosanitaria-mejorar-atencion-centros-residenciales" (Acceso: 4 de diciembre de 2025).

31. Comunidad de Madrid. La Comunidad de Madrid crea la Comisión de Coordinación Sociosanitaria para potenciar la prevención en la población mayor y dependiente. 2024. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2024/02/09/comunidad-madrid-crea-comision-coordinacion-sociosanitaria-potenciar-prevencion-poblacion-mayor-dependiente> (Acceso: 4 de diciembre de 2025).

32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Integrated care for older

people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Ginebra: WHO; 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4639a0b9-f77e-48db-9617-987aabb143f2/content> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

33. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. INFORME DE PROGRESO 2023 de la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales; 2023. Disponible en: https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/IP23_EDS_0.pdf (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

34. Asociación Estatal de Directoras y gerentes en Servicios Sociales. Informe del Observatorio para la dependencia con datos oficiales a fecha de 30 de septiembre de 2025. Disponible en: <https://directoressociales.com/informe-del-observatorio-para-la-dependencia-con-datos-oficiales-a-fecha-30-de-septiembre-de-2025/> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

35. Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP). Estudio del impacto de la enfermedad crónica en mujeres mayores cuidadoras. Madrid: POP; 2025. Disponible en: [https://plataformadepacientes.org/wp-content/](https://plataformadepacientes.org/wp-content/uploads/2024/12/Informe-Impacto-de-la-enfermedad-cronica-en-mujeres-mayores-y-cuidadoras.pdf)

[uploads/2024/12/Informe-Impacto-de-la-enfermedad-cronica-en-mujeres-mayores-y-cuidadoras.pdf](https://plataformadepacientes.org/wp-content/uploads/2024/12/Informe-Impacto-de-la-enfermedad-cronica-en-mujeres-mayores-y-cuidadoras.pdf) (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

36. COCEMFE. La brecha de derechos en salud de las personas con discapacidad física y orgánica. Madrid: COCEMFE; 2024. Disponible en: <https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2025/06/cocemfe-informe-brecha-derechos-salud-convencion-completo.pdf> (Acceso: 10 de noviembre de 2025).

37. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Observatorio de la Atención al Paciente: Situación de la salud digital en el Sistema Nacional de Salud. 2023. Disponible en: https://plataformadepacientes.org/wp-content/uploads/2024/03/informe_observatorio_atencion_paciente_2023.pdf. Acceso: 4 dic 2025.

7. Anexos

7.1. SONDEO A COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Encuesta “Atención integrada de la cronicidad: Situación, herramientas y retos de la integración sanitaria y social de la cronicidad en España”

Desde la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) estamos desarrollando el informe anual de nuestro “Observatorio de la Atención al Paciente 2025”, que promueve el conocimiento en torno a la situación actual de los pacientes en España y pretende contribuir a generar un cambio efectivo en la gestión de la cronicidad en nuestro SNS.

En el marco de este proyecto hemos diseñado un cuestionario dirigido a las Consejerías y Departamentos de Salud del conjunto de Comunidades Autónomas, con el objetivo de **profundizar en la situación y retos de la coordinación e integración asistencial en el contexto de la atención a pacientes crónicos en**

España. Asimismo, se pretende identificar las herramientas y buenas prácticas necesarias para alcanzar la integración de la atención sanitaria y social en las Comunidades Autónomas.

El cuestionario consta de 21 preguntas que no le supondrá más de 15 minutos para poder responderlo.

Con el objetivo de ampliar la información proporcionada a lo largo del cuestionario, puede enviarnos la documentación que considere oportuna (estrategias/planes, protocolos, guías, documentación sobre proyectos, ...) al correo electrónico de la secretaría técnica de la Plataforma: info@plataformadepacientes.org

La información proporcionada será tratada conforme a la ley de protección de datos, tratándose de manera anónima y confidencial. Su finalidad será exclusivamente la investigación. Los resultados se integrarán en el informe final del proyecto, que será de carácter público, y se presentarán en diciembre de 2025 con la participación de Consejeros/as de diferentes Comunidades Autónomas.

1. Cumplimente por favor la siguiente información útil para contactar con usted en caso necesario:

Nombre y apellidos (de la persona que responde el cuestionario):	
Cargo (de la persona que responde el cuestionario):	
E-mail:	

2. Indique su Comunidad Autónoma:

- ☐ Andalucía
- ☐ Aragón
- ☐ Canarias
- ☐ Cantabria
- ☐ Castilla y León
- ☐ Castilla-La Mancha
- ☐ Cataluña
- ☐ Comunidad de Madrid
- ☐ Comunidad Foral de Navarra
- ☐ Comunidad Valenciana
- ☐ Extremadura
- ☐ Galicia
- ☐ Islas Baleares
- ☐ La Rioja
- ☐ País Vasco
- ☐ Principado de Asturias
- ☐ Región de Murcia
- ☐ Ciudad Autónoma de Ceuta
- ☐ Ciudad Autónoma de Melilla

PLANIFICACIÓN DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

3. ¿En qué medida considera que el Plan Operativo 2025-2028 de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, presentado por el Ministerio de Sanidad, está alineado con las prioridades de su Comunidad Autónoma en materia de coordinación e integración asistencial?

Nada alineado	Poco alineado	Medianamente alineado	Bastante alineado	Totalmente alineado	No disponemos de conocimiento suficiente del Plan como para valorarlo

4. ¿Disponen de una Estrategia o Plan de atención a la cronicidad o, en su defecto, de un Plan de Salud que contemple el modelo de abordaje de la cronicidad?

☐ Sí, existe un plan o estrategia específica de atención a la cronicidad
(pasar a la pregunta 6)

☐ No existe un Plan o Estrategia de cronicidad, pero esta se aborda en otro Plan o documento: Indicar cuál:

☐ No

5. ¿Están desarrollando o tiene previsto desarrollar un nuevo Plan o Estrategia de atención a la cronicidad?

- ☐ Sí, se está desarrollando un Plan/Estrategia de Cronicidad
- ☐ Sí, está previsto desarrollar un Plan/Estrategia de Cronicidad
- ☐ No (pasar a la pregunta 9)
- ☐ No sabe/No contesta (pasar a la pregunta 9)

6. ¿La integración de la atención sanitaria y social se contempla/tiene previsto contemplar entre las prioridades, líneas de acción u objetivos estratégicos del Plan o Estrategia de Cronicidad, o en su defecto en el plan que contemple el abordaje de la cronicidad? (Entendiendo la integración asistencial como un enfoque holístico que implica la atención sanitaria y social como parte de un único plan de atención centrado en la persona, especialmente para casos complejos, abarcando tanto la salud física como el bienestar psicosocial, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente)

- ☐ Sí, se contempla/contemplará explícitamente como prioridad o línea estratégica
- ☐ Sí, se aborda/abordará de forma transversal o dentro de otras líneas estratégicas
- ☐ No se contempla actualmente (pasar a la pregunta 9)
- ☐ No sabe/No contesta (pasar a la pregunta 9)

En caso afirmativo, ¿cuáles son esas prioridades, líneas u objetivos estratégicos?

7. ¿El último Plan o Estrategia de Cronicidad o, en su defecto, los objetivos del Plan de Salud que aplican a la cronicidad cuentan con una dotación presupuestaria específica para la promoción de la integración de la atención sanitaria y social?

- ☐ Sí.
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

8. ¿Se ha evaluado el despliegue de las acciones de integración sanitaria y social contempladas en la Estrategia o Plan?

- ☐ Sí.
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

9. ¿En qué medida están integrados los principios del enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) en el modelo o estrategia para el abordaje de la cronicidad en su Comunidad Autónoma?

(Modelo de atención que tiene en cuenta las preferencias, necesidades y valores de los pacientes, promoviendo su participación y la de su familia en las decisiones junto con los profesionales sanitarios).

	Nada (no están integrados) a	Poco (de forma incipiente/ piloto)	Medianamente (de forma parcial en algunas líneas o programas)	Bastante (de forma generalizada, con margen de mejora)	Plenamente (la ACP forma parte estructural del modelo de cronicidad)
Participación de pacientes y cuidadores en decisiones clínicas					
Inclusión de la perspectiva del paciente en la planificación organizativa y asistencial					
Diseño de planes de atención personalizados					
Valoración de preferencias, valores y objetivos del paciente					
Evaluación sistemática de la experiencia del paciente					
Otros principios (indicar cuáles)					

9. ¿En su modelo o estrategia de cronicidad se contemplan programas o acciones específicas dirigidas a los colectivos de pacientes vulnerables? (Puede marcar más de una opción por colectivo y especificar las acciones o programas correspondientes)

Colectivo	Sí, programas específicos de apoyo social para este colectivo	Sí, acciones de intervención directa	Otras acciones	No se contemplan acciones específicas para este colectivo
Pacientes con cronicidad compleja				
Pacientes crónicos de edad avanzada				
Pacientes crónicos que viven en residencias				
Mujeres con enfermedad crónica				
Infancia y adolescencia con enfermedad crónica (0-17 años)				
Pacientes con necesidades sociales complejas (personas sin hogar, personas con discapacidad severa, etc.)				
Otro:				

11. Valore en qué medida considera que en su Comunidad Autónoma se garantiza actualmente una ATENCIÓN INTEGRADA SANITARIA Y SOCIAL.

Nada implantado	Poco implantado	Medianamente implantado	Bastante implantado	Totalmente implantado

Puede ampliar la información para justificar su respuesta aquí:

COORDINACIÓN ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y SOCIAL

12. ¿En su Comunidad existen mecanismos o herramientas orientadas a favorecer la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales, especialmente respecto a la derivación de los pacientes crónicos a los recursos sociosanitarios y a la gestión del reconocimiento de la discapacidad ? (Puede marcar más de una opción)

- ☐ Protocolos/mecanismos/equipos multidisciplinares formales y estructurados
- ☐ Espacios de colaboración entre consejerías o departamentos de salud y de derechos sociales/bienestar social (comisiones, grupos de trabajo, protocolos conjuntos, etc.)
- ☐ Canales de comunicación formales entre las consejerías implicadas
- ☐ Mecanismos informales o no sistematizados (iniciativas locales o individuales)
- ☐ Figuras de referencia o enlace entre el sistema sanitario y social
- ☐ Recursos de apoyo a profesionales del sistema sanitario (guías, formación específica, etc.)
- ☐ Formación específica sobre discapacidad y dependencia para profesionales del sistema sanitario
- ☐ Otro. Indicar cuál: _____
- ☐ No existen mecanismos ni recursos específicos
- ☐ No sabe / No contesta

13. ¿Cómo valora el nivel actual de coordinación entre el sistema sanitario y el sistema social en sus comunidad autónoma respecto a la gestión de la DISCAPACIDAD?

Muy deficiente	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena/ Excelente

Puede ampliar la información para justificar su respuesta aquí:

14. A continuación, indique el grado de implantación de las siguientes figuras profesionales en el sistema sanitario para el desarrollo de modelos de atención integrada.

	Nada	Poco	Medianamente	Bastante	Totalmente
Enfermería gestora de casos/enlace/ continuidad asistencial					
Coordinador sociosanitario					
Agente de salud en AP					
Agente de salud en AH					
Trabajador social de AP					
Trabajador social de AH					
Otra figura (indicar cual)					

SALUD DIGITAL

15. ¿Qué herramientas digitales están utilizando o desarrollando en Atención Primaria y Hospitalaria para facilitar la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema social y avanzar en la integración asistencial? (Puede marcar más de una opción)

- ☐ Historia clínica electrónica interoperable con servicios sociales
- ☐ Plataformas digitales compartidas para la coordinación entre profesionales sanitarios y sociales
- ☐ Herramientas de inteligencia artificial (IA) para identificar necesidades y situaciones de riesgo social
- ☐ Sistemas de seguimiento, alertas o derivación automatizada
- ☐ Sistemas de apoyo a la decisión clínica y social
- ☐ Aplicaciones móviles para la coordinación de cuidados
- ☐ IA aplicada en programas o proyectos concretos
- ☐ Especifique las herramientas concretas de las categorías seleccionadas y/o indique otras herramientas digitales:

ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN CRÓNICA Y GESTIÓN DE LA DEMANDA

16. ¿Qué herramientas digitales y criterios utilizan para identificar, estratificar y gestionar a los pacientes con enfermedades crónicas? (Puede marcar más de una opción)

- ☐ Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) u otros sistemas de agrupación de pacientes
- ☐ Sistemas predictivos de riesgo (modelos estadísticos o inteligencia artificial)
- ☐ Historia clínica electrónica y análisis de datos para clasificación de gravedad y riesgos
- ☐ Plataformas de monitoreo remoto, aplicaciones móviles o sistemas de alertas en tiempo real
- ☐ Criterios específicos para priorizar pacientes en listas de espera, considerando brotes o complicaciones
- ☐ No se utilizan herramientas digitales ni criterios específicos
- ☐ Otro (especifique):

17. ¿En su Comunidad Autónoma se integran los determinantes sociales de la salud en los sistemas de estratificación de pacientes crónicos? (Puede marcar más de una opción)

- ☐ Sí, se incluyen indicadores sociales en los sistemas de estratificación (nivel socioeconómico, apoyo familiar o condiciones de vivienda, ...)
- ☐ Sí, se realiza una valoración social sistemática (Atención Primaria, equipos multidisciplinares, ...)
- ☐ Sí, pero solo en programas o colectivos específicos (pacientes crónicos complejos y edad avanzada, que viven en residencias, mujeres, infancia y adolescencia, ...)
- ☐ Sí, se han implementado sistemas de mejora continua basados en resultados
- ☐ No, actualmente no se contempla de forma estructurada
- ☐ Se está valorando su incorporación futura en los sistemas de estratificación

18. ¿Los criterios de estratificación y clasificación (sanitarios y sociales) de la población con cronicidad son homogéneos entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria?

- ☐ Sí, se aplican los mismos criterios en ambos niveles asistenciales
- ☐ Parcialmente, con diferencias según el nivel asistencial
- ☐ No, cada nivel utiliza criterios diferentes. Indicar cuáles en cada nivel:

- ☐ No se dispone de criterios claros o homogéneos

19. ¿Qué criterios se tienen en cuenta en su Comunidad para determinar la prioridad de la atención de los pacientes crónicos en la gestión de las listas de espera? (Puede marcar más de una opción)

- ☐ Clasificación del nivel de severidad o complejidad.
- ☐ Estado clínico del paciente (brotes, desestabilización, complicaciones, ...)
- ☐ Indicadores o necesidades sociales (necesidad de cuidados, apoyo familiar, condiciones de vivienda, situación laboral, ...)
- ☐ No existen listas de espera diferenciadas para pacientes crónicos (se gestionan como para el resto de la población)
- ☐ Otra situación o indicadores (explicar):

BARRERAS PARA LA INTEGRACIÓN SANITARIA Y SOCIAL

20. A continuación, indique cuáles son los 5 retos principales en los que tendría que trabajar su Consejería (individualmente o en colaboración con otras Consejerías) para contribuir a alcanzar la integración efectiva entre el sistema sanitario y el sistema social, especialmente en la atención a colectivos vulnerables.

- ☐ Aumentar la financiación para desarrollar programas de coordinación y atención integrada
- ☐ Ampliar la dotación de recursos humanos para ofrecer una atención más personalizada y continuada
- ☐ Aumentar la dotación de herramientas tecnológicas e infraestructuras para la coordinación entre sistemas
- ☐ Desarrollar instrumentos para mejorar la coordinación entre los profesionales de AP y del sistema social
- ☐ Desarrollar instrumentos para mejorar la coordinación entre los profesionales de AH y del sistema social
- ☐ Crear nuevos servicios o dispositivos sociosanitarios de apoyo a la AP
- ☐ Formar a los profesionales sanitarios para favorecer la prestación de una atención integrada y gestión de casos
- ☐ Elaborar guías, protocolos y otros materiales de apoyo para los gestores de casos
- ☐ Garantizar el acceso de los pacientes crónicos al diagnóstico precoz, especialmente a la población infantil
- ☐ Elaborar protocolos de atención sanitaria y social para las situaciones de urgencia más frecuentes en cada uno de los perfiles de pacientes crónicos estratificados (en el sistema sanitario)
- ☐ Sistematizar la valoración/estratificación integral de las necesidades de los pacientes crónicos que puedan precisar atención social y sanitaria
- ☐ Sistematizar la información y asesoramiento a los pacientes crónicos sobre la gestión del acceso a la valoración de la discapacidad y los recursos sociales
- ☐ Fomentar la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema educativo para la atención a la cronicidad en el ámbito escolar
- ☐ Promover servicios de apoyo que permitan la permanencia en el hogar de los pacientes crónicos dependientes, frágiles y complejos que lo precisen (centros de día, estancias de respiro, rehabilitación funcional especializada, ...)
- ☐ Garantizar la atención sanitaria a los pacientes crónicos que residen en residencias
- ☐ Promover la integración de la farmacia comunitaria en la atención a la cronicidad en el ámbito rural
- ☐ Otros retos (especifique):

21. ¿Qué recursos considera que serían necesarios para el despliegue efectivo de un modelo de atención integrada (sanitaria y social) en su Comunidad Autónoma?

Muchas gracias por su colaboración

7.2. ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

Figura 1. Metodología del Informe OAP 2025 **PAG. 14**

Figura 2. Diseño y alcance del sondeo **PAG. 15**

Figura 3. Alineación del Plan Operativo 2025-2028 con las prioridades de coordinación e integración asistencial de las CC.AA. (n=17) **PAG. 18**

Figura 4. Existencia de una Estrategia o Plan de Atención a la Cronicidad / Salud que aborde la cronicidad (n=17) **PAG. 19**

Figura 5. Desarrollo actual o previsión de desarrollo de un Plan o Estrategia de atención a la cronicidad (n=6) **PAG. 19**

Figura 6. Integración de la integración sanitaria y social en las prioridades de los planes o estrategias (n=15) **PAG. 20**

Figura 7. Dotación presupuestaria específica para la integración de la atención sanitaria y social (n=15) **PAG. 20**

Figura 8. Evaluación del despliegue de las acciones de integración sanitaria y social (n=15) **PAG. 20**

Figura 9. Grado de integración del enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) en el modelo o estrategia de cronicidad de las CC.AA. (n=17) **PAG. 21**

Figura 10. Existencia de programas o acciones específicas dirigidas a colectivos vulnerables en el modelo o estrategia de cronicidad (n=17) **PAG. 22**

Figura 11. Implantación de la atención integrada sanitaria y social (n=17) **PAG. 22**

Figura 12. Existencia de mecanismos o herramientas para favorecer la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales (n=17) **PAG. 23**

Figura 13. Nivel de coordinación entre el sistema sanitario y el sistema social en la gestión de la discapacidad (n=17) **PAG. 24**

Figura 14. Grado de implantación de figuras profesionales para el desarrollo de modelos de atención integrada en el sistema sanitario (n=17) **PAG. 25**

Figura 15. Herramientas digitales utilizadas en Atención Primaria y Hospitalaria para facilitar la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema social (n=17) **PAG. 26**

Figura 16. Herramientas digitales y criterios para la identificación, estratificación y gestión de pacientes con enfermedades crónicas (n=17) **PAG. 27**

Figura 17. Integración de los determinantes sociales de la salud en los sistemas de estratificación de pacientes crónicos (n=17) **PAG. 28**

Figura 18. Homogeneidad en criterios de estratificación de cronicidad entre Atención Primaria y Hospitalaria (n=17) **PAG. 28**

Figura 19. Criterios de priorización de la atención de los pacientes crónicos en la gestión de las listas de espera (n=17) **PAG. 29**

Figura 20. Retos para la integración efectiva entre sistemas sanitario y social en la atención a colectivos vulnerables (n=17) **PAG. 30**

TABLAS

Tabla 1. Marcos estratégicos y modelos organizativos de integración sanitaria y social en CC.AA. pioneras **PAG. 10**

Tabla 2. Marcos estratégicos y modelos organizativos de integración sanitaria y social en CC.AA. emergentes (avances sin consolidar) **PAG. 11**

Tabla 3. Direcciones, Subdirecciones y Servicios participantes en el sondeo **PAG. 17**

Tabla 4. Recursos necesarios para el despliegue de la atención integrada **PAG. 31**

Tabla 5. Fortalezas y debilidades en la planificación y puesta en marcha de la integración sanitaria y social **PAG. 32**



PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES
DE PACIENTES

www.plataformadepacientes.org



Con la colaboración de

abbvie

AstraZeneca 

Boehringer
Ingelheim

GRÜNENTHAL

Johnson&Johnson

MSD

Pfizer