

# Integración asistencial en España: revisión sistemática y análisis de las estrategias de salud (2020-2024)

Jennifer Knäpper Martín

Tutor: Manuel Tamayo

Máster Universitario en Alta Dirección Pública

PREMIOS  
TEMAS DE  
NUESTRO  
TIEMPO

 Instituto Universitario  
Ortega-Marañón



**Publicado:** 2026

**Edita:** Fundación Ortega-Marañón <https://ortegaygasset.edu/>

**ISBN:** 978-84-09-85525-4

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de la Fundación Ortega-Marañón.

Esta publicación corresponde al grupo de trabajos ganadores del Premio Temas de Nuestro Tiempo que reconoce los mejores TFM de cada curso académico. La versión publicada es una adaptación resumida realizada por su autor/a para esta publicación.

**Publicaciones correspondientes a la promoción académica 2023-2024:**

- Estados del malestar: precariedad, género y territorio en la narrativa posterior al 15M.  
Autor: Diego Fernández Acebo
- Educación sexual integral entre estudiantes de 10 a 17 años como mecanismo para reducir embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual en la República Dominicana.  
Autora: Helen Nicole Morales Sánchez
- Integración asistencial en España: revisión sistemática y análisis de las estrategias de salud (2020-2024).  
Autora: Jennifer Knäpper Martín
- Cooperación migratoria entre España y Marruecos y su impacto en la ciudad de Melilla.  
Autora: Lara Cometa de la Eranueva Calvo
- La Legitimidad de la Financiación para el Desarrollo Sostenible: Un Análisis Crítico de la Agenda de Acción de Addis Abeba.  
Autora: Virginia Melo Cordero

# Presentación

Cada época tiene sus preguntas decisivas. Preguntas que no sólo interpelan a los especialistas, sino que atraviesan a toda la sociedad y definen su horizonte moral, político y cultural. José Ortega y Gasset nos recordó que comprender los temas de nuestro tiempo no es un ejercicio retórico, sino una tarea de responsabilidad intelectual. Con ese espíritu nace este Premio, que reconoce los mejores Trabajos de Fin de Máster del Instituto Universitario de Investigación Ortega-Marañón.

Los trabajos publicados en esta serie son una muestra elocuente de la vitalidad académica de nuestras aulas y de la madurez intelectual de nuestro estudiantado. En ellos encontramos análisis sobre democracia, educación, sostenibilidad, igualdad, narrativas culturales, globalización o vanguardias tecnológicas. Contribuciones que aspiran a comprender mejor el mundo en el que vivimos y a intervenir en él desde el conocimiento.

Esta iniciativa responde a una convicción profunda del Instituto Universitario de Investigación Ortega-Marañón, que la investigación y la formación avanzada deben estar

conectadas con los problemas reales de la sociedad. El conocimiento que no dialoga con su tiempo corre el riesgo de volverse estéril; el que se enfrenta a sus desafíos, en cambio, se convierte en motor de transformación. Por eso este Premio no sólo distingue la calidad técnica y la originalidad, sino también el impacto social y la capacidad de generar pensamiento útil.

Gregorio Marañón defendió siempre una ciencia con conciencia, una inteligencia abierta a la complejidad humana y a la dimensión ética de las decisiones públicas. Ese legado también está presente en estas páginas. Cada uno de los trabajos premiados refleja, a su manera, esa doble exigencia: precisión analítica y sensibilidad ante las consecuencias humanas de las ideas, las políticas y las innovaciones.

Confiamos en que esta publicación no sea un punto de llegada, sino un punto de partida. Que estas investigaciones sigan creciendo, inspiren nuevas preguntas y contribuyan a iluminar —con espíritu crítico y vocación pública— los temas de nuestro tiempo.

# Resumen

## Abstract

**Objetivo.** Análisis de las dimensiones estratégicas de integración asistencial de las comunidades autónomas de España.

**Material y Métodos.** Se ha realizado una revisión sistemática de la evidencia científica disponible relacionada con la integración asistencial en España desde febrero del año 2020 hasta marzo de 2024 siguiendo la metodología PRISMA. En segundo lugar, se ha realizado una comparativa de los planes de salud y las estrategias de cronicidad, analizando las dimensiones de la integración asistencial por cada una de las comunidades autónomas.

**Resultados.** La revisión sistemática determina que las ventajas de la integración asistencial están relacionadas con la mejora en la coordinación y la continuidad asistencial, la equidad y la agilización del acceso, la optimización de la eficiencia y la sostenibilidad, así como con la satisfacción del paciente y los resultados en salud.

Las dimensiones de integración asistencial mayoritarias y coincidentes en los planes de salud y estrategias de cronicidad de las comunidades son las siguientes: integración sociosanitaria, integración de niveles asistenciales, tecnologías de la información integradas y la gestión de los equipos multidisciplinares.

**Conclusiones** Existe una gran variedad de modelos de integración asistencial adaptados a la realidad y a las necesidades de los territorios. Existen diferencias en relación con las garantías de continuidad, con la disponibilidad de información del estado actual y los resultados de las iniciativas.

**Palabras Clave:** *Salud, integración asistencial, política sanitaria, gestión pública, sistema de salud, paciente crónico.*



# Índice

<b>1.</b>	<b>Introducción</b> .....	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Marco teórico</b> .....	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Diseño metodológico</b> .....	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>Análisis de Resultados</b> .....	<b>16</b>
<b>5.</b>	<b>Discusión</b> .....	<b>29</b>
<b>6.</b>	<b>Limitaciones del estudio</b> .....	<b>35</b>
<b>7.</b>	<b>Conclusiones</b> .....	<b>36</b>
<b>8.</b>	<b>Bibliografía</b> .....	<b>37</b>

# 1. Introducción

La integración asistencial es un conjunto de modelos de colaboración que tiene por objetivo promover el trabajo interdisciplinar de los niveles del sistema sanitario y social a través del prisma de la organización, la financiación y la prestación de servicios asistenciales con la finalidad de la mejora en la atención de las personas, especialmente en pacientes con cuidados de larga duración y necesidades complejas.

En los últimos años, se ha objetivado un creciente interés por las estrategias basadas en la integración asistencial y se han demostrado avances en la calidad de la atención, así como una disminución en el consumo de recursos.

La realidad social, política, demográfica y epidemiológica, así como la gestión de las consecuencias derivadas de la pandemia, ha acelerado las necesidades organizativas de los sistemas y ha impactado en la reflexión del futuro de la integración asistencial, dando como resultado políticas sanitarias europeas centradas en garantizar la atención de los pacientes y en la implementación de políticas de integración y de coordinación asistencial.

En un entorno de elevada inestabilidad como el actual, es necesario promover un ecosistema colaborativo, transformando los modelos en acciones de valor e iniciativas surgidas desde la propia administración, así como garantizar la participación de la ciudadanía y los grupos de interés.

Es decisivo potenciar el papel del gobierno local y de los agentes implicados, fomentando la responsabilidad compartida, pues es en los territorios donde se implementan y formalizan los proyectos de integración.

En consecuencia, la atención integrada debe representar una prioridad que mejore la interacción y la cooperación de los niveles asistenciales sin olvidar la calidad y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

## 2. Marco teórico

### 2.1. Concepto de integración asistencial

Leutz<sup>1</sup> introdujo por primera vez el concepto de integración asistencial como aquel proceso que busca “conectar el sistema de salud (atención primaria, especializada y aguda) con otros sistemas de atención de las personas (hospitalización, vivienda, formación, etc.) para la mejora de los resultados (clínicos, satisfacción y eficiencia) ”.

Posteriormente, Kodner y Spreeuwenberg<sup>2,3</sup>, definieron en 2002 de forma pionera la integración sanitaria como “aquel conjunto de métodos y modelos de financiación, administración, organización, prestación de servicios y atención clínica diseñados para crear conectividad, alineación y colaboración dentro y entre el sector dedicado a cuidar (sector social) y el sector dedicado a curar (sector sanitario)”, ofreciendo un concepto de atención global y multidimensional.

El concepto actualmente más aceptado es el ofrecido por Kodner<sup>3</sup>, que introduce la definición de los sistemas sociales y sanitarios como “estructuras jerárquicas compuestas de elementos separados, pero conectados entre sí”.

Por este motivo, Kodner destaca que las estructuras deberían trabajar complementariamente para obtener un resultado conjunto, aunque la mencionada distancia física, la especialización y la descentralización de las organizaciones son los factores que, según el autor, no contribuyen en la obtención de los objetivos y de unos resultados óptimos de salud<sup>3</sup>.

Posteriormente, otros autores introducen el enfoque en el cual el paciente debe ser el centro de las políticas basadas en la integración y la continuidad asistencial, enfatizando la

necesidad de conocer las preferencias, las prioridades y las necesidades de estos para promover la corresponsabilidad de los cuidados sobre todo en lo relativo a las patologías crónicas y en los que los cuidados<sup>4,5,6</sup>.

Por último, es importante destacar la definición actual de integración asistencial que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la prestación, la gestión y la organización de los servicios tanto sanitarios como sociales, relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, la atención, la rehabilitación, la promoción de la salud y el bienestar de la persona” y que, de forma añadida, “requiere de la cooperación y la colaboración de las diversas partes de la organización alcanzando objetivos comunes y resultados óptimos”<sup>7</sup>.

El concepto de integración asistencial puede referirse mediante diversos términos en las publicaciones actuales (integrated care, shared care, transmural care, disease management, coordinated care, collaborative care, comprehensive care o intermediate care) y, por ello, no es posible actualmente obtener una única definición o perspectiva, así como definir los límites de la actuación.

Según los autores, el objetivo principal de la integración sanitaria es la mejora de la calidad de la asistencia y la calidad de vida de los pacientes contemplando la eficiencia del sistema sanitario<sup>3,5</sup>.

En los últimos años, se ha objetivado un creciente interés por la implementación de iniciativas sanitarias basadas en la integración y ello ha conllevado a una mejora en la definición del concepto, las dimensiones de actuación, la evaluación de los modelos y la calidad de los resultados de las iniciativas<sup>3,5</sup>.

## 2.2. Atención integrada, coordinación y continuidad asistencial

Es importante distinguir el concepto de integración asistencial del concepto “atención integrada”. La atención integrada se refiere a la asistencia integral o relativa a las dimensiones de la persona (física, social, psicológica, emocional y espiritual), todas ellas enmarcadas de forma holística en el ‘Modelo de Atención Integral de Salud’ y durante los últimos años orientado a patologías concretas<sup>8</sup>.

Por otra parte, la continuidad asistencial es el resultado de una atención coordinada social y sanitaria desde la perspectiva del paciente a lo largo del tiempo, evitando la fragmentación de la asistencia u otros posibles riesgos como fallos en la comunicación entre profesionales, planificación subóptima del tratamiento, hospitalizaciones y/o reingresos<sup>9</sup>.

Varios autores afirman que, para que exista una continuidad óptima, previamente debe existir una coordinación asistencial formalizada<sup>9,10,11</sup>.

El concepto de coordinación asistencial se refiere a la organización entre instituciones de las prestaciones relacionadas con la atención de la salud sin dependencia del lugar ni del nivel asistencial teniendo en cuenta las prioridades de cada zona sanitaria<sup>12</sup>.

Para que la coordinación entre niveles asistenciales se lleve a cabo de forma óptima deben existir unas condiciones correctas de transferencia de información y un plan sincronizado entre los diferentes proveedores, con un objetivo común previamente conocido y consensuado, minimizando, en la medida de lo posible, la variabilidad en la atención al paciente y las imprecisiones en el proceso de gestión de la información<sup>13</sup>.

Los instrumentos o mecanismos de coordinación asistencial empleados por las organizaciones de salud son aquellos que pretenden la mejora de la programación de los servicios por

medio de la normalización de los procesos y los resultados, como es el caso de las guías de práctica clínica, los protocolos de atención y la capacitación, así como los instrumentos de coordinación basados en la normalización de los procesos<sup>14</sup>.

Varios autores destacan que la integración asistencial se objetiva cuando se alcanza el máximo nivel en la coordinación asistencial y, en última instancia, los resultados de uniformidad de la integración asistencial varían según el alcance y el propósito de la iniciativa<sup>14,15</sup>.

Por lo tanto, las organizaciones sanitarias pueden conseguir mejores resultados en términos de eficiencia, calidad asistencial y equidad a través de la coordinación asistencial, la continuidad asistencial (éstos dos como objetivos intermedios) y, finalmente, la integración asistencial<sup>11,12,14,15</sup>.

## 2.3. Impacto de la integración asistencial

Según varias publicaciones, las estrategias sanitarias basadas en la integración asistencial mejoran la coordinación, la continuidad, y la accesibilidad y obtienen resultados favorables en términos de calidad asistencial, equidad, eficiencia de los recursos y sostenibilidad<sup>16,17,18</sup>.

La ambigüedad del propio concepto de integración, la dificultad de la medición de resultados centrados en el paciente y la incertidumbre en el entorno añaden complejidad a la hora de decidir una evaluación estandarizada de las iniciativas<sup>16,17,18</sup>.

En la actualidad, a pesar de que la voluntad de la integración asistencial se ha extendido como respuesta a la fragmentación de la atención sanitaria, no existe una sistemática única o una de referencia en la evaluación de los resultados de las iniciativas<sup>17,18</sup>.

Sin embargo, como consecuencia del creciente interés por la evaluación de las iniciativas basadas en la integración asistencial, existe una mayor disponibilidad de publicaciones

relacionadas, así como de objetividad en las conclusiones, lo que está conduciendo a un mayor conocimiento de la medida del impacto.

Actualmente, existe un consenso que orienta a que la evaluación de los resultados de las iniciativas orientadas hacia la integración asistencial debe ser el resultado de diferentes procesos adecuados a la realidad de cada organización y a los objetivos de la iniciativa.

La evaluación del impacto se debe determinar en los acuerdos de gestión mediante resultados intermedios (coordinación asistencial, continuidad asistencial y accesibilidad) y, por otra parte, en resultados finales (eficiencia, equidad y calidad asistencial) o ‘outcomes’ para favorecer un modelo de evaluación y desempeño continuados <sup>17,19</sup>.

Aunque sigue existiendo una gran variabilidad en los resultados debido a las diferencias geográficas, de cultura organizacional y debido a las características propias de cada sistema sanitario, la mayor parte de las iniciativas se traducen en una mejora de la atención sanitaria en términos de calidad asistencial y eficiencia en los recursos <sup>20, 21</sup>.

Las herramientas más extendidas en la evaluación de las políticas de integración resultan de la combinación de diferentes indicadores orientados a los resultados en coordinación y continuidad asistencial, como es el caso del análisis de la accesibilidad, la equidad, los procesos, la estructura, la integración de la información, los costes asociados y la eficiencia del sistema y, cada vez con mayor frecuencia, el impacto que suponen las medidas evaluadas desde la perspectiva del paciente y la población <sup>19, 22</sup>.

Las publicaciones refieren que, así como no existe un modelo único y exclusivo de integración, tampoco es posible comparar de forma directa y ‘a ciegas’ las iniciativas de integración, debido a las particularidades de cada sistema sanitario que conlleva modelos propios de integración y formas de implementación que los hacen difícilmente comparables <sup>22,23</sup>.

Por otra parte, la integración asistencial vertical se ha relacionado con positivamente en el resultado objetivable de la integración (economías de escala, economías de alcance y reducción de costos de transacción), así como en la eficiencia, el desempeño global y en los objetivos de continuidad asistencial <sup>24</sup>.

En definitiva, las políticas centradas en la integración asistencial están obteniendo mejoras objetivas para dar respuesta a las necesidades detectadas, en la mejora del coste de la frecuentación de los servicios, evitando duplicidades, riesgos de desatención y optimizando la calidad de los circuitos con el objetivo principal de mejorar los resultados de salud poblacional y reducir las desigualdades sanitarias en los territorios <sup>22,23,24,25</sup>.

El impulso de la integración asistencial conlleva mejoras en la equidad, la universalidad, así como la cohesión en los sistemas de salud y, a su vez, fortalece la sanidad pública respondiendo a las necesidades del paciente con una visión ágil y de mejora continua <sup>22,23,24,25</sup>.

## 2.4. Marco legislativo de la atención integrada en España

El marco legislativo favorece que, desde 2002, el Sistema Nacional de Salud cuente con 17 sistemas de gestión sanitarios diferentes atendiendo a las competencias descentralizadas de cada comunidad. Únicamente Ceuta y Melilla se encuentran actualmente gestionadas por INGESA.

En 2006, la Ley de Calidad y Cohesión (BOE-A-2003-10715), supone el marco legal que permite la coordinación entre la Administraciones públicas sanitarias en términos de cooperación, participación social, equidad y accesibilidad.

En 2011 se celebró la ‘Declaración de Sevilla’ (“Ciudadanos, profesionales y administraciones. Una alianza para el paciente crónico”), un punto de partida para dar impulso al desarrollo de planes integrales orientados al paciente crónico

tras el consenso de las 17 Consejerías de Salud y Sociedades Científicas, con líneas de actuación orientadas especialmente a la prevención, la integración de procesos y la participación de varios niveles asistenciales<sup>26</sup>.

Posteriormente se formuló la Estrategia de Cronicidad del Ministerio de Sanidad (2012), a partir de la cual se sumaron progresivamente las estrategias de las diferentes CC. AA<sup>27</sup>.

La elaboración de los planes de atención de pacientes crónicos promovidas por las comunidades conllevó la activación de iniciativas para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, nuevas formas de trabajar entre los profesionales y el obligado desarrollo de sistemas de información para evitar la desfragmentación de la atención y la duplicidad de las actividades.

## 3. Diseño metodológico

### 3.1. Diseño del estudio

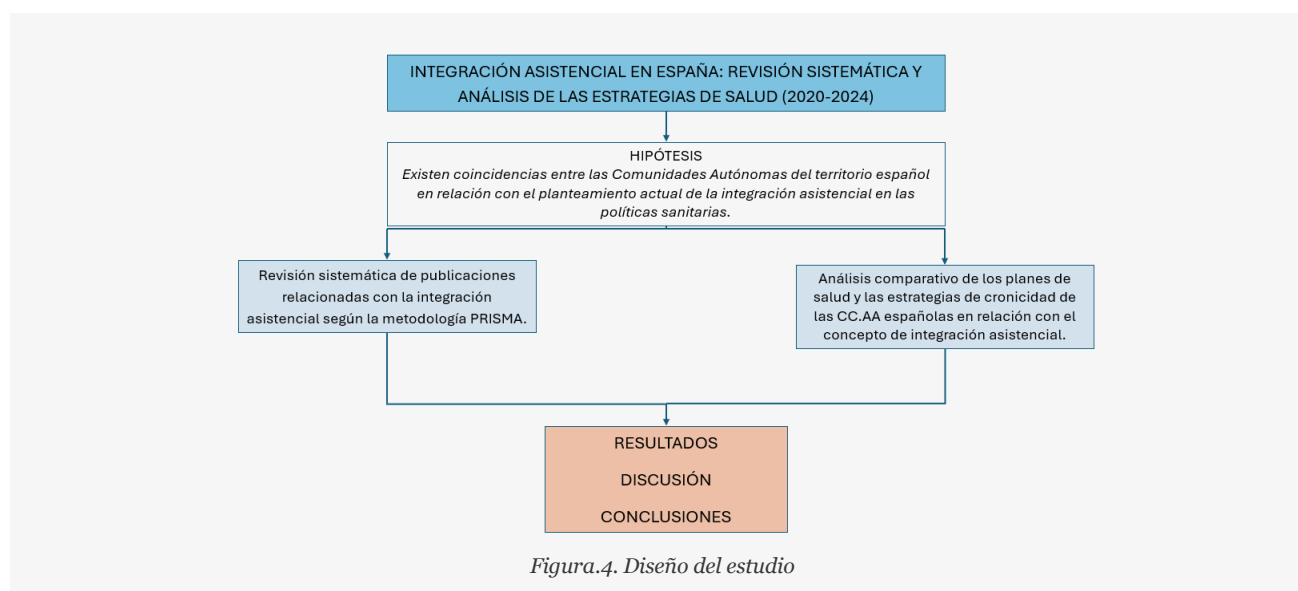


Figura.4. Diseño del estudio

### 3.2. Diseño de la revisión sistemática

Para responder al objetivo del estudio, se realizó, en un primer lugar, una revisión sistemática de la evidencia científica disponible de las iniciativas relacionadas con la integración asistencial en España desde febrero de 2020 hasta marzo de 2024 según la metodología PRISMA <sup>28</sup>.

La sistemática del estudio se desarrolló de la siguiente manera: búsqueda de la literatura, selección de estudios, evaluación de la calidad de los estudios, extracción, síntesis de la información y análisis de los resultados.

Se decidió definir el marco temporal desde 2020 hasta 2024 debido a que la pandemia COVID19 conllevó un cambio de paradigma en la organización y coordinación asistencial.

Para el diseño de la revisión sistemática se planteó la selección de publicaciones relacionadas con la integración asistencial y, de forma añadida, aquellas que evaluaban la coordinación entre varios niveles asistenciales desde la visión de la integración asistencial y, asimismo, publicaciones en las que se procuraba el seguimiento de patologías crónicas mediante estrategias de integración.

Se decidió incluir en la búsqueda las iniciativas relacionadas con la mejora de la coordinación y la continuidad asistencial con el objetivo de ampliar la revisión sistemática teniendo en cuenta la ambigüedad del concepto de integración asistencial.

### 3.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

<b>Estrategia de Búsqueda PUBMED</b>		
revisado el 09/03/2024, hora 10:00 (febrero 2020- marzo 2024)		
<b>Términos de búsqueda</b>		<b>Resultados totales</b>
<b>Población</b>		
1	Chronic patient	<a href="#">28.528</a>
<b>Intervención</b>		
2	Program Evaluation	<a href="#">4.265</a>
<b>Resultado</b>		
Combinación (resultados finalmente revisados de Pubmed)		
3	#Integrated AND #Healthcare AND #Pathways	<a href="#">216</a>
4	#Coordination AND #Healthcare	<a href="#">70</a>
<b>Estrategia de Búsqueda Elsevier</b>		
revisado el 09/03/2024, hora 13:00 (febrero 2020- marzo 2024)		
<b>Términos de búsqueda</b>		<b>Resultados totales</b>
1	Abordaje integrado del paciente AND 'Acceso a texto completo' (2020-2024)	<a href="#">701</a>
2	Estrategia cronicidad AND 'Acceso a texto completo' (2020-2024)	<a href="#">409</a>
3	Ruta Asistencial AND 'Acceso a texto completo' (2020-2024)	<a href="#">191</a>
4	Integración asistencial AND 'Acceso a texto completo' (2020-2024)	<a href="#">156</a>
5	Equipo AND multidisciplinar AND 'Acceso a texto completo' (2020-2024)	<a href="#">27</a>
6	Planificación AND sanitaria AND 'Acceso a texto completo' (2020-2024)	<a href="#">238</a>
7	Atención Domiciliario AND 'Acceso a texto completo' (2020-2024)	<a href="#">263</a>
<b>Estrategia de Búsqueda International Journal of Integrated Care</b>		
revisado el 09/03/2024, hora 15:00 (febrero 2020- marzo 2024)		
<b>Términos de búsqueda</b>		<b>Resultados totales</b>
1	Integrated care	<a href="#">2542</a>
2	1 AND (Tipo de publicación: 'perspective papers', integrated care cases, research and theory, methodology papers, policy papers, projects and developments, conference abstracts).	<a href="#">61</a>

<b>Estrategia de Búsqueda Dialnet</b>		
revisado el 09/03/2024, hora 17:00 (febrero 2020- marzo 2024)		
<b>Términos de búsqueda</b>		<b>Resultados totales</b>
1	Integración Asistencial	<a href="#">221</a>
<b>Estrategia de búsqueda Wiley</b>		
revisado el 09/03/2024, hora 19:00 (febrero 2020- marzo 2024)		
<b>Términos de búsqueda</b>		<b>Resultados totales</b>
1	Healthcare integration Spain	<a href="#">372</a>
<b>Estrategia de búsqueda MDPI</b>		
revisado el 09/03/2024, hora 20:00 (febrero 2020- marzo 2024)		
<b>Términos de búsqueda</b>		<b>Resultados totales</b>
1	Integrated care (2020-2024) SPAIN	<a href="#">19</a>
2	Coordination (2020-2024) SPAIN	<a href="#">13</a>
3	Continuity (2020-2024) SPAIN	<a href="#">51</a>

En relación con los criterios de exclusión, se decidió no incluir iniciativas relacionadas con la Salud Mental ni con estudios Deplhy, así como no se incluyeron estudios en los que el concepto de integración asistencial no estuviera incluido en los resultados.

### 3.4. Síntesis de la evidencia sistemática

Los estudios fueron seleccionados, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión anteriormente señalados.

Tras la búsqueda, las referencias identificadas se clasificaron y analizaron siguiendo la Escala de Oxford (Sistema GRADE), empleada para la evaluación de la calidad de la evidencia científica y el grado de recomendación 29.

Se analizaron los resultados de acuerdo con las variables de resultado (Tabla 5).

<b>Variables resultado:</b>
Coordinación, continuidad y/o integración de la atención entre diferentes proveedores y servicios.
Promoción de la equidad y accesibilidad de la atención.
Prevención de enfermedades y promoción de la salud.
Calidad asistencial: seguridad del paciente, efectividad de los tratamientos, accesibilidad de los servicios.
Eficiencia: tiempo de espera, utilización de recursos y productividad del personal médico.
Satisfacción del paciente: atención recibida, comunicación con el personal médico, comodidad de las instalaciones y experiencia del paciente.
Resultados en salud: tasa de mortalidad, tasa de complicaciones, calidad de vida.

### 3.5. Estrategia de búsqueda bibliográfica de la revisión sistemática

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed/ MEDLINE, Elsevier, International Journal of Integrated Care, Dialnet, Wiley y MPDI, desde febrero de 2020 hasta marzo de 2024. La estrategia de búsqueda se diseñó con el objetivo de identificar estudios aplicando filtros metodológicos para recuperar potenciales revisiones, metaanálisis y estudios.

### 3.6. Diseño del análisis comparativo de los planes de salud autonómicos y las estrategias de cronicidad

Con el objetivo de analizar la estrategia de salud de las CC.AA, así como la perspectiva empleada en relación con la integración asistencial, se realizó una revisión de los planes de salud publicados en las páginas web oficiales de las Consejerías y Departamentos de Sanidad mediante un análisis comparativo.

Los documentos fueron seleccionados por una persona siguiendo las reglas de representatividad, exhaustividad, pertinencia y homogeneidad, empleando una metodología manual de análisis de contenido. El análisis de contenido tiene por objetivo la evaluación de un concepto determinado para comprenderlo de forma detallada y sistemática fijando previamente los criterios de búsqueda y análisis<sup>30</sup>.

Los criterios de selección temporal de los planes se establecieron desde 2021 hasta marzo de 2024 incluido.

El método de análisis de los planes y las estrategias se realizó siguiendo en el método de L. Bardin, mediante la localización de las palabras clave en los documentos según el buscador del lector de archivos (en este caso, Adobe Acrobat ®) para, posteriormente, agrupar los términos

relativos a la integración asistencial en categorías según la línea estratégica en la que se encontraba desarrollado el concepto (Fig. 5).

De esta manera, se valoraron las perspectivas de la integración asistencial según el ámbito de aplicación (Tabla 7).

Asimismo, y con la finalidad de objetivar la voluntad de integración y coordinación en grupos poblacionales sensibles, se realizó la misma búsqueda y posterior análisis en las estrategias de atención a pacientes crónicos de las CC.AA. Las estrategias de cronicidad de las comunidades resultaron una opción preferible y disponible en mayor medida para completar el análisis del estado actual del concepto de integración asistencial.

El motivo por el que se analizó la perspectiva de la cronicidad se debe a que, según varias publicaciones, en el año 2050 la población española mayor de 65 años supondrá el 35% del total de la población, razón por la cual deben priorizarse medidas para la gestión de las patologías crónicas y el envejecimiento poblacional mediante un sistema sanitario basado en la integración asistencial que asegure la continuidad de los cuidados<sup>31,32,33</sup>.

De forma añadida, los pacientes con patologías crónicas concentran los mayores esfuerzos en materia de hospitalización, seguimiento, reingresos, continuidad asistencial y gasto sanitario asociado a la frecuentación en los servicios de urgencias y Atención Primaria, por lo que es oportuno y relevante incluir a dicho grupo poblacional como referente en el resultado de las estrategias de integración asistencial<sup>25,31,32,33</sup>.

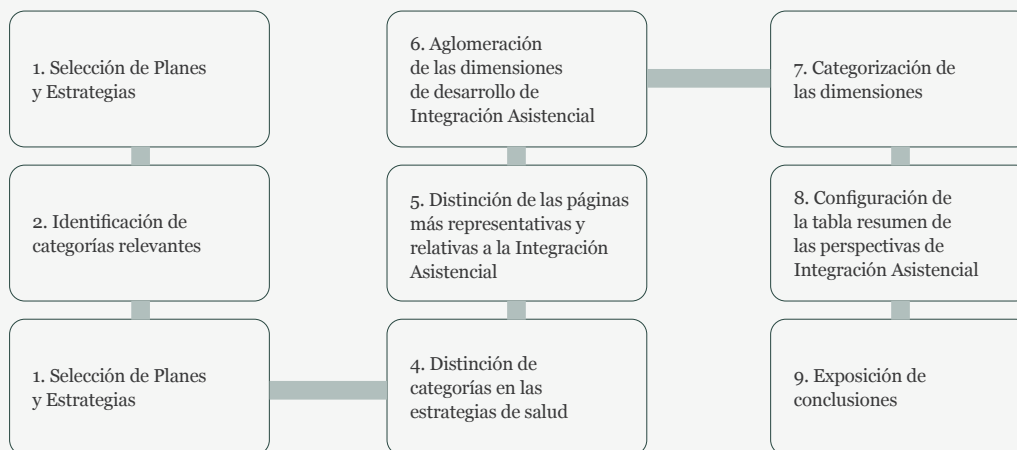


Figura.5. Etapas del análisis de contenido de las perspectivas de Integración Asistencial.

#### Estrategia de revisión de planes de salud y planes de cronicidad:

Documentos oficiales de las Consejerías de Sanidad de las CC. AA:

- Planes de Salud.
- Estrategias de Cronicidad.

Marco temporal de los planes y estrategias:

- Planes y estrategias oficiales y disponibles en páginas oficiales de las CC.AA.
- Documentos publicados a partir de 2021 y/o vigentes hasta 2024 incluido.

#### Variables Resultado de los planes y estrategias:

Variable	Término empleado en la búsqueda
Continuidad	Continuidad, seguimiento
Equidad	Equidad, accesibilidad, acceso, equitativo
Prevención	Prevención, preventivo/a
Calidad y seguridad del paciente	Calidad, seguridad
Eficiencia	Eficiencia, sostenibilidad
Participación del paciente	Participación, participat*
Resultados en salud	Resultados
Integración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)	Integración, TICs, sistemas
Integración asistencial	Integración, integrad*.
'One Health': concepto analizado únicamente en planes de salud	
Seguimiento	Seguimiento, evaluación

Tabla.7. Estrategia de revisión de planes de salud y planes de cronicidad de las comunidades autónomas.

# 4. Resultados

## 4.1. Revisión sistemática

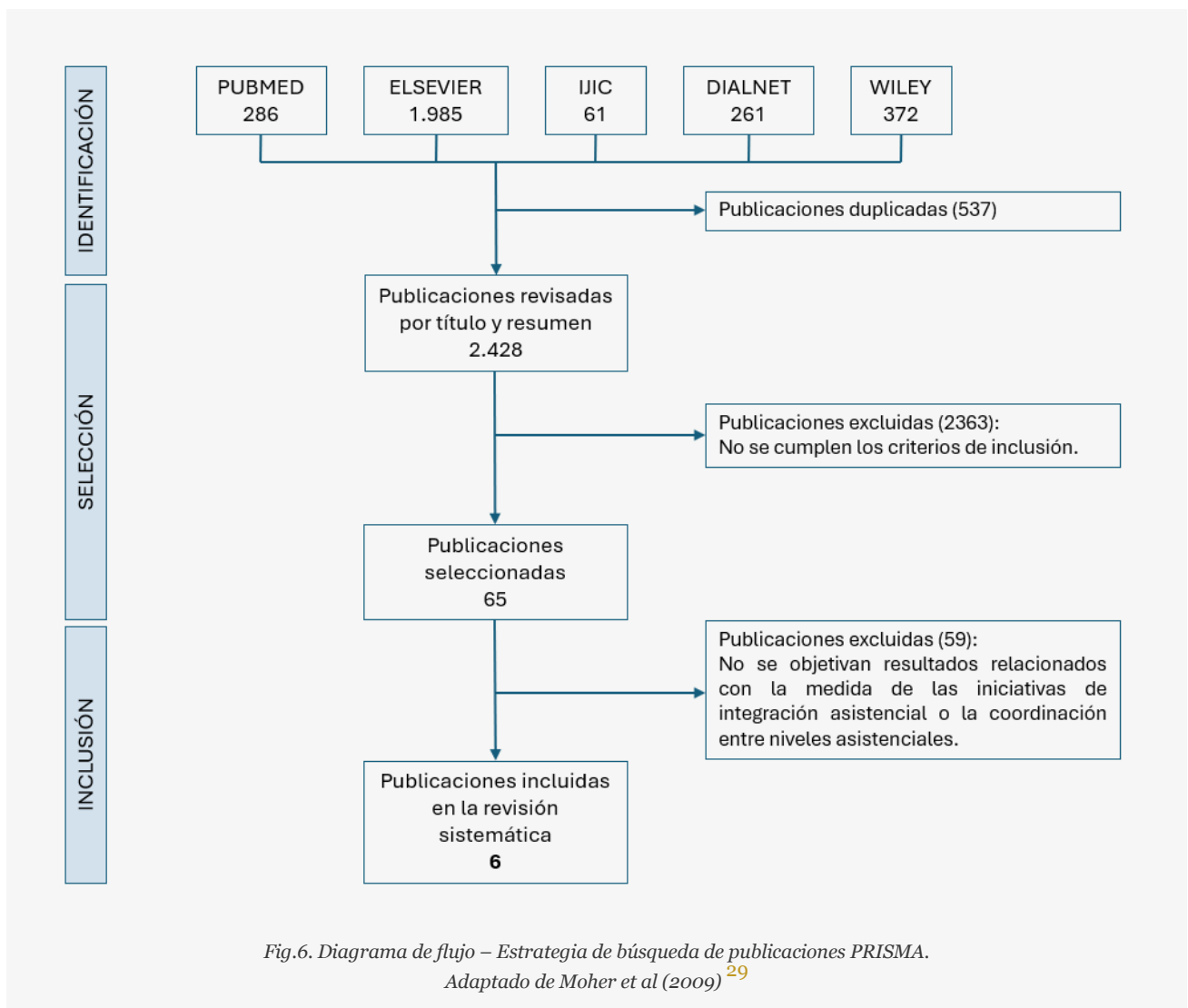


Fig.6. Diagrama de flujo – Estrategia de búsqueda de publicaciones PRISMA.  
Adaptado de Moher et al (2009)<sup>29</sup>

### 4.1.1. Selección y características de las publicaciones

Se observan diversas metodologías aceptadas y validadas para el análisis de resultados (Tabla. 8). La perspectiva mayormente adoptada para medir la iniciativa de integración asistencial ha sido la de los profesionales en cuatro de las seis publicaciones.

AUTOR	DISEÑO	RIESGO DE SESGO	EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD	COMITÉ DE ÉTICA APROBADO	ANÁLISIS DE RESULTADOS	PERSPECTIVA	CALIDAD
Marco Ibáñez et al. <sup>34</sup>	Cuantitativo	NE	NE	SI	Análisis descriptivo de las respuestas recibidas y análisis de variables categóricas mediante escala Likert	Profesionales sanitarios asistenciales	Buena
Aguiló et al. <sup>35</sup>	Cuantitativo	NE	SI	NE	SPSS® Statistics v.26	Actividad Asistencial	Buena
Jiménez-Carrillo, et al. <sup>36</sup>	Cualitativo	NE	NE	SI	Consolidated criteria for reporting qualitative research. (COREQ25)	Profesionales sanitarios asistenciales	Buena
Izagirre-Olaidola, J. et al. <sup>37</sup>	Cualitativo	NE	NE	NE	Análisis Temático (Braun & Clarke, 2006).	Profesionales relacionados con la gestión de AI	Buena
Fullaondo et al. <sup>38</sup>	Cualitativo	NE	NE	NE	Método 'Framework' (Gale et al, 2013)	Profesionales relacionados con la gestión de AI	Buena
Molina-Muñoz, J, et al. <sup>39</sup>	Cuantitativo	SI	SI	SI	SPSS (IBM, Armonk, NY, USA) Statistics 22	Actividad Asistencial	Muy buena

Tabla. 8. Análisis de la calidad de los estudios (NE: No especificado)

## 4.1.2. Impacto de la integración asistencial

### A.Coordinación y Continuidad Asistencial.

La totalidad de las publicaciones aseguran que las medidas de integración asistencial son esenciales para la asegurar la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles asistenciales.

Según Aguiló et al Jiménez-Carrillo et al e Izaguirre-Olaizola et al, las medidas y el establecimiento de nuevos circuitos asistenciales no conllevan un mayor riesgo para el paciente y coinciden en que agiliza los procesos mediante un abordaje integral del paciente.

Un factor destacable de las medidas de integración que destacan Aguiló et al y Jiménez-Carrillo et al son la ayuda a la autogestión de los tiempos de espera como una medida eficaz para evitar la saturación de las unidades de hospitalización y evitar posibles consultas o derivaciones posteriores.

Marco- Ibáñez et al, afirma que las medidas de integración promueven una mejor comunicación entre Atención Primaria y otras especialidades, contribuyendo a la mejora de los perfiles profesionales, la visión compartida y longitudinal de la asistencia, así como la visión holística del paciente.

Los autores Aguiló et al y Jiménez-Carrillo et al también exhiben la contrapartida de las medidas de integración como es el caso de la inversión de tiempo y energía, así como el papel de la Atención Primaria como 'informador' o 'intermediario' de las decisiones de otros especialistas si cabe, más marcado tras la pandemia.

Según Jiménez-Carrillo et al a pesar de que la teleconsulta ha sido percibida de forma global como un factor facilitador de la asistencia y la continuidad de los procesos, el cambio a la modalidad telefónica ha podido reducir la accesibilidad al sistema de determinados grupos poblacionales, como las personas mayores o con discapacidad, dificultando el seguimiento de las patologías crónicas.

El mismo autor destaca que los profesionales percibieron cierto grado de incertidumbre al no contar con protocolos establecidos para realizar interconsultas con el resto de los niveles asistenciales o para el seguimiento de determinadas patologías.

Molina-Mula et al incide en que las medidas de integración asistencial deben contemplar a los grupos poblacionales con patologías crónicas, frágiles o con discapacidad, para implementar medidas dirigidas y personalizadas evitando la 'brecha digital', mejorando los circuitos en casos de descompensación o las pérdidas de seguimiento.

Izaguirre-Olaizola et al afirma que las medidas implementadas a favor de la integración tras la pandemia han favorecido el traslado de conocimiento de una forma mucho más ágil para prepararnos y responder a futuras crisis posicionando favorablemente a la Atención Primaria como un actor para dar respuesta desde los equipos asistenciales.

El autor afirma que reforzar el papel de los equipos de Atención Primaria evita 'concentraciones de poder' y hace que la Atención Primaria sea partícipe a un nivel óptimo de decisión, no obstante, debe dotarse de herramientas suficientes para hacer posible la integración de la información en la continuidad asistencial.

Fullaondo et al, asegura que las medidas de integración han favorecido un cambio objetivo en las organizaciones permitiendo el progreso hacia estructuras menos rígidas, humanizadas, con menos barreras y con mayor comunicación entre profesionales y los equipos de dirección.

El autor concluye que las medidas que favorecen la integración promueven auténticas redes colaborativas, de innovación y conocimiento, evitan las compartimentaciones y poseen la capacidad de abordar objetivos por un bien común y por la comunidad.

## B. Equidad y Accesibilidad.

En relación con la equidad y la accesibilidad, Marco-Ibáñez et al afirma que las medidas de integración y coordinación asistencial agilizan las listas de espera y, por lo tanto, mejoran la equidad al reducir las barreras hacia la atención especializada.

Izaguirre-Olaizola et al y Jiménez- Carrillo et al destacan que, a pesar de la agilización de la gestión de la asistencia derivada de las medidas de integración, en algunos casos, la falta de atención presencial ha podido afectar negativamente a la equidad asistencial.

Jiménez-Carrillo et al añade que los grupos más jóvenes han podido tener un uso más elevado del esperado, sugiriendo la posibilidad de sobreutilización por dicho grupo poblacional.

Fullaondo et al expone que las medidas de integración asistencial deben contemplar también una visión humanista teniendo presente las necesidades y capacidades del paciente para elegir entre atención presencial o a distancia según las circunstancias personales y económicas.

Molina-Mula et al objetiva la preferencia de los pacientes para realizar la recuperación o los tratamientos en el domicilio y valora positivamente la percepción que se tiene actualmente de los equipos de atención domiciliaria, así como el contacto de los respectivos con los niveles asistenciales, por lo que concluye que las medidas de integración deben contemplar todas las dimensiones asistenciales, incluido el propio domicilio del paciente.

## C. Prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Marco-Ibáñez et al, afirma que a través de las medidas que promueven la coordinación e integración, como es el caso de la interconsulta virtual, se objetivan mejoras en la seguridad del paciente, así como en la prevención de episodios de descompensación en pacientes con patologías crónicas complejas.

Por su parte, Aguiló et al defiende que la intervención del profesional de Atención Primaria es determinante en el caso

de los pacientes frágiles por lo que cualquier medida de coordinación debe contemplar dicha actuación.

El autor expone que las medidas de coordinación para la reducción del paciente en los servicios de urgencias previenen los efectos adversos derivados de la estancia hospitalaria como la sarcopenia, los trastornos de confusión o los tratamientos farmacológicos, todos ellos con un alto impacto en pacientes frágiles y de edad avanzada.

Izaguirre-Olaizola et al y Molina-Mula et al destacan que las nuevas iniciativas de coordinación e integración deben contar con la visión del paciente y con un rol activo que permita corresponsabilizarse del plan de tratamiento, la prevención de las complicaciones y el uso del sistema sanitario.

Por último, Molina-Mula et al reflexiona sobre el papel de los profesionales de enfermería y, en concreto, desde las posiciones de 'gestores de casos' como las figuras clave a desarrollar en las políticas de integración asistencial y en las estrategias de cronicidad por su conocimiento y su efectiva capacidad de visión transversal.

## D. Calidad Asistencial

Tres de las seis publicaciones seleccionadas se posicionan acerca del impacto en la calidad asistencial derivado de las medidas de integración y coordinación.

Marco-Ibáñez et al afirma que las iniciativas promueven una mejora en la calidad de las derivaciones (en un 67,8% de los encuestados) y que el formato virtual repercute de forma positiva en la calidad asistencial por la capacidad de influencia en la continuidad del seguimiento de los pacientes.

Jiménez- Carrillo et al e Izaguirre-Olaizola et al coinciden en que deben hacerse esfuerzos para implementar mejoras en las iniciativas de integración con formatos no presenciales y que éstas deben hacerse desde la perspectiva y el beneficio del paciente.

## E. Eficiencia y Sostenibilidad

La totalidad de los autores afirman que las iniciativas que promueven la integración se asocian con resultados de eficiencia al optimizar la organización de las visitas presenciales y evitar desplazamientos innecesarios para pacientes y profesionales.

Aguiló et al y Jiménez-Carrillo et al expresan que las iniciativas en integración asistencial reducen los desplazamientos y el tiempo de espera en urgencias hospitalarias, conllevan mejoras objetivables en la eficiencia, así como la promoción de la sostenibilidad del sistema sanitario.

Fullaondo et al destaca que las medidas de integración y coordinación promueven la sostenibilidad a través de la mejora en la automatización de tareas asistenciales de valor.

Molina-Mula et al afirma que, en el caso de los pacientes con patologías crónicas, las intervenciones mejoran la eficiencia gracias al propio modelo de atención a la cronicidad y las mejoras asociadas en la organización planteadas desde la visión de la coordinación y la integración.

## F. Satisfacción del paciente

La totalidad los autores coinciden en que las medidas orientadas hacia la integración mejoran de forma global la satisfacción del paciente.

Marco Ibáñez et al determina que la mejora se produce en términos de agilización de listas de espera y una atención centrada en el paciente respetando sus preferencias y mejorando la transparencia en la comunicación.

Aguiló et al y Jiménez Carrillo et al afirman que se respetan las preferencias individuales y mejora la continuidad asistencial.

Molina-Mula et al destaca la asistencia a domicilio como una actividad imprescindible para mejorar la satisfacción del paciente.

Sin embargo, Jiménez-Carrillo et al recuerda que las medidas de coordinación e integración podrían conllevar una mayor incidencia de reclamaciones e insatisfacción de los usuarios, si no se contemplan mejoras en la comunicación entre profesional-paciente.

El autor recuerda que, independientemente de los avances en la atención asistencial, debe existir un trato personal y personalizado sin olvidar el reto que supone en algunos casos la accesibilidad al sistema de los grupos más vulnerables.

Izaguirre-Olaizola et al y Molina-Mula et al destacan que las iniciativas de coordinación e integración deben contar con la visión del paciente y con un rol activo que permita responsabilizarse del plan de tratamiento, la prevención de las complicaciones y el uso del sistema sanitario.

Fullaondo et al. comenta que la información abierta y compartida es un factor imprescindible para la mejora de la atención desde la perspectiva de la coordinación y la integración.

## G. Resultados en salud (Tasa de mortalidad, Tasa de complicaciones, Calidad de vida)

Marco Ibáñez et al expresa que las iniciativas de coordinación e integración contribuyen a obtener la visión integral del paciente.

Aguiló et al destaca que la gestión integradora permite evitar efectos adversos derivados de la propia atención hospitalaria, así como los derivados de la estancia. Dichas iniciativas mejoran los resultados en salud debido al propio seguimiento y la prevención de enfermedades o descompensaciones en pacientes crónicos.

## 4.2. Revisión de los planes de salud y de las estrategias de cronicidad de las CC.AA.

### 4.2.1. Planes de salud y estrategias de cronicidad seleccionados

A continuación, se detallan los Planes de Salud y Estrategias de cronicidad seleccionados para el análisis por cada comunidad autónoma, así como aquellos no seleccionados (Tabla 10):

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLANES Y ESTRATEGIAS COMUNITARIAS	VIGENCIA
ANDALUCIA	- IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020) <sup>40</sup>	2020
	- Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. Estrategia de implementación (2016) <sup>41</sup>	2016
ARAGÓN	- Plan de Salud Aragón 2030 <sup>42</sup>	2030
	- Programa de atención a enfermos crónicos dependientes (2006-2009) <sup>43</sup>	2009
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	- Plan de Salud del Principado de Asturias (2019-2030) <sup>44</sup>	2030
	- Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias (2014) <sup>45</sup>	2014
BALEARES	- Plan Estratégico de Salud (2016-2020) <sup>46</sup>	2020
	Plan de atención a las Personas con enfermedades crónicas (2016-2021) <sup>47</sup>	2021
CANARIAS	- Plan de Salud de Canarias 2019-2024: salud en todas las políticas: mejorando los resultados en salud (informe de situación y proceso participativo) <sup>48</sup>	x
	- Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (2015) <sup>49</sup>	2015
CANTABRIA	- Plan de Salud de Cantabria 2014-2019 <sup>50</sup>	2019
	Plan de Cronicidad 2015-2019 <sup>51</sup>	2019
CASTILLA LA MANCHA	- Plan de Salud Castilla la Mancha Horizonte 2025 <sup>52</sup>	2025
	- Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial (2014-2017) <sup>53</sup>	2017
CASTILLA LEÓN	- IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020 <sup>54</sup>	2020
	- Proceso de atención a la persona con pluripatología crónica compleja (2020) <sup>55</sup>	x

<b>CATALUÑA</b>	- Pla de salut 2021-2025 <sup>56</sup> - Pla per a la integració de l'atenció a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) <sup>57</sup>	2025 2024
<b>COMUNIDAD DE MADRID</b>	- Plan de Actuación Madrid Salud 2024 <sup>58</sup> - Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022- 2025 <sup>59</sup>	x 2025
<b>COMUNIDAD VALENCIANA</b>	- V Plan de Salud 2022-2030 Comunitat Valenciana <sup>60</sup> - Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana 2014 <sup>61</sup>	2030 2014
<b>EXTREMADURA</b>	- Plan de Salud de Extremadura 2021-2028 <sup>62</sup> - Estrategia de Prevención y Atención a personas con enfermedades crónicas en Extremadura 2017-2022 <sup>63</sup>	2028 2022
<b>GALICIA</b>	- Estrategia Sergas 2020 <sup>64</sup> - Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad 2018 <sup>65</sup>	2020 2018
<b>LA RIOJA</b>	- IV Plan de Salud de La Rioja (2030) <sup>66</sup> - Estrategia de Atención al Paciente Crónico en la Rioja 2014 <sup>67</sup>	2030 2014
<b>MURCIA (REGIÓN DE)</b>	- Plan de Salud de 2010-2015 de la Región de Murcia <sup>68</sup> - Estrategia para la atención de la cronicidad 2013- 2015 <sup>69</sup>	2015 2015
<b>NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)</b>	- Plan de Salud de Navarra 2022-2025 <sup>70</sup> - Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. (2013) <sup>71</sup>	2025 2013
<b>PAÍS VASCO</b>	- Plan de Salud Euskadi 2030 <sup>72</sup> - Kronik ON Programa. Paciente Crónico Complejo. 2021-2024 <sup>73</sup>	2030 2024

Como referencia para la evaluación de los planes de salud se ha seleccionado la Estrategia del Salud Pública (2022)<sup>74</sup> del Ministerio de Sanidad y el Plan de Abordaje de la Cronicidad del Gobierno de España (2012)<sup>27</sup> cuya la evaluación se realizó en 2021.

La búsqueda por CC. AA ha objetivado que nueve de las quince CC. AA disponen de planes de salud vigentes en 2024 o posteriores al año 2021.

Las comunidades en las que se ha objetivado la disponibilidad de planes de salud, así como de estrategias de cronicidad cumpliendo con los criterios establecidos del marco temporal (vigentes en 2024 o inicio posterior a 2021) son Cataluña, País Vasco y Extremadura (Tabla 11).

Planes de salud comunitarios vigentes en 2024 o posteriores a 2021:	9 de 15 CC. AA (no se incluyen Madrid, ni Canarias)
Comunidades Autónomas con Planes de Cronicidad disponibles:	16 de 16 CC. AA (no se incluyen Madrid, ni Canarias)
Estrategias de cronicidad vigentes en 2024 o posteriores a 2021:	5 de 16 CC. AA (no se incluye Castilla y León)
Comunidades Autónomas con Planes de Salud y Estrategia de cronicidad vigentes en 2024 o posteriores a 2021:	3 de 15 CC. AA (Cataluña, Extremadura y País Vasco).
Planes o estrategias de cronicidad no incluidas:	Canarias (Plan de Salud) Castilla León (Estrategia de Cronicidad) Comunidad de Madrid (Plan de Salud)

Tabla 11. Planes y Estrategias: resumen de resultados de vigencia.

En el caso particular de la comunidad de Madrid, si bien dispone de un Plan de Actuación orientado a la salud, no puede analizarse de forma comparable con el resto de los planes de salud desarrollados en las CC. AA, motivo por el cual, no se valorará en conjunto con el resto de CC. AA excepto en un concepto en particular de integración que se detallará más adelante. Por otra parte, la Comunidad de Madrid, dispone de la estrategia de cronicidad vigente.

En el caso de Castilla y León dispone del “Proceso de atención a la persona con pluripatología crónica compleja (2020)”, no obstante, al no suponer un plan o estrategia como tal, no se tuvo en cuenta en la comparación con el resto de las comunidades.

En el caso de Canarias, el Plan de Salud se encuentra en condición de provisionalidad como informe de situación y proceso participativo aún pendiente de confirmación por lo que se desestimó para el análisis de resultados.

A pesar de que 16 de las CC. AA disponen de estrategias orientadas hacia la cronicidad, únicamente 5 de ellas son vigentes en 2024 o posteriores a 2021 (las correspondientes a Islas Baleares, Cataluña, Extremadura, País Vasco y Comunidad de Madrid).

El marco temporal de las estrategias de cronicidad no vigentes se inicia en 2009 (Aragón) y finaliza en 2019 (Cantabria).

Los planes de salud de las CC. AA de Aragón, Asturias, Valencia, La Rioja y País Vasco ofrecen un horizonte temporal hasta 2030.

## 4.2.2. Dimensiones de la integración asistencial de las Comunidades Autónomas según los planes de salud y estrategias de cronicidad

Según la estrategia de Sanidad del Gobierno de España, en el Plan de Salud Pública ESP2022 74, la integración asistencial se concibe como la mejora de la coordinación y la calidad asistencial, así como la garantía de una respuesta eficaz ante las emergencias y los riesgos para la salud de los ciudadanos subrayando la importancia de la integración asistencial sanitaria como la herramienta para reforzar la capacidad de anticipación, coordinación y reacción.

El concepto de integración asistencial se expresa en numerosas ocasiones, orientando el documento ESP 2022 hacia un proyecto de coordinación común con carácter integrador basado en las necesidades de salud y bienestar con un enfoque 'One Health'.

El documento desarrolla los ámbitos de actuación de la integración asistencial como una red de conocimiento y de aplicación de instrumentos tecnológicos estratégicos (pág.160), como la herramienta de monitorización de los sistemas de salud para la atención y prevención de patologías (pág.165), con especial interés en grupos poblacionales sensibles, como es el caso de la inmigración y los pacientes con patologías crónicas (págs. 68,117,152), remarca la necesidad de la integración estructural (pág.80) así como la coordinación entre niveles asistenciales, los diferentes sistemas de salud (págs. 7,84,145) y la presencia de la integración en los sistemas preventivos y de vigilancia de la salud (pág.110).

El Plan de Cronicidad del Ministerio de Sanidad<sup>27</sup>, desarrolla el concepto de integración asistencial desde el inicio, reforzando la idea de que es preciso una estratificación poblacional unida a la intervención integral, integrada y personalizada de las necesidades de los pacientes, priorizando la continuidad asistencial en las

condiciones de cronicidad y agilizando la gestión de los procesos estableciendo las estrategias más efectivas para su seguimiento.

Atendiendo a las líneas de actuación marcadas por el Plan de Salud y la Estrategia de Cronicidad del Ministerio de Sanidad, surgieron 10 dimensiones estratégicas mayoritarias en las se hacía referencia al concepto de Integración Asistencial (Tabla 12).

Las perspectivas mayormente desarrolladas en los planes y estrategias en relación con la integración asistencial resultaron ser la integración sociosanitaria, la integración de niveles asistenciales, la dimensión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (a partir de ahora TICs) y la integración de los equipos multidisciplinares (Tabla. 13).

La integración sociosanitaria fue mayormente desarrollada en las estrategias de cronicidad y en los documentos no vigentes.

Las siguientes comunidades desarrollaron perspectivas de integración sociosanitaria tanto en el plan de salud como en la estrategia de cronicidad: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Valencia, Murcia y País Vasco. Por lo que la mayor parte de las comunidades autónomas coinciden en la importancia de la integración social y sanitaria como la principal estrategia de integración asistencial.

La integración de niveles asistenciales fue nombrada en una proporción discretamente mayor por las estrategias de cronicidad no vigentes. Las siguientes comunidades desarrollaron el tema tanto en el plan de salud como en la estrategia de cronicidad: Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Valencia, Murcia, Navarra y País Vasco. La integración de niveles asistenciales supone la segunda medida de integración para la mayor parte de las CC. AA analizadas.

PRINCIPALES DIMENSIONES ESTRATÉGICAS DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL										
SECTOR SANITARIO Y SOCIAL	NIVELES ASISTENCIALES	TICS	EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES	ESTRUCTURA	'ONE HEALTH'	FARMACIA	PROCESOS ASISTENCIALES	SOSTENIBILIDAD	FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	
AND(PS)	AND(PS)	AND(PS)	AND(PS)	AND(PS)	CASTLEON(PS)	BAL(PS)	AND(PS)	BAL(PS)	CANTABRIA(EC)	
AND(EC)	AST(PS)	AST(PS)	AND(EC)	CANTABRIA(PS)	CAT(PS)	BAL(EC)	ARA(PS)	CASTLAM(PS)	CASTLAM(PS)	
ARA(PS)	AST(EC)	AST(EC)	ARA(PS)	CANTABRIA(EC)	MAD(PA)	CASTLAM(PS)	ARA(EC)	CASTLAM(EC)	CASTLAM(EC)	
ARA(EC)	BAL(PS)	CANARIAS(EC)	ARA(EC)	CASTLAM(EC)	NAV(PS)	CASTLAM(EC)	MAD(EC)			
AST(PS)	BAL(EC)	CASTLAM(PS)	AST(EC)	CASTLEON(PS)	VAL(PS)	CAT(EC)	EXT(EC)			
AST(EC)	CANARIAS(EC)	CASTLAM(EC)	BAL(PS)	CAT(PS)	PVASCO(PS)	PVASCO(EC)				
BAL(EC)	CANTABRIA(PS)	CAT(PS)	CANTABRIA(PS)	EXT(PS)						
CANARIAS(EC)	CANTABRIA(EC)	CAT(EC)	CANTABRIA(EC)	NAV(EC)						
CANTABRIA(PS)	CASTLAM(PS)	MAD(EC)	CAT(PS)	PVASCO(PS)						
CANTABRIA(EC)	CASTLAM(EC)	VAL(PS)	CAT(EC)							
CASTLAM(PS)	CAT(PS)	VAL(EC)	EXT(PS)							
CASTLAM(EC)	CAT(EC)	EXT(PS)	MUR(PS)							
CASTLEON(PS)	MAD(EC)	LARIOJA(EC)	MUR(EC)							
CAT(PS)	VAL(PS)	MUR(PS)	NAV(PS)							
CAT(EC)	VAL(EC)	MUR(EC)	PVASCO(PS)							
MAD(EC)	EXT(PS)	NAV(EC)	PVASCO(EC)							
VAL(PS)	LARIOJA(EC)	PVASCO(PS)								
VAL(EC)	MUR(PS)	PVASCO(EC)								
EXT(PS)	MUR(EC)	EXT(EC)								
LARIOJA(EC)	NAV(PS)	GAL(EC)								
MUR(PS)	NAV(EC)									
MUR(EC)	PVASCO(PS)									
NAV(PS)	PVASCO(EC)									
PVASCO(PS)	GAL(EC)									
PVASCO(EC)										
GAL(EC)										

Tabla 12. Principales dimensiones estratégicas de la integración asistencial. AND: Andalucía, ARA: Aragón, CASTLEON: Castilla León, CAT: Cataluña, MAD: Madrid, VAL: Valencia, NAV: Navarra, PVASCO: País Vasco, AST: Asturias, BAL: Baleares, CASTLAM: Castilla la Mancha, EXT: Extremadura, MUR: Murcia, GAL: Galicia, PS: Plan de Salud, EC: Estrategia de Cronicidad, PA: Plan de Actuación. En azul: las estrategias y planes vigentes o posteriores a 2021 incluido. No se incluyen, Galicia (PS) y La Rioja (PS) por no disponer del concepto de integración suficientemente desarrollado en los documentos analizados, atendiendo a los criterios del análisis.

La integración de TICS fue nombrada en una frecuencia mayor en las estrategias de cronicidad y documentos vigentes. Las siguientes comunidades desarrollaron el tema tanto en el plan de salud como en la estrategia de cronicidad: Asturias, Castilla La Mancha, Cataluña, Valencia, Extremadura, Murcia, País Vasco. La integración de las TICs resultó ser la tercera perspectiva de integración en este caso, aplicada a las estrategias de cronicidad.

PRINCIPALES DIMENSIONES DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL					
Dimensión	Vigencia		Plan/Estrategia		Frecuencia total
	V	No V	PS	EC	
Social y Sanitaria	11 (42%)	15 (58%)	11 (42%)	15 (58%)	26
Niveles asistenciales	11(46%)	13 (54%)	11 (46%)	13 (54%)	24
TICs	11 (55%)	9 (45%)	8 (40%)	12 (60%)	20
Equipos de multidisciplinares	7 (44%)	9 (56%)	9 (56%)	7 (44%)	16
Estructural	3 (33%)	6 (66%)	5 (55%)	4 (44%)	9
Perspectiva 'One Health' (Planes de Salud)	5 (83%)	1 (17%)	6 (100%)	0 (0%)	6
Farmacia	3 (50%)	3 (50%)	2 (33%)	4 (66%)	6
Procesos asistenciales	3 (60%)	2 (40%)	2 (40%)	3 (60%)	5
Sostenibilidad y eficiencia	1 (33%)	2 (66%)	2 (66%)	1 (33%)	3
Formación e investigación	1 (33%)	2 (66%)	1 (33%)	2 (66%)	3

Tabla 13

Tabla 13.

Tabla de frecuencias de las principales dimensiones de la Integración Asistencial de los Planes de Salud y las Estrategias de Cronicidad de las CC. AA. V: Vigente, No V: No vigente, PS: plan de salud EC: estrategia de cronicidad. La frecuencia total es la suma de las frecuencias por categorías correspondientes a las estrategias vigentes (V) y las no vigentes (No V) o la suma de las frecuencias correspondientes a los planes de salud (PS) y las estrategias de cronicidad (EC), es decir, Frecuencia total = (V + No V) o (PS+EC).

La integración de los equipos multidisciplinares fue nombrada con mayor frecuencia en planes de salud y en documentos no vigentes. Las siguientes comunidades inciden en la perspectiva tanto en planes de salud como en las estrategias de cronicidad: Andalucía, Aragón, Cantabria, Cataluña, Murcia y País Vasco. La integración de equipos multidisciplinares supone la cuarta perspectiva de integración mayor desarrollada, en este caso, de forma mayoritaria a través de los planes de salud.

Nueve CC. AA plantean la integración vertical y estructural en los planes y estrategias, más frecuentemente en planes de salud no vigentes. La Comunidad de Cantabria la plantea tanto en el plan de salud como en la estrategia de cronicidad.

La integración en servicios de Farmacia se cita en cuatro CC. AA y de forma mayoritaria en estrategias de cronicidad, coinciden Baleares y Castilla La Mancha al nombrarla en ambos planes de salud y estrategias de cronicidad.

Las dimensiones de integración menos citadas fueron los procesos asistenciales, la sostenibilidad y la formación de los profesionales e investigación.

La integración aplicada a los procesos asistenciales se nombra en cuatro CC. AA, de forma mayoritaria en estrategias de cronicidad no vigentes y la comunidad de Aragón la incluye en el plan de la salud y la estrategia de cronicidad.

El concepto de sostenibilidad y eficiencia desde la perspectiva de la integración se nombra únicamente en dos CC. AA, en este caso Baleares y Castilla La Mancha. Castilla la Mancha la incluye en el plan de salud y la estrategia de cronicidad.

La dimensión de formación e investigación se cita en dos comunidades, y, una vez más, Castilla La Mancha la recuerda en el plan de salud y la estrategia de cronicidad.

Las comunidades de Cataluña, Extremadura y País Vasco, comunidades con planes de salud y estrategias vigentes según los criterios del estudio, coinciden en las dimensiones de la integración social y sanitaria, los niveles asistenciales, las TICS, los equipos multidisciplinares y la integración estructural (en los planes de salud), lo que refuerza la relevancia de las perspectivas.

En el caso de las comunidades de Galicia (Plan de Salud) y La Rioja (Plan de Salud), no cuentan con un concepto de Integración Asistencial suficientemente desarrollado, según los criterios establecidos por el análisis; por ello no se han incluido en el análisis de las dimensiones empleadas en la integración.

En el caso de Galicia, si bien el Plan de Salud menciona la voluntad de integración asistencial en trayectorias ambulatorias, en atención continuada, en determinados procesos asistenciales y en la historia clínica compartida, la mención es breve en forma de líneas de acción.

En el caso de la Rioja, a pesar de que el plan de salud está orientado desde una visión 2030 y 'One Health', no trata en profundidad el concepto de integración, sin embargo, desarrolla notablemente la coordinación entre niveles asistenciales y en la atención del paciente crónico complejo.

El análisis de la perspectiva de la integración desde la filosofía 'One Health' se ha sido considerado en el presente estudio debido a que supone un concepto muy actual a partir del cual se vehiculizan las estrategias en Salud Pública.

El concepto ‘One Health’ promueve la colaboración interdisciplinaria y conjunta de los ámbitos de la salud humana, animal y ambiental, entre otras disciplinas, para responder a las demandas de la salud pública a escala mundial desde un lenguaje común. De esta manera, las estrategias que plantean la filosofía de ‘One Health’ suponen un termómetro de la visión integradora global de las políticas sanitarias y los enfoques interdisciplinario y colaborativo <sup>75,76</sup>.

El modelo de gobernanza basado en el ‘One Health’, analizado en la comparativa de las comunidades autónomas, supone una de las fórmulas que posibilita la creación de redes institucionales implicadas en promover la cooperación necesaria para conseguir el cambio de modelo y la integración entre instituciones <sup>75,76</sup>.

El análisis realizado, identifica el concepto de ‘One Health’ en 6 planes de salud y de, forma mayoritaria, en aquellas CC. AA con planes de salud vigentes o posteriores a 2021 (Castila León, Cataluña, Madrid, Navarra, Valencia y País Vasco).

# 5. Discusión

## 5.1. Líneas estratégicas de los modelos de integración asistencial

### 5.1.1. Integración social y sanitaria

Según los resultados del análisis comparativo, la integración social y sanitaria es actualmente la perspectiva desarrollada en mayor medida por las comunidades a través de los planes de salud y estrategias de cronicidad.

No es extraño que la mayor parte de las CC. AA coincidan en resaltar la importancia de la integración sociosanitaria para responder a las prioridades actuales y los retos de los próximos años como es el caso del envejecimiento poblacional y el aumento asociado de las patologías crónicas, la dependencia y la fragilidad.

De hecho, supone uno de los retos mencionados en el documento de evaluación de la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad<sup>77</sup>.

En el documento publicado en 2021, se exponen las principales líneas de acción entre las que se destacan en primer lugar la Historia Clínica electrónica compartida, la Atención coordinada social y sanitaria y, asimismo, el fomento del trabajo en equipo multidisciplinar<sup>77</sup>. Todas ellas temáticas coincidentes con las dimensiones estratégicas de las CC. AA.

Las ventajas de la integración social y sanitaria suponen una mayor capacidad de respuesta a las necesidades sociosanitarias de los pacientes, mejoras en la accesibilidad,

la continuidad asistencial y la sostenibilidad de los recursos, así como una mejora en la comunicación entre áreas asistenciales para abordar la esfera social y la sanitaria a través de una atención integral<sup>77</sup>.

Las CC. AA que históricamente han tenido mayor presencia en iniciativas relacionadas con la integración social y sanitaria han sido Andalucía, Cataluña y País Vasco.

En el caso de Andalucía, se aprobó el 30 de abril de 2024 en el Consejo de Gobierno la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027 (BOJA de 6 mayo de 2024) , dotada con 26,5 millones de euros y con un apoyo firme a la integración y con el objetivo de armonizar las actuaciones por parte de las administraciones y las organizaciones sociosanitarias

La iniciativa de integración social y sanitaria en Cataluña se remonta al año 1986 con el inicio del programa ‘Vida als anys’, promovido por el Departament de Salut y orientado a personas con patologías crónicas, y fragilidad.

Actualmente Cataluña dispone de experiencia y solidez en el modelo lo que le ha permitido apostar de forma clara y estratégica durante los últimos años, difundiendo los planes de despliegue, el resultado de las experiencias y los modelos de evaluación.

Todo ello ha conllevado que el Govern de Catalunya apruebe el proyecto de ley de la Agencia Integrada Social y Sanitaria (AGAISS9 en enero de 2024 para su futura aprobación en el Parlament de Catalunya.

El caso del País Vasco cuenta con una Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi propia promovida a través del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria en la que formula actuaciones estratégicas de implementación para reforzar la capacidad de actuación de los agentes y que se ha materializado en varias iniciativas de integración sociosanitaria durante estos últimos años.

En algunos casos, los intentos de impulsar e implementar iniciativas de integración se han visto arrastrados por la falta de estabilidad política y otros contratiempos como los recambios rápidos y continuados en los equipos de toma de decisión, así como la falta de recursos, lo que ha impactado de forma directa en las organizaciones y el bloqueo de las correspondientes planificaciones <sup>78,79</sup>.

El compromiso político con los modelos de integración social y sanitario debe ser fuerte y facilitador, que defienda la integración como una prioridad funcional y efectiva para la gobernanza del país y la sostenibilidad del sistema, con capacidad para contagiar a los profesionales y para movilizar los recursos necesarios de principio a fin, desde las políticas hasta la evaluación de los resultados.

La importancia de los determinantes sociales en el estado de salud poblacional es indiscutible, por ello, la integración sociosanitaria debe fomentar la participación de la ciudadanía y de los principales agentes representativos en la toma de decisión para una mejora continua del sistema y para responder a las expectativas de pacientes y cuidadores <sup>78,79</sup>.

El paciente debe pasar a ser un agente del cambio más del sistema sanitario, corresponsabilizándose de las decisiones y el seguimiento mediante la participación, la educación y la implicación en el proceso asistencial, siendo consciente de los recursos disponibles.

La capacidad de avanzar por la mejora de la experiencia del paciente se traducirá en avances en el cumplimiento y seguimiento, incrementando el conocimiento del sistema sanitario, facilitando la personalización y la humanización de la asistencia, generando equidad y cohesión social <sup>78-80</sup>.

## 5.1.2. Integración de niveles asistenciales

La integración de los niveles asistenciales supone la segunda medida de integración para la mayor parte de las CC. AA analizadas.

Según recientes publicaciones, las organizaciones sanitarias optan por los modelos de integración vertical o entre varios niveles asistenciales debido a los factores externos como es el caso del área de influencia y las formas de pago <sup>10, 14, 17, 19, 23</sup>.

Como resultado de ello, las organizaciones obtienen un mayor desempeño, mejoras en eficiencia y en la continuidad asistencial <sup>17, 19, 23</sup>.

Varias publicaciones recuerdan que, para una implementación exitosa de la integración entre niveles asistenciales, los mecanismos de comunicación y organización de los equipos y profesionales deben ser prioritarios y participativos <sup>10, 17, 19</sup>.

De hecho, en la revisión sistemática, se confirma que la coordinación entre niveles asistenciales debe ir acompañada de una estrategia que defina los perfiles y las funciones y evite los desequilibrios de poder y de información entre los equipos <sup>34-39</sup>.

Para responder a la necesidad de integración entre niveles asistenciales, durante los últimos años, se han implementado varias estrategias en los territorios como es el caso de guías de práctica clínica compartidas, planes globales de calidad, programas de gestión compartidos, seguimiento mediante cuadros de mando integrales y otros instrumentos <sup>23, 25, 78, 79</sup>.

En el informe de seguimiento de la Estrategia para el Abordaje de Cronicidad del SNS <sup>77</sup> la coordinación entre niveles asistenciales se reitera en numerosas ocasiones como medio para garantizar la continuidad asistencial.

Los equipos multidisciplinares, la potenciación de la Atención Primaria y, de forma especialmente reiterada, la integración de las TICS con información compartida, son dimensiones en las que la coordinación de los niveles asistenciales cobra especial protagonismo.

### 5.1.3. Integración de tecnologías de la información y la comunicación

Tal y como se ha mencionado en varios momentos del documento, la información compartida e integrada es determinante para la planificación y la efectividad de las medidas de integración asistencial.

El informe de seguimiento de la Estrategia para el Abordaje de Cronicidad del SNS<sup>77</sup>, destaca el uso compartido de la historia clínica y la comunicación de la información en prácticamente la totalidad de las CC. AA (pág. 48).

En el documento del 2022 del Observatorio de la Atención al Paciente<sup>81</sup>, la transformación digital del sistema sanitario ha pasado a ser la primera línea de acción contemplada por las CC. AA en relación con el abordaje de la cronicidad.

En este caso, la afirmación coincide con el análisis comparativo realizado entre las CC. AA, según el cual se objetiva que una mayoría de estrategias vigentes apoyan la integración de las TICs y supone la tercera perspectiva mayormente desarrollada.

Tal y como resuelve la revisión sistemática, la brecha digital es un reto que deberá plantearse en la mejora de la coordinación y la continuidad asistencial, así como en la equidad y la accesibilidad de las medidas de integración asistencial.

Por lo tanto, parece lógico que suponga un área determinante a desarrollar en los próximos años mediante mejoras en la transformación digital del sistema, en ámbitos como la accesibilidad e intercambio de información, la incorporación a la gestión y el uso efectivo de las herramientas de comunicación entre profesionales y el paciente.

Según el documento publicado por FENIN en 2020, las CC. AA presentaban un bajo índice de transformación digital, con una alta variabilidad y madurez en la adopción de las nuevas tecnologías. El índice de madurez más elevado lo presentaron las infraestructuras en primer lugar, y los profesionales, en segundo lugar. La herramienta más extendida y desarrollada era la historia clínica compartida y la prescripción electrónica<sup>82</sup>.

Barreras como la falta de adaptación a las necesidades propias de los profesionales, la pérdida de fiabilidad, los incidentes de interoperabilidad o la falta de tiempo para dedicarse a la introducción de datos deben tomarse en consideración para mejorar la implementación de las TICS en los sistemas asistenciales.

Por ello, impulsar la formación de las habilidades digitales de profesionales y pacientes, así como la incorporación de nuevos perfiles con visión de procesos y experiencia en integración vertical de los sistemas son acciones imprescindibles para superar las barreras existentes con la tecnología<sup>81,82</sup>.

### 5.1.4. Integración de equipos multidisciplinares

Tal y como se ha orientado en la revisión sistemática y en el análisis de los planes y estrategias comunitarias, el papel de los equipos de los profesionales es una medida esencial para el éxito de la integración asistencial, tal y como se determina en las conclusiones de la revisión sistemática.

Según lo anteriormente comentado, es evidente que la integración de los equipos multidisciplinares represente la cuarta perspectiva de integración mayormente desarrollada según el análisis comparativo.

El documento de evaluación de la Estrategia de Abordaje de la cronicidad del SNS<sup>77</sup>, se reafirma en que el fomento del trabajo en equipo y la corresponsabilidad de los profesionales forma parte de una de las principales líneas de acción a desarrollar durante los próximos años y destaca el papel de los equipos de Atención Primaria como garantes de

la continuidad asistencial (pag.57) y la necesidad de equipos interdisciplinarios para la atención de paciente crónicos complejos (pag.81).

Los expertos señalan que el modelo de gobernanza territorial y el liderazgo ejercido de los profesionales en las diferentes instituciones determina que las iniciativas consigan una implementación exitosa, con el apoyo añadido de las administraciones para que éstas defiendan las iniciativas de integración asistencial como auténticas herramientas de transformación del sistema y faciliten el ecosistema de prácticas colaborativas entre las organizaciones<sup>4,8,10,14,17</sup>.

Las políticas de integración de equipos se han basado en promover prácticas colaborativas y evitar los temidos desequilibrios de poder, concienciando que todos los niveles asistenciales son esenciales para los resultados en salud y promoviendo un liderazgo innovador<sup>10,14,17</sup>.

Las experiencias de integración de los últimos años han dado lugar a profesionales con nuevos roles y equipos multidisciplinares con una cultura de trabajo fuertemente transversal (puestos de enlace, equipos de seguimiento y gerencias integradas). En estos casos, los profesionales refieren que para un entendimiento mutuo procuran tomar decisiones de forma consensuada, comparten objetivos realistas, así como, un mensaje común<sup>24,25</sup>.

Otro ejemplo de transformación del sistema es la actual reconsideración de los organigramas de las instituciones hacia estructuras planas que promuevan la gestión transversal de las estrategias de integración<sup>24,25,83</sup>.

## 5.2. La integración asistencial en las Comunidades Autónomas

La estructura sanitaria española, condicionada por la descentralización de la atención sanitaria (Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986) y la consecuente presencia de 17 sistemas sanitarios con diferentes planteamientos, que delega las competencias de sanidad a los gobiernos de cada comunidad, ha conducido a la adaptación y el desarrollo de la actividad a las necesidades poblacionales para afrontar

nuevas perspectivas de gestión y de planificación para responder a los cambios demográficos y de Salud Pública.

Por lo tanto, es esencial que cada comunidad disponga de su propia estrategia sanitaria dado que son las comunidades las responsables de elaborar y adaptar el modelo nacional a las necesidades y prioridades del territorio.

Es remarkable que únicamente tres CC. AA dispongan de planes de salud y estrategias de cronicidad vigentes en 2024 (Cataluña, Extremadura y País Vasco), considerando el cambio de paradigma que supuso la pandemia COVID19 en los sistemas sanitarios.

Algunos autores afirman que, si la Estrategia Nacional de Cronicidad estuviera actualizada, impulsaría la actualización y ayudaría en las directrices a nivel de las comunidades<sup>83,84</sup>.

No es casualidad que, tras el análisis comparativo, se hayan objetivado coincidencias en los planteamientos de la integración asistencial de las CC. AA y que, asimismo, las dimensiones predominantes hayan coincidido con la integración del ámbito sociosanitario, de los niveles asistenciales, las TICs y los equipos multidisciplinares.

Todas ellas suponen perspectivas fundamentales en la atención asistencial y cobran especial relevancia en el caso de las enfermedades crónicas al estar condicionadas por la continuidad y la actuación de varios niveles asistenciales.

Si bien las estrategias de cronicidad han resultado variables en forma y planteamiento entre las comunidades, las líneas prioritarias coinciden con la estrategia nacional de cronicidad en la que se destaca la disponibilidad de una historia clínica electrónica compartida, la atención coordinada social y sanitaria, el impulso del trabajo en equipo de forma transversal, la participación y protagonismo del paciente en el proceso de decisión y, por otro lado, la promoción de una cultura evaluativa, mediante objetivos conocidos por los equipos<sup>77</sup>.

Los retos identificados en la revisión sistemática (mejoras en la comunicación de los equipos, el papel de Atención Primaria y aumentar participación del paciente y

cuidadores), también coinciden con las líneas prioritarias de la estrategia de cronicidad.

En relación con las dimensiones menos citadas, en este caso, la integración estructural, la farmacia integrada, la sostenibilidad y la formación e investigación, son todas ellas perspectivas derivadas de las realidades de los territorios.

La actual estrategia de la Farmacia Hospitalaria Integrada, la formación e investigación orientada a la experiencia derivada de la integración asistencial y las recientes publicaciones sobre la sostenibilidad asociada a las experiencias en integración, son sólo unos ejemplos y suponen la característica que marca la diferencia entre comunidades<sup>84</sup>.

No obstante, en una realidad en la que la provisión de servicios sanitarios se presenta en un entorno dominado por la fragmentación de proveedores, es complejo conocer de forma objetiva el estado de las estrategias de salud de las CC. AA y el seguimiento o el resultado de la implementación.

Según el informe del proyecto AMPHOS, la implementación de la integración en España refleja diferencias evidentes en forma de ‘techos de cristal’ y actualmente se encuentra en un nivel medio-bajo objetivando diferencias evidentes “en la tipología, alcance, características y nivel de desarrollo de las iniciativas entre CC. AA, incluso dentro en las propias comunidades<sup>85</sup>.”

Mientras unas comunidades comparten las iniciativas y los resultados de integración asistencial, otras que también han llevado a cabo iniciativas interesantes, han tenido una escasa o nula difusión en los medios, lo que promueve el desconocimiento de la situación de algunos territorios en relación con las estrategias, el alcance, el despliegue o las dificultades que se han podido presentar.

Deben realizarse esfuerzos para comunicar y compartir los avances de las experiencias de forma transparente tanto a nivel de los territorios como a nivel nacional, así como los valiosos resultados con los pacientes y los profesionales.

Ello evitaría las posibles barreras de las iniciativas en un entorno desigual y con varios ritmos en relación con la integración asistencial.

A través del desarrollo del ‘benchmarking’ entre territorios de las iniciativas de integración asistencial, es posible compartir las diversas fórmulas del abordaje de la integración y por lo tanto, las estrategias deben formularse desde la coordinación y la evaluación continua con el resto de los agentes, aprendiendo a cada paso y sistematizando la evolución con el resto de los territorios.

La evaluación requiere esfuerzos para que, desde los territorios y los niveles asistenciales, se entienda la importancia y se trabaje por una sincronización en los indicadores y los objetivos.

Por este motivo, se debe avanzar hacia un consenso y una validación sistemática de cada territorio con transparencia y desde una visión constructiva.

Trabajar por el seguimiento y la evaluación rigurosa de los resultados de los planes y estrategias, es avanzar por la sostenibilidad y la eficiencia del sistema sanitario, así como por la rendición de cuentas de las políticas sanitarias para impulsar estrategias de valor.

Por otro lado, la financiación y la contratación son elementos determinantes y con un impacto significativo en la continuidad, la variabilidad y la temporalidad de las iniciativas asistenciales<sup>83,84</sup>.

Las particularidades de los territorios, la capacidad de enfoque y alcance, así como el contexto social, económico y político, inducen a una gran variedad de escenarios posibles en términos de integración asistencial<sup>81,83,84</sup>.

A pesar de que se han planteado fórmulas innovadoras de contratación que favorecen el modelo de atención integrada, es preciso la aprobación de una evaluación específica del coste-efectividad que las acredite y permita la comparación entre territorios.

La financiación compartida entre los sistemas social y sanitario mediante presupuestos compartidos ('pooling budget') y la combinación de modelos dirigidos a la contratación y la compra, debe considerarse como una de las opciones con más posibilidades de conseguir' el equilibrio financiero en términos de dotación de recursos (financieros, humanos y materiales) y su posterior seguimiento y evaluación, teniendo en consideración las experiencias internacionales y los resultados favorables en equidad, cohesión social y buenas prácticas <sup>79,80,86</sup>.

En definitiva, es un momento crucial para conseguir el impulso y la transformación de los sistemas sanitarios favoreciendo la integración asistencial como enfoque para responder a las demandas de la sociedad, afrontar los retos presentes y futuros contemplando la sostenibilidad del sistema y evitando la fragmentación de los niveles asistenciales.

## 6. Limitaciones del estudio

- La selección de las publicaciones de la revisión sistemática ha sido reducida debido a la probable variabilidad que sigue existiendo en la actualidad con el concepto de integración asistencial. Para futuras revisiones del tema se propone establecer una metodología de búsqueda alternativa que confirme la evidencia actualizada y demuestre el grado de implementación de las prácticas basadas en la integración asistencial de los territorios objetivando los beneficios y los puntos de mejora.
- Los planes y estrategias no incluidos en el estudio suponen una limitación en el análisis de la visión global de las CC.AA.
- La sistemática de análisis de concepto de integración asistencial en los planes y estrategias de las comunidades se ha realizado de forma manual y por una única persona, a partir de la evidencia publicada. A pesar de que es imprescindible una primera aproximación de forma cualitativa con el objetivo de determinar las unidades de análisis más convenientes según la perspectiva de estudio, para futuros análisis, se recomienda el uso de programas informáticos que permitan la correspondiente codificación de datos sistematizada, el análisis de frecuencias y las correlaciones de los resultados.

## 7. Conclusiones

- El presente estudio procura analizar el modo en que se entiende y se plantea la integración asistencial a través de las estrategias de salud de las CC. AA y, asimismo, valorar los factores coincidentes en relación con los ámbitos de aplicación de la integración asistencial en los territorios.
- La revisión sistemática objetiva que las ventajas de la integración asistencial están relacionadas con la mejora en la coordinación y la continuidad asistencial, la equidad y la agilización del acceso, la sostenibilidad, así como en la satisfacción del paciente y los resultados en salud.
- Las dimensiones coincidentes y mayoritarias de integración asistencial en los planes y estrategias de cronicidad de las CC. AA son las siguientes: integración sociosanitaria, integración de niveles asistenciales, TICs integradas y la gestión de los equipos multidisciplinares.
- Los resultados confirman que existe una gran variedad de modelos de integración asistencial adaptados a la realidad y a las necesidades de los territorios. No obstante, se objetivan diferencias en relación con las garantías de continuidad, la disponibilidad del estado actual y los resultados de las iniciativas.

## 8. Bibliografía

1. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q.* 1999;77(1):77-110, iv-v. doi: 10.1111/1468-0009.00125. PMID: 10197028; PMCID: PMC2751110. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10197028/>
2. Kodner DL. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health Soc Care Community.* 2006;14(5):384-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16918830/>
3. Kodner, D. Spreeuwenberg, C.: Integrated care: meaning, logic, applications, and implications— a discussion paper. *IJIC.* 2002; 2: 1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>
4. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research.* 2018 Dec;18(1):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29747651/>
5. Mate, K. S. & Compton-Phillips, A. L. The Antidote to Fragmented Health Care. *Harvard Business Review* (2014). Disponible en: <https://hbr.org/2014/12/the-antidote-to-fragmented-health-care>
6. Singer SJ, Burgers J, Friedberg M, Rosenthal MB, Leape L, Schneider E. Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Med Care Res Rev.* 2011 Feb;68(1):112-27. doi: 10.1177/1077558710371485. Epub 2010 Jun 16. PMID: 20555018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20555018/>
7. Gröne O, García-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care* [serial online] 2001 Jun;1:1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16896400/>
8. Dois, A, Bravo, P, Soto, Gabriela. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. *Rev. méd. Chile.* 2017, vol.145, pp. 879-887. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000700879&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000700879&lng=es&nrm=iso)
9. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/245856177\\_Defusing\\_the\\_Confusion\\_Concepts\\_and\\_Measures\\_of\\_Continuity\\_of\\_Health\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care)
10. Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gaceta Sanitaria* 2009, Vol 23, Issue 4 Jul Aug 2009, Pag. 280-286. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391108000034>
11. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, Mc-Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2002;327:1219-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14630762/>
12. Terraza Núñez Rebeca, Vargas Lorenzo Ingrid, Vázquez Navarrete María Luisa. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* [Internet]. 2006 Dic; 20(6): 485-495. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-911200600600012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-911200600600012&lng=es).
13. Ovretveit J. *Purchasing for health.* Buckingham: Open University Press; 1995.
14. Martínez Pillado, Said Criado, I, Regueiro Martínez, A. 'Atención Sanitaria Integrada: propuesta para una mejora efectiva'. *Cuadernos de Gestión Sanitaria*, núm.6 pp.9. 2019. Fundación Gaspar Casal. ISBN: 978-84-09-10860-2. Disponible en: <https://fundaciongasparcasal.org/wp-content/uploads/2021/01/cuadernos-gestion-sanitaria-numero-6-atencion-sanitaria-integrada-propuestas-para-una-mejora-efectiva.pdf>
15. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública.* 2005; 79:633-43. Disponible

- en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000600003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600003)
16. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International journal for quality in health care*. 2005;17(2):141-6. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/17/2/141/1794384?login=false>
  17. Bayona García.M, López-Pardo Pardo.E, Merino Hernández. M. Modelos de atención integrada en España. Identificación de factores clave de éxito para su implementación. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), 2019. ISBN: 978-84-09-26336-3. Disponible en: [https://www.sedap.es/wp-content/uploads/2020/12/modelosai\\_sedap-091220.pdf](https://www.sedap.es/wp-content/uploads/2020/12/modelosai_sedap-091220.pdf)
  18. Mounier-Jack S, Mayhew SH, Mays N. Integrated care: learning between high-income, and low- and middle-income country health systems. *Health Policy Plan*. 2017 Nov 1;32(suppl\_4): iv6-iv12. doi: 10.1093/heapol/czx039. PMID: 29194541; PMCID: PMC5886259. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29194541/>
  19. Terraza R. Coordinación y Continuidad: un marco para el análisis. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2004 Catálogo de publicaciones Consorci de Salut i Social de Catalunya [Internet]. Disponible en: [http://www.consorci.org/coneixement/es\\_cataleg-de-publicacions/34/terraza-r-coordinacion-y-continuidad-un-marco-para-el-analisis-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2004](http://www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/34/terraza-r-coordinacion-y-continuidad-un-marco-para-el-analisis-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2004)
  20. Shortell, S., Gillies, R. & Anderson, D. (1994). The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs*, 13(5): 46-64.
  21. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Nolte, Ellen & Pitchforth, Emma. (□2014)□. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/332002>
  22. Grail. D, Fountaine.T, McKenna.S, Suresh. B. The evidence for integrated care Healthcare Practice. March Ed. McKinsey 2015. Disponible en: <https://www.mckinsey.com/~/media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/The%20evidence%20for%20integrated%20care/The%20evidence%20for%20integrated%20care.ashx>
  23. Heyeres. M, McCalman.J, Tsey.K, Kinchin, I. The complexity of health service integration: A review of reviews. *Front Public Health*, 4 (2016), pp. 223. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2016.00223>
  24. González-Ortiz, LG, et al. The Core Dimensions of Integrated Care: A Literature Review to Support the Development of a Comprehensive Framework for Implementing Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(3): 10, 1–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220893/>
  25. Nuño-Solinís R. Advancing Towards Value-Based Integrated Care for Individuals and Populations. *Int J Integr Care*. 2019 Dec 4;19(4):8. doi: 10.5334/ijic.5450. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6896840/>
  26. Ollero O, Orozco D, Rico D. "Declaracion de Sevilla" National Conference for Care in Patient with Chronic Diseases. *Revista Clínica Española* 211(11):604-606, December 201121(11):604-606. DOI:10.1016/j.rce.2011.09.007. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
  27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud 2012. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/home.htm>
  28. Page. M, McKenzie. J, Bossuyt. M. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, Volume 74, Issue 9,2021, Pages 790-799. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-declaracion-prisma-2020-una-guia-articulo-S0300893221002748>.
  29. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097. Disponible en: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).
  30. Bardin L. Análisis de contenido. 2a Edición. Madrid: Ediciones Akal; 1996. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqllEQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
  31. Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). Informe C: Envejecimiento y bienestar. (2023) [www.doi.org/10.57952/q3ze-2c39](http://www.doi.org/10.57952/q3ze-2c39). Disponible en: <https://oficinac.es/es/informes-c/envejecimiento#citar>
  32. Organización Mundial de la Salud. 10 facts on ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>.
  33. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc\\_FragilidadyCaidas\\_personamayor.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf)
  34. Marco Ibáñez A, Aguilar Palacio I, Aibar Remón C. Evaluación de la interconsulta virtual por los profesionales de atención primaria: dimensiones de la calidad y oportunidades de

- mejora [Evaluation of virtual consultation by primary care professionals: quality dimensions and opportunities for improvement]. *Aten Primaria*. 2024 Apr;56(4):102818. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102818. Epub 2023 Dec 2. PMID: 38043173; PMCID: PMC10703594. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38043173/>
35. Aguiló S, Osorio G, Comas Díaz B, López-Laguna N, González Del Castillo J, Montero Pérez FJ, Miró Ó; en representación de la red SIESTA. Importancia de la consulta ambulatoria previa a la visita a las urgencias hospitalarias en pacientes mayores: impacto sobre resultados de hospitalización [Importance of outpatient medical consultation prior to going to the hospital emergency department in patients over 65 years of age: Impact on hospitalization results]. *Aten Primaria*. 2023 Oct;55(10):102701. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102701. Epub 2023 Jul 18. PMID: 37467678; PMCID: PMC10372549. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37467678/>
36. Jiménez-Carrillo M, González-Rábago Y, González Miguel R, Baza Bueno M. De la consulta presencial a la teleconsulta: experiencias de profesionales de atención primaria del País Vasco durante la pandemia [From face-to-face consultation to teleconsultation: Primary health care professionals' experiences in the Basque Country during the pandemic]. *Aten Primaria*. 2023 Oct;55(10):102702. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102702. Epub 2023 Jul 10. PMID: 37437478; PMCID: PMC10345852. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37437478/>
37. Izagirre-Olaizola J, Hernando-Saratxaga G, Aguirre-García MS. Integration of health care in the Basque Country during COVID-19: the importance of an integrated care management approach in times of emergency. *Prim Health Care Res Dev*. 2021 Aug 11;22:e39. doi: 10.1017/S146342362100044X. PMID: 34376273; PMCID: PMC8365390. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34376273/>
38. Fullaondo A, Erreguerena I, Keenoy EM. Transforming health care systems towards high-performance organizations: qualitative study based on learning from COVID-19 pandemic in the Basque Country (Spain). *BMC Health Serv Res*. 2024 Mar 21;24(1):364. doi: 10.1186/s12913-024-10810-w. PMID: 38515068; PMCID: PMC10958960. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38515068/>
39. Molina-Mula J, Miguélez-Chamorro A, Taltavull-Aparicio JM, Miralles-Xamena J, Ortego-Mate MDC. Quality of Life and Dependence Degree of Chronic Patients in a Chronicity Care Model. *Healthcare (Basel)*. 2020 Aug 24;8(3):293. doi: 10.3390/healthcare8030293. PMID: 32846995; PMCID: PMC7551615. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32846995/>
40. Junta de Andalucía. Consejería de Salud de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. 2012-2016,. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af06533c7e30\\_PIEC.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533c7e30_PIEC.pdf)
41. Junta de Andalucía. Consejería de Salud de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. 2012-2016,. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af06533c7e30\\_PIEC.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533c7e30_PIEC.pdf)
42. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Plan de Salud de Aragón 2030. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/plan-de-salud-de-aragon-2030>
43. Gobierno de Aragón. Departament de Salut y Consumo. Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cronicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-cc72-16fe-d7c5017c6795>
44. Gobierno del Principado de Asturias. Observatorio de Salud de Asturias Plan de Salud del Principado de Asturias. Poblaciones Sanas, personas sanas, 2019-2030. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-salud-del-principado-de-asturias-2019-2030>
45. Gobierno del Principado de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias, 2014. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-de-atencion-a-la-poblacion-con-enfermedad-roni-1>
46. Gobierno de Islas Baleares. Conselleria de Salut de les Illes Balears. Pla Estratègic 2016-2020. Disponible en: <https://www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?codi=3437194&coduo=11&lang=ca>.
47. Gobierno de Islas Baleares. Conselleria de Salut de les Illes Balears. Pla d'atenció a les persones amb malalties cròniques 2016-2021: el repte del sistema sanitari. IB Salut, Disponible en: <https://docusalut.com/handle/20.500.13003/18172>
48. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017: Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf%20>
49. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=abd50fe3-cca3-11e4-b8de-159dab37263e&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>

50. Gobierno de Cantabria. Consejería de sanidad y Servicios Sociales. Plan de Salud de Cantabria 2014-2019. Disponible en: [https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/plan\\_salud\\_cantabria\\_2014-2019\\_lt.pdf](https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/plan_salud_cantabria_2014-2019_lt.pdf)
51. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria, 2015-2019. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
52. Gobierno de Castilla La-Mancha. Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025. SESCOAM. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025>
53. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha. SESCOAM. Gobierno de castilla y León. Plan director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014.2017. Disponible en: [https://www.revistaseden.org/boletin/files/9494\\_plan\\_cronicos.pdf](https://www.revistaseden.org/boletin/files/9494_plan_cronicos.pdf)
54. Junta de Castilla y León. IV Plan de Salud de Castilla y León, perspectiva 2020. SACYL. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon>
55. Junta de Castilla y León. Proceso de atención a la persona con pluripatología crónica compleja. SACYL. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/proceso-atencion-paciente-cronico-pluripatologico-complejo.ficheros/1711835-PROCESO%20DE%20ATENCION%20PCC%202020.pdf>
56. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut 2021-2025. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/pla-salut/>
57. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla d'actuacions 2024 per a la integració de l'atenció a les persones grans fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Noticies/publicacio-pla-actuacions>
58. Comunidad de Madrid. Gerencia de Madrid Salud. Plan de Actuación Madrid Salud 2024. Disponible en: <https://transparencia.madrid.es/sites/v/index>.
59. Consejería de Sanidad. Gobierno de la Comunidad de Madrid. Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-atencion-integral-fragilidad-y-promocion-longevidad>
60. Generalitat Valenciana. Departament de Salut. V Plan de Salud 2022-2030. Disponible en: <https://sanjuan.san.gva.es/v-plan-de-salud-2022-2030/>
61. Generalitat Valenciana. Departament de Salut. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana 2014. Disponible en: <https://catedradecronicidad.es/wp-content/uploads/2020/06/V.2792-2014.pdf>
62. Junta de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2021-2028. Disponible en: <https://www.juntaex.es/w/actuacion-plan-de-salud-de-extremadura-2021-2028>
63. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. EspaPEC, Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura, 2017-2022. Disponible en: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/CustomContentResources/espapec%202017-2022.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/espapec%202017-2022.pdf)
64. Xunta de Galicia. Estrategia de Salud SERGAS 2020. Disponible en: [https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS\\_ESTRATEXIA\\_2020\\_280316\\_cas.pdf](https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf)
65. Xunta de Galicia. Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. SERGAS. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-es.pdf>
66. Gobierno La Rioja. Consejería de Salud. IV Plan de Salud la Rioja 2030, Ganar Años de Vida y Vida. Disponible en: [https://www.riojasalud.es/files/portadas/te-interesa/PLAN\\_DE\\_SALUD\\_2030.pdf](https://www.riojasalud.es/files/portadas/te-interesa/PLAN_DE_SALUD_2030.pdf)
67. Gobierno La Rioja. Consejería de Salud. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/estrategia-cronicos.pdf>
68. Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/144954-informesituacion.pdf>
69. Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. Estrategia para la Atención de la Cronicidad 2013-2015. Consejería de Sanidad y Política Social. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/7210?show=full>
70. Gobierno de Navarra. Consejería de Sanidad y Política Social. Plan de Salud Pública de Navarra Sociedad justa. Vidas saludables. Bidezko gizarte. Bizitza osasungarriak. Nafarroako Osasun Publikoaren Plana 2022-2025. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75366057-0BD9-45A2-916F-61AC731CFA93/485645/PlandeSaludPublicadeNavarra20222025.pdf>
71. Gobierno de Navarra. Consejería de Sanidad y Política Social. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos (2013). Disponible en: <https://portalsalud.navarra.es/documents/11746728/13987630/Estrategia+Cronicos+y+Pluripatologicos+Finalx.pdf/e187790f-a0d6-f53f-f1fb-f46228fc4f48?t=1643029088419>

72. Gobierno de Euskadi. Departamento de Salud. Plan de Salud Euskadi 2030. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/es\\_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf)
73. Gobierno de Euskadi. Departamento de Salud. Kronik ON Programa. Paciente Crónico Complejo. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_soziosanitario\\_estrat/es\\_def/adjuntos/estrategia\\_sociosanitaria\\_es\\_web.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soziosanitario_estrat/es_def/adjuntos/estrategia_sociosanitaria_es_web.pdf)
74. Ministerio de Sanidad, Sanidad 2022. Estrategia de Salud Pública ESP 2022. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Publica\\_2022\\_Pendiente\\_de\\_NIPO.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022_Pendiente_de_NIPO.pdf)
75. World Health Organization. One health. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health>
76. Vidal Ledo, María J., Armenteros Vera, Ileana, Aparicio Suárez, José Luis, Morales Suárez, Ileana, & Portuondo Sao, Miriam. (2021). Una Salud. Educación Médica Superior, 35(2), . Disponible
77. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias, 2021 de actuación. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia\\_de\\_Abordaje\\_a\\_la\\_Cronicidad\\_en\\_el\\_SNS\\_2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf)
78. Knezevic, Bojana & Marinković, Valentina. (2019). Quality improvement in healthcare: Towards to integrated care models in EU. Tehnika. 74. 147-151. 10.5937/tehnika1901147K. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/331568957\\_Quality\\_improvement\\_in\\_healthcare\\_Towards\\_to\\_integrated\\_care\\_models\\_in\\_EU/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/331568957_Quality_improvement_in_healthcare_Towards_to_integrated_care_models_in_EU/citation/download)
79. Nuño-Solinís, R. (2017) Revisiting Organisational Learning in Integrated Care. International Journal of Integrated Care, 17(4), p. 4. Disponible en: <https://doi.org/10.5334/ijic.3047>
80. Meneu, Ricardo; Ortún Rubio, Vicente; Urbanos Garrido, Rosa María. La sanidad en la encrucijada post-covid: financiación, organización y gestión. 2023, pág 31. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10230/56779>
81. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Observatorio de la Atención al Paciente. Abordaje de la cronicidad compleja en España, informe 2022. Disponible en: [https://plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe\\_2022\\_oap.pdf](https://plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_2022_oap.pdf)
82. FENIN. Índice Fenin de Madurez Digital en Salud, 2020. Disponible en: <https://www.fenin.es/documents/document/778>
83. Trapero, M, del Llano, J, Nuño-Solinís, R. La transformación del sistema de salud para preservar su esencia. Fundación gaspar Casal, 2023. ISBN: 978-84-7360-885-5. Disponible en: <https://fundaciongasparcasal.org/wp-content/uploads/2023/01/La-transformacion-del-sistema-de-salud-libro-digital.pdf>
84. Zafra Eduardo, Peiró Rosana, Ramón Nieves, Álvarez-Dardet Carlos, Borrell Carme. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. Gac Sanit. 2006 Ago [citado 2024 Jun 01]; 20(4): 295-302. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-9112006000400008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112006000400008&lng=es).
85. Proyecto AMPHOS. Cómo hacer efectiva la continuidad asistencial mejorando la experiencia del paciente. Disponible en: <https://sedisa.net/wp-content/uploads/2018/11/5.-INFORME-AMPHOS-2017.pdf>
86. Rosete, A, Donado, I. New Health Foundation. Cinco años de Atención Integrada en España (OMIS 2014-2019), 2020. Disponible en <https://www.newhealthfoundation.org/publicacion-del-libro-cinco-anos-de-atencion-integrada-en-espana/>

PREMIOS  
TEMAS DE  
NUESTRO  
TIEMPO

Jennifer Knäpper

Integración asistencial en España:  
revisión sistemática y análisis de las  
estrategias de salud (2020-2024)

Calle Fortuny 53, 28010 Madrid  
[www.ortegaygasset.edu](http://www.ortegaygasset.edu)