

# PANORÁMICA DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA.

**CORAL MANSO GÓMEZ**

Redacción de la revista Actas de Coordinación Sociosanitaria  
coralmanso@usal.es

**AGUSTÍN HUETE GARCÍA**

Director de la revista Actas de Coordinación Sociosanitaria  
ahueteg@usal.es

**PALABRAS CLAVE**

*Coordinación sociosanitaria, atención integrada, España, políticas públicas.*

**RESUMEN**

*A lo largo del presente artículo se aborda el estado de la cuestión de la atención integrada en España, exponiendo en primer lugar una aproximación conceptual al modelo de atención sociosanitaria para después realizar un análisis sobre la normativa, estructuras y programas de coordinación sociosanitaria que existen a nivel autonómico. Se aborda además el desarrollo y extensión de la evaluación de programas de atención sociosanitaria, reto para mejorar la calidad de la atención integrada. Los resultados muestran que, pese a ser un modelo en auge, el desarrollo de la atención sociosanitaria en España se ha producido de manera desigual en las diferentes comunidades autónomas.*

**KEYWORDS**

*Social and healthcare coordination, integrated care, Spain, public policy.*

**ABSTRACT**

*In this paper the state of the integrated care issue in our country is addressed, first presenting a conceptual approach to the model of social and healthcare and then by carrying out an analysis of the regulations, structures and programmes for social and healthcare coordination that exist at the regional level. It also addresses the development and extension of the evaluation of social and healthcare programs, a challenge to improve the quality of integrated care. The results shown that, despite being a growing model, the development of social and health care in Spain has taken place unevenly in the different autonomous communities.*

## 1. INTRODUCCIÓN.

Han pasado más de 15 años desde que la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud dio carta de naturaleza a la coordinación entre los sistemas sanitario y social como garantía de continuidad de cuidados, destinados *a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y facilitar su reinserción social (Artículo 14)*. La Ley ha sufrido reformas desde 2003, pero en la cuestión sociosanitaria no ha habido modificaciones y los niveles de atención reconocidos siguen siendo tres: a) los cuidados sanitarios de larga duración, b) la atención sanitaria a la convalecencia y c) la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

El avance en la cesión de competencias de políticas de bienestar a las Comunidades Autónomas ha sido muy notable en este tiempo, lo cual sitúa a dichas administraciones en el foco de atención en relación con el éxito de las políticas de atención sociosanitaria, tal como ya reconocía la propia Ley en el mismo artículo 14, *la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes*.

En este artículo pretendemos aportar información relevante y actualizada sobre los dos elementos clave que atañen a la atención sociosanitaria en España hoy; por un lado, los límites conceptuales que caracterizan la atención sociosanitaria, y por otro los resultados que definen la situación actual de estas políticas, desde una óptica fundamentalmente autonómica.

## 2. ELEMENTOS CONCEPTUALES CLAVE.

Históricamente, la atención sociosanitaria se ha identificado como un espacio de las políticas de bienestar ubicado entre la atención a la salud y las necesidades sociales, es decir, en la confluencia de dos sistemas de tradición asistencial, organizados en espacios diferenciados, pero cada vez más llamados a trabajar de manera compatible, después coordinada y a la postre integrada.

La evolución conceptual de la atención sociosanitaria ha seguido esta lógica desde la convivencia a la compatibilidad, y de aquí a la integración, al menos en lo que a los foros de investigación y desarrollo de ideas se refiere. Así, la atención sociosanitaria ha pasado a poner el foco en la *Coordinación*, para llegar a la *Atención Integrada* como forma de expresar no sólo una necesidad de simbiosis entre dos sistemas, sino mucho más, de estos con otros que operan también en relación con políticas de bienestar como los de educación, vivienda o pensiones.

## **Colectivos o grupos de interés.**

Uno de los elementos clave en relación con la atención sociosanitaria, es el de las personas o grupos de personas a los que estas se dirigen. Parece haber cierto consenso en que la cronicidad es un aspecto esencial en relación con la salud, mientras que la vulnerabilidad lo es en el aspecto social. A partir de estos dos campos, podemos identificar poblaciones que más frecuentemente serán objeto de políticas de atención sociosanitaria, entre las que cabe destacar: personas con problemas de salud crónicos, dependencia, adicciones, vulnerabilidad, pobreza y/o exclusión social.

## **Complejidad.**

La atención sociosanitaria integrada requiere de la cooperación de múltiples instancias, recursos y servicios muy diversos, de gestión a priori incompatible (Rodríguez, 2013). Esto convierte a la integración de sistemas en una tarea de complejidad tal que por sí misma parece justificar la escasez de avances significativos que se producen. En este punto, se obvia que en realidad la complejidad no es una plaga bíblica, ni una fuerza superior incontrolable, sino más bien un artificio creado socialmente, resultado de un diseño de los sistemas de bienestar que en realidad, igual que se crean, se pueden modificar o sustituir para que resulten más sencillos y manejables.

## **Gestión de caso.**

Tal como describe Zander (2003), la gestión de casos consiste finalmente en una estrategia eficaz para emparejar recursos clave con las necesidades individuales en un espacio y tiempo concretos. Esta función, que podría ser eficaz en cualquier prestación de servicios en sociedad, ha resultado especialmente relevante cuando se trata de necesidades básicas en colectivos especialmente vulnerables, que por su condición médica y/o social requieren cuidados de forma integral, con cierta frecuencia o continuidad. La atención sociosanitaria integral debe ser por tanto planificada entre diferentes administraciones y sistemas de bienestar, en el plano horizontal, vertical, micro y macro, con una evaluación continua de casos (Rodríguez, 2013).

## **Recursos comunitarios y atención primaria.**

La prestación de apoyos sociosanitarios requiere de cercanía con la persona, razón por la que los recursos comunitarios y de atención primaria interdisciplinarios y sobre el terreno se convierten en un punto estratégico clave. La atención primaria se orienta de forma sencilla a las demandas en continuidad, así como en el enfoque hacia la persona, y la coordinación con los recursos especializados, esto es, un despliegue de recursos sin interrupciones. Cuando los servicios comunitarios y de atención primaria disponen de recursos suficientes,

la demanda de atención especializada disminuye y con ello los costes del sistema (Gottlieb et. al., 2017).

### **Autonomía personal y protagonismo de la persona en los servicios.**

Distanciar los servicios sociosanitarios de los modelos asistencialistas tradicionales, esto es situar en el centro a la persona y no a los servicios (Nuño, 2014), pone en valor sobre todo la Autonomía Personal. Pero poner a la persona en el centro requiere que esta tenga los apoyos suficientes para conocer y expresar sus prioridades, y llevar adelante sus preferencias y proyecto futuro. El desarrollo de servicios de apoyo eficaces requiere colaboración entre las esferas pública, comunitaria, solidaria y privada, incluyendo aquí la persona y su familia. La Autonomía Personal es un concepto multidimensional e instrumental, es decir que no sólo tiene valor en sí misma, sino como parte de una estrategia de inclusión, y tiene un carácter tanto intrínseco (vinculado a Actividades Básicas de la Vida Diaria) como extrínseco (vinculado a Actividades Instrumentales de la Vida Diaria), y estará mediado por la participación de la familia.

### **El papel de la familia, desde una perspectiva de género.**

Tal como señala Moreno (2001), el Estado de bienestar de los países del sur de Europa presenta algunos rasgos diferenciales que se conforman a partir de una cultura que se ha dado en conocer como “mediterránea”, donde la familia supone una unidad especial de prestación de bienestar, que con frecuencia actúa como soporte fundamental de determinadas necesidades no sólo materiales, sino también afectivas. El despliegue de la atención sociosanitaria centrada en la persona desde una óptica de redes y recursos de apoyo y políticas sociales requiere prestar especial atención al papel que han jugado en este ámbito las familias, y en especial a las personas, muy frecuentemente mujeres, que asumen los apoyos cotidianos en condiciones precarias (Zunzunegui et. al., 2008).

## **3. ESTADO DE LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN ESPAÑA.**

En España no existe un marco de actuación a nivel estatal que regule las políticas y programas de atención sociosanitaria, de manera que estas se abordan de forma diferente en cada región. La coordinación entre profesionales y servicios del área sanitaria y del área de los servicios sociales no es sencilla al depender cada uno de estructuras diferentes, donde las competencias no recaen sobre el mismo organismo.

Algunas comunidades autónomas han diseñado estrategias específicas de coordinación sociosanitaria con normativa, estructuras, protocolos y planes específicos para garantizar una atención integrada. Otras, sin embargo, contemplan las actuaciones de coordinación entre profesionales y servicios sociales y sanitarios de manera transversal, incluyéndolas en planes generales que mayoritariamente pertenecen al área sanitaria.

Un aspecto en el que la mayoría de las regiones coinciden es en el escaso desarrollo de mecanismos de evaluación de los planes, estrategias y otras iniciativas de políticas públicas sociosanitarias. La evaluación constituye una herramienta fundamental en los programas y proyectos sociales y sanitarios, porque permite comprobar si un plan es realmente eficaz y si alcanza el objetivo que se propone, para de este modo continuar con su aplicación o incluso desarrollarlo en otro territorio o, por el contrario, realizar las modificaciones pertinentes.

A continuación se abordarán dichas cuestiones, señalando algunos de los ejemplos más relevantes que afronta la atención sociosanitaria tanto de manera específica como transversal, para esbozar el estado de la coordinación sociosanitaria en España. Además se realizará una breve exposición sobre la evaluación de programas, señalando de nuevo algunos ejemplos desarrollados.

### **3.1. Normativa autonómica sobre coordinación sociosanitaria.**

Son pocas las comunidades autónomas que cuentan con normativa específica sobre atención y asistencia sociosanitaria. Desarrollar legislación en materia de coordinación sociosanitaria implica otorgar a la atención integrada de la importancia que merece y garantizar este modelo de atención a los ciudadanos que lo precisen. En la figura 1 puede observarse el estado de la cuestión legislativa en España, de las que se han resaltado algunos ejemplos:

***Orden de 2 de marzo de 2006, conjunta, de las Consejerías de Sanidad y de Trabajo y Política Social, para la coordinación de actuaciones relativas a la atención sociosanitaria en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.***

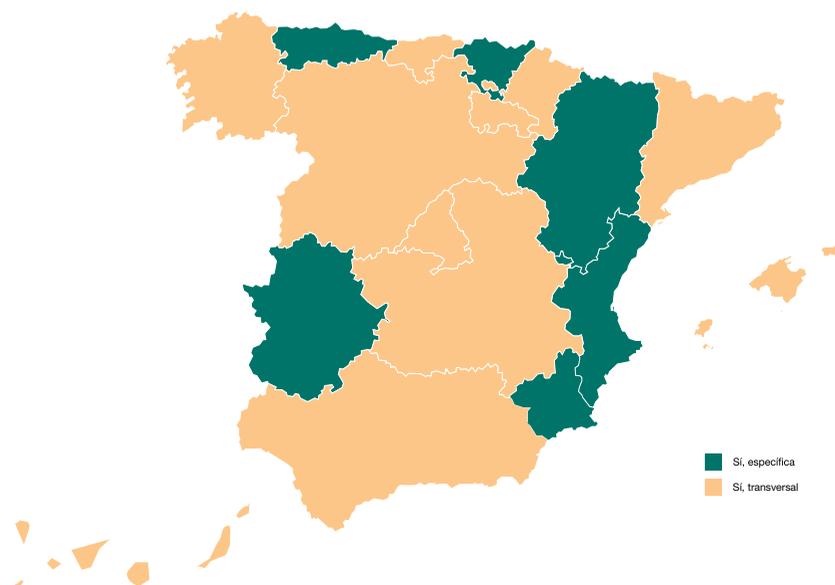
Con esta legislación se establece en la Región de Murcia el marco de coordinación de las Consejerías de Sanidad y de Trabajo y Política Social, así como los objetivos y herramientas para desarrollar las acciones necesarias en la elaboración del Plan de Coordinación Sociosanitaria de la Región de Murcia. De este modo se promueve el abordaje integral en las estrategias preventivas, de tratamiento y rehabilitación de aquellas personas que puedan beneficiarse transversal o simultáneamente de los servicios sociales y sanitarios, impulsando la autonomía personal y la accesibilidad universal a los servicios de la Administración Regional.

***ORDEN 1/2016, de 19 de mayo, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se regulan las medidas de colaboración y coordinación sociosanitaria en el ámbito de la protección integral del menor y se aprueba la nueva hoja de notificación para la atención sociosanitaria infantil y la protección de menores.***

La finalidad de establecer una regulación sobre las medidas de colaboración y coordinación sociosanitaria en el ámbito de la protección integral del menor es favorecer las actuaciones

que promuevan el buen trato del menor a través de la prevención de situaciones de riesgo socio-sanitario y de desprotección de menores en situación de vulnerabilidad, sirviendo de cauce de comunicación de estas situaciones desde el ámbito sanitario y entre este y el ámbito de la acción social. Esta normativa establece un procedimiento en caso de desprotección socio-sanitaria o social de un menor y promueve la colaboración y coordinación entre los servicios y centros sanitarios y las instituciones de protección de menores. Para alcanzar sus objetivos crean la figura del Coordinador Sociosanitario y la Comisión de Coordinación Sociosanitaria.

**Figura 1. Mapa sobre normativa autonómica existente en materia de coordinación socio-sanitaria.**



Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de legislación de las diferentes comunidades autónomas. Las referencias concretas se detallan en el ANEXO.

### 3.2. Estructuras autonómicas para la coordinación socio-sanitaria.

Algunas comunidades han desarrollado estructuras organizativas específicas (Direcciones Generales, Comisiones, Consejos...) como órgano de referencia para el control y desarrollo de las políticas socio-sanitarias. Las comunidades autónomas que cuentan con este tipo de estructuras aparecen indicadas en la figura 2, entre las que destacan, como ejemplo:

#### **Comisión Sociosanitaria Comunitaria de Extremadura.**

Se constituye como el primer nivel de la coordinación socio-sanitaria, para garantizar el trabajo coordinado de los servicios sanitarios y sociales en el entorno inmediato del ciudadano. El objetivo de este órgano es la promoción de la atención integrada, facilitando la confluencia y comunicación entre el sistema social y sanitario y garantizando la continuidad de cuidados y servicios de ambos sistemas de una forma efectiva e integrada.

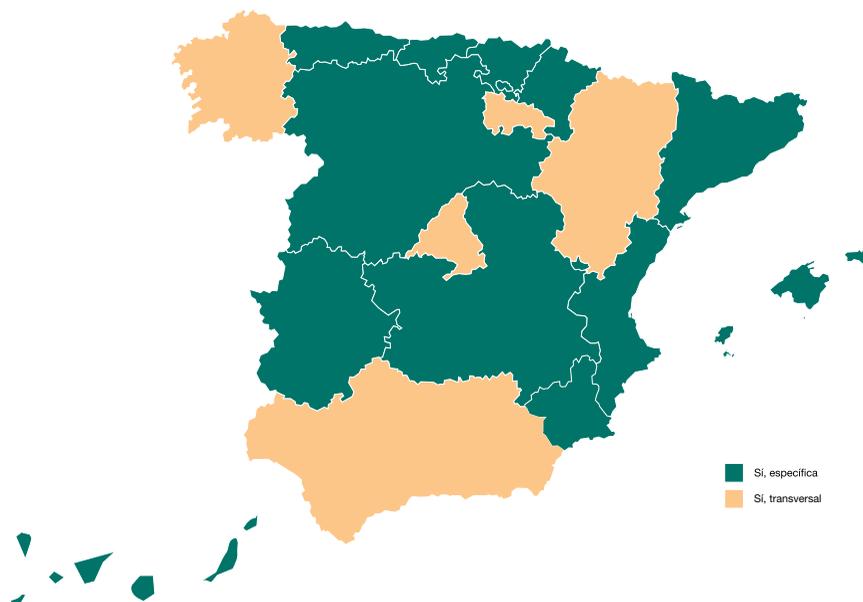
### Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

Es el órgano que articula, a nivel autonómico, la cooperación y la coordinación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario de Euskadi. Su función principal pasa por la orientación y seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de coordinación sociosanitaria, promoviendo la atención integrada en los diferentes niveles de atención y en los itinerarios de intervención.

### Comisiones de Coordinación Sociosanitaria Castilla y León.

Aparecen para ofrecer una respuesta conjunta a las personas con necesidades sanitarias y sociales simultáneas, planteando la corresponsabilidad entre los servicios sanitarios y sociales y la participación de distintas administraciones y entidades. Se trata de órganos técnico-consultivos de las Comisiones de Dirección Sociosanitaria, encargados de garantizar los procesos de coordinación, elaborar estudios, detectar necesidades, proponer mejoras y armonizar la actuación de los equipos de coordinación de base. Entre sus componentes se encuentra profesionales de la Gerencia de Servicios Sociales, de los Servicios Sociales Básicos, Drogodependencias, Atención Primaria Atención especializada y Salud Mental.

**Figura 2: Mapa sobre las estructuras autonómicas existentes en materia de coordinación sociosanitaria.**



Fuente: elaboración propia a partir de Ayuso (2016) y de las páginas web de las comunidades autónomas. Las referencias concretas se detallan en el ANEXO.

### 3.3. Planes y programas sobre coordinación socio sanitaria.

Todas las comunidades autónomas cuentan con alguna estrategia o programa que aborde la coordinación entre servicios profesionales y sanitarios. No obstante, como se observa en la figura 3, no en todos los territorios la atención integrada se desarrolla al mismo nivel, ya que algunas comunidades deciden abordarla de manera específica y otras de forma transversal, esto es, como parte de una estrategia más amplia.

#### 3.3.1. Planes y programas que abordan la coordinación socio sanitaria de manera específica.

A nivel autonómico, existen varios planes y estrategias que abordan la atención integrada centrada en la persona de una manera específica, sin estar incluida o depender de otros planes o políticas de carácter más general. En ellos se proponen medidas de acción encaminadas a fomentar la coordinación entre los sistemas social y sanitario para lograr una atención e intervención holística que mejore en mayor medida la calidad de vida de los usuarios.

#### **Prioridades Estratégicas de Atención Socio sanitaria Euskadi 2017- 2020.**

A partir de la Evaluación de las Líneas Estratégicas Socio sanitarias desarrolladas entre 2013 y 2016, que abordaban el nivel macro de la actuación socio sanitaria, el País Vasco aborda el nivel meso y micro de actuación a través de las Prioridades Estratégicas de Atención Socio sanitaria Euskadi 2017- 2020, donde plantean una estructuración socio sanitaria de la coordinación, de los recursos y de la atención, contemplando la prevención y la participación ciudadana. Apuestan además por la innovación y por la evaluación, a través del diseño de un cuadro de mando integral de seguimiento y evaluación de la actividad y de una encuesta de satisfacción dirigida a profesionales y usuarios. Centra parte de sus esfuerzos en el impulso de equipos multidisciplinares, protocolos de coordinación e instrumentos de valoración socio sanitaria, generando un mapa de recursos de atención socio sanitaria.

#### **Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria Cataluña 2017-2020.**

Adoptando el paradigma de la atención integrada centrada en la persona, tratan de garantizar un continuo asistencial para proporcionar una atención de mayor calidad y una mayor eficiencia en el uso de los recursos, recalcando la necesidad de empoderar a las personas y considerándolas sujetos activos de sus propios casos, abandonando la visión del paciente o usuario como sujeto pasivo. Contempla la interacción entre los servicios sociales y sanitarios en varios ámbitos: interacción entre residencias asistidas de personas mayores y de personas con discapacidad y la atención primaria y comunitaria de atención a la salud, los centros socio sanitarios y los hospitales de agudos; interacción entre la red de atención especializada de salud y los servicios sociales básicos; interacción entre los ámbitos sanitario y social de la red de salud mental; adecuación de la larga estancia socio sanitaria y de salud mental.

### **Plan de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha 2011-2020.**

Es un instrumento para impulsar las políticas de Servicios Sociales y de Salud en dicha comunidad a través de una atención sociosanitaria integrada. Consideran la salud y el bienestar como aspectos multidimensionales y complejos, transversales a todos los programas y políticas públicas, donde es necesaria la alianza entre el gobierno, los agentes sociales, las entidades locales, los profesionales y la ciudadanía. En sus seis ejes estratégicos incluyen la autonomía, inclusión social y salud en todas las etapas de la vida; el cuidado de las personas en situación de dependencia; una red integrada de cuidados y servicios sociales y sanitarios centrada en las personas, en la continuidad de cuidados y en la innovación; la participación social deliberativa; e investigación, ciencia y tecnologías aplicadas al mantenimiento de la autonomía, la salud y bienestar. Además incluyen un diseño de evaluación del plan, con el objetivo de conocer el impacto de las políticas e intervenciones en la salud y el bienestar social

### **Marco Estratégico de Promoción de la Responsabilidad Social Sociosanitaria. Madrid 2017.**

Esta estrategia traslada la coordinación sociosanitaria hacia la sociedad en general, promoviendo el impulso y consolidación de los compromisos de responsabilidad social en el sector sociosanitario, colaborando con diversos agentes (empresas, industria, organismos profesionales, administración pública, sociedades científico-médicas, universidades, asociaciones y tercer sector) que emprenden acciones, medidas y estrategias de responsabilidad social de tipo sociosanitaria en beneficio de sus grupos de interés (pacientes, profesionales, sociedad, etc.). Se trata de incentivar en el mercado un comportamiento responsable por parte de empresas y otras entidades, al tiempo que la administración pública debe involucrarse y asumir un papel activo.

### **3.3.2. Planes y programas que abordan la coordinación sociosanitaria de manera transversal dentro de una estrategia de carácter general.**

Algunas regiones contemplan la coordinación sociosanitaria de manera transversal, incluyéndola entre los objetivos o acciones de un programa general, en su mayoría del área sanitaria o destinado a colectivos específicos.

### **Plan de Salud Aragón 2030.**

Entendiendo que la salud es un concreto amplio en el que influyen gran variedad de factores, el Plan de Salud Aragón 2030 aboga por la necesaria colaboración entre las diversas instituciones y sectores de la sociedad, de forma que la salud se aborde de una manera holística en las políticas públicas. En materia sanitaria, no solo debe atenderse la enfermedad, sino que se deben considerar las desigualdades sociales, la situación económica, factores relacionados con el empleo, entre otros, y proporcionar una atención integral e individualizada

coordinando los recursos disponibles que sean necesarios en cada caso. Establece cuatro áreas prioritarias de actuación: abordar la salud desde todas las políticas públicas, mejorar la salud de las personas en todas las etapas de la vida, orientar el sistema sanitario hacia las personas e impulsar la información, formación e investigación en salud.

### **Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2016-2020.**

Al igual que en el caso de Aragón, el objetivo del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana es promover la salud en todas las edades y en todas las políticas. Entre sus objetivos y líneas estratégicas se encuentra la coordinación entre las actuaciones profesionales. Proponen reorientar las funciones de los diferentes niveles y ámbitos asistenciales, incentivando la coordinación entre los organismos competentes en materia de salud y de bienestar social para una coordinación efectiva y eficiente de la utilización de recursos en el despliegue de protocolos asistenciales, la atención a la cronicidad, a enfermedades raras, a las personas mayores, a la discapacidad, a la dependencia, etc.

### **Estrategia Sergas. 2020 Galicia.**

Nace con el objetivo de conseguir mejoras en salud mediante acciones que disminuyan la carga de enfermedad a través de la prevención y de la prestación de servicios eficientes. Entre sus ejes estratégicos se encuentra el desarrollo de la atención integral adaptada a las necesidades de los usuarios, pacientes, familiares y cuidadores. En él se incluyen diferentes líneas estratégicas, entre ellas: desarrollar intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con una visión integral, orientar la estructura de prestación de servicios hacia las necesidades de los pacientes y la mejora de la atención a la cronicidad, orientar la estructura de prestación de servicios de cara a las necesidades de los pacientes y mejora de la atención a la cronicidad, y avanzar en el empoderamiento de los pacientes. Para la consecución de las líneas estratégicas que marcan, plantean proyectos como la continuidad asistencial, la mejora de los cuidados paliativos o la mejora en la atención en diferentes situaciones (ictus, enfermedades neurodegenerativas...), entre otros.

**Figura 3. Mapa sobre planes y programas autonómicos existentes en materia de coordinación sociosanitaria.**



Fuente: elaboración propia a partir de Ayuso (2016), OMIS (2016) y páginas web de las comunidades autónomas. Las referencias concretas se detallan en el ANEXO.

### 3.4. Evaluación de programas sociosanitarios.

Son muchos los proyectos y programas que se diseñan en materia sociosanitaria, tanto a nivel estatal como autonómico y en el seno de diferentes entidades públicas y privadas. Sin embargo, la evaluación de dichos programas es un aspecto que no se encuentra desarrollado, con la dificultad que ello supone para conocer resultados, corregir medidas y orientar decisiones políticas. La realidad nos muestra que no existe una cultura de evaluación de programas y son pocos aquellos proyectos o políticas que son evaluados, como se muestra en la figura 4, y aquellos que cuentan con un diseño de evaluación definido previamente.

Siguiendo a Tyler (1950), la evaluación es la determinación del grado en que se consiguen los objetivos de un programa, estableciendo para ello las metas generales y los objetivos conductuales y comparando los resultados con las metas inicialmente establecidas. No existe un modelo único de evaluación de programas. Es necesario atender ciertos elementos en el diseño de la evaluación, como las condiciones de la organización, necesidades, intereses y valores de los implicados en el proceso, objetivos del programa, recursos necesarios y disponibles, etc. No obstante, cualquier diseño de evaluación debe incluir varios aspectos: establecer las actividades que se van a evaluar, fijar los criterios de evaluación, elegir las estrategias para la obtención de información, analizar la información y tomar decisiones a partir de la información analizada (Tejedor, 2000).

En el ámbito sociosanitario, en los pocos casos donde se realiza una evaluación de programas, se realiza una evaluación de resultados, en la que se trata de determinar a través de indicadores si se han cumplido los objetivos establecidos. En muchos casos, estos indicadores se basan en si se han llevado a cabo las medidas o acciones propuestas en el programa. De este modo, si se ha producido, se considera que el programa ha tenido resultados positivos. Sin embargo, que una medida se haya implementado, no implica que haya obtenido el impacto deseado sobre la población.

La mejor manera de determinar si un programa es efectivo es realizar una evaluación de impacto, que permite contrastar lo que ha ocurrido con el programa con lo que habría ocurrido sin él, comparando para ello los resultados obtenidos en un grupo experimental, que participa en el programa que se evalúa, con los de un grupo control, que no participa. La evaluación de impacto permite atribuir la causalidad de los cambios producidos en la población objetivo a la intervención que se evalúa, determinando si el programa es realmente efectivo (Gertler, Martínez, Premand, Rawlings, y Vermeersch; 2007).

Aunque como se ha indicado no existe en general una cultura de evaluación de políticas públicas asentada en España, existen algunos ejemplos de programas sociosanitarios autonómicos que han sido evaluados, entre los que cabe destacar:

### **Evaluación Plan de Salud de Navarra 2006-2012.**

Dentro del Plan de Salud de Navarra 2014-2020 se recoge la evaluación del plan de salud anterior. Pese a que el Plan de Salud 2006-2012 preveía la creación de una comisión para su desarrollo, seguimiento y evaluación, esta no llegó a configurarse y la evaluación fue realizada desde la Dirección General de Salud. Se trata de una evaluación de la implementación del plan, valorando el grado de cumplimiento de los objetivos y su pertinencia técnica. En el informe detallan que se solicitó una valoración cuantitativa sobre el cumplimiento de las medidas a las personas con responsabilidad sobre las mismas. Además, reconocen la limitación de la evaluación al no considerar la incidencia de factores externos. Concluyen que aunque el grado de interés de actuaciones, objetivos, prioridades y áreas de intervención del Plan es alto, el porcentaje de implementación ha sido muy bajo y desigual. Finalmente indican las dificultades encontradas en el proceso de evaluación, al no contar con la comisión antes mencionada y ante la falta de un diseño de evaluación que incluyera indicadores de resultados adecuados para su seguimiento y evaluación.

### **La Rioja. Informe de Evaluación del II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: personas mayores 2007-2010.**

Los evaluadores de este programa de La Rioja indican que “un objetivo ha sido ejecutado



#### 4. CONCLUSIÓN.

A lo largo de este artículo se han mostrado los elementos conceptuales que caracterizan la atención sociosanitaria, y los resultados que definen la situación actual de las políticas relacionadas, desde una óptica fundamentalmente autonómica. De forma general, hemos podido llegar a identificar los elementos fundamentales que conforman conceptualmente el campo sociosanitario, así como sus instrumentos y agentes clave.

El análisis indica que el desarrollo de la atención integrada está en marcha en la mayoría de las comunidades autónomas, que cuentan con algún plan o programa centrado específicamente en la coordinación sociosanitaria, ya sea dirigida a un colectivo específico o se aborde de manera genérica. Aun así, la evaluación parece la asignatura pendiente en las políticas públicas en España y también en los programas de coordinación sociosanitaria.

Muchos planes o programas recientes incluyen un diseño para su evaluación, algo que no solía ocurrir en los planes anteriores, lo que constituye un indicador de que la evaluación de políticas está teniendo una importancia creciente. Sin embargo, estas propuestas de evaluación son frágiles, ninguna incluye una evaluación de impacto, no son todo lo explícitas que deberían ni incorporan un diseño completo sobre cómo se va a realizar la evaluación del programa.

Para que se produzca un avance notable en políticas y estrategias sociosanitarias y se diseñen medidas y acciones eficaces para favorecer la atención integrada centrada en la persona es imprescindible que se evalúe el impacto de las medidas que hasta el momento se han llevado a cabo en dicha materia. Esto permitiría constatar y medir los cambios producidos gracias a los programas implementados, de manera que puedan exportarse a otros territorios si han resultado positivos o bien realizar modificaciones para su mejora.

Al igual que ha ocurrido en países de nuestro entorno cultural y económico (Boeckxstaens y De Graaf, 2011), el desarrollo de la atención sociosanitaria está resultando irregular, y variable entre comunidades autónomas. A pesar de que la Ley 16/2003 otorga carta de naturaleza a la atención sociosanitaria, el soporte que la propia ley establece es débil, dejando en las prioridades de las administraciones regionales el desarrollo de los dispositivos precisos para su despliegue, lo cual, tal como se ha mostrado en este artículo, deviene en grandes diferencias entre territorios.

Las evidencias recogidas muestran pues que la atención sociosanitaria en España ha tenido un desarrollo sensible, aunque desequilibrado entre las administraciones autonómicas que son en definitiva las competentes en la materia que nos ocupa. Aunque no todas han tenido un impulso normativo destinado a promocionar la atención sociosanitaria de manera específica, sí existen normas en todas las comunidades que lo hacen, si quiera de manera

transversal. Además, muchas de ellas han desarrollado estructuras administrativas destinadas a materializar los servicios sociosanitarios.

La situación actual evidencia además que la atención sociosanitaria en España mantiene algunos problemas no resueltos, destacando quizá como resumen, dos percepciones generalizadas y a la vez contradictorias sobre su presente y futuro: el consenso sobre su conveniencia, pero la sensación de que la apuesta por su despliegue no es suficientemente intensa, es decir, la atención sociosanitaria de calidad, centrada en la persona, con recursos suficientes, coordinada desde la atención primaria y la gestión de caso, con participación de la familia, aparece en la literatura experta como un bien deseable pero difícilmente conseguible.

## 5. BIBLIOGRAFÍA.

Ayuso García, L. (2016). *Atención Socio-sanitaria en España: análisis comparativo de los diferentes planes autonómicos socio-sanitarios*. Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Salamanca.

Boeckxstaens, P., y De Graaf, P. (2011). Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality In Primary Care*, 19(6), 369-389.

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2018). Región de Murcia. Recuperado de <http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1&IDTIPO=180>

Comunidad de Madrid (2018). Comunidad de Madrid. Recuperado de <http://www.comunidad.madrid/>

Comunidad Foral de Navarra (2018). Gobierno de Navarra. Recuperado de [https://www.navarra.es/home\\_es/](https://www.navarra.es/home_es/)

Generalitat de Catalunya (2018). Generalitat de Catalunya. Recuperado de <http://web.gencat.cat/es/inici/index.html>

Generalitat Valenciana (2018). Generalitat Valenciana. Recuperado de <http://www.gva.es/es/inicio/presentacion;jsessionid=Y5G8bwwTLbTbFGW4SX3wMmD6Y474t2npSrsL1n3rpm0B2p892pTH!1751919208!1529934062880>

Gertler, P.J, Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L. B., & Vermeersch, C. M. (2017). *La evaluación de impacto en la práctica* (Segunda edición). The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8681-1>

Gobierno de Aragón (2018). Gobierno de Aragón. Zaragoza. Recuperado de <http://www.aragon.es/>

Gobierno de Canarias (2018). Gobierno de Canarias. Recuperado de <http://www.gobierno-decanarias.org/principal/>

Gobierno de Cantabria (2018). Gobierno de Cantabria. Santander. Recuperado de <https://www.cantabria.es/>

Gobierno de Castilla-La Mancha (2018). Castilla la Mancha. Recuperado de <http://www.castillalamancha.es/>

Gobierno de La Rioja (2018). Gobierno de La Rioja. Recuperado de <https://www.larioja.org/es>

Gobierno del Principado de Asturias (2018). Gobierno del Principado de Asturias. Recuperado de <https://www.asturias.es/>

Gobierno Vasco (2018). Gobierno del País Vasco. Recuperado de <http://www.euskadi.eus/inicio/>

Gottlieb, L., Ackerman, S., Wing, H., y Adler, N. (2017). Evaluation Activities and Influences at the Intersection of Medical and Social Services. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28(3), 931-951.

Govern de les Illes Balears (2018). Govern Illes Balears. Recuperado de <http://www.caib.es/govern/index.do?lang=ca>

Junta de Andalucía (2018). Portal de la Junta de Andalucía. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/index.html>

Junta de Castilla y León (2018). Junta de Castilla y León. Recuperado de <http://www.jcyl.es/>

Junta de Extremadura (2018). Junta de Extremadura. Recuperado de <http://www.juntaex.es/web/>

Ley 16/ de 28 de mayo (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, 20567- 20588

Moreno, L. (2001): La “vía media” española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers* 63/64. pp. 67-82.

Nuño, R. (2014). Liderazgo y gestión del cambio para la transformación sociosanitaria. *Revista Actas de la Dependencia*, 12, 1-13.

Observatorio de Modelos Integrados en Salud (2017). Experiencias de Atención Integrada en España. Informe OMIS 2016. New Health Foundation.

Rodríguez, P. (2013). La atención integral centrada en la persona. *Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal*. N° 1. Madrid: Fundación Pilares. Recuperado a partir de <http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>

Tejedor, F.J. (2000). El diseño y los diseños en la evaluación de programas. *Revista de Investigación Educativa*, 18, 2, 319-339.

Tyler, R. (1950). *Basic principle of curriculum and instruction*. Chicago: Chicago University.

Vázquez, S., y Garrido, F. (2016). El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(1), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.003>

Xunta de Galicia (2018). Xunta de Galicia. Recuperado de <https://www.xunta.gal/portada>

Zander, K. (2002). Nursing case management in the 21st century: intervening where margin meets mission. *Nursing Administration Quarterly*, 26(5), 58-67.

Zunzunegui, M. V., Lázaro, P., y Mercado, de. (2008). Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 156-162.

**ANEXO. DETALLE DE NORMATIVA, ESTRUCTURAS, POLÍTICAS E INICIATIVAS DE EVALUACIÓN.****Tabla 1. Normativa autonómica específica en materia de coordinación sociosanitaria**

CC.AA	REFERENCIA
ARAGÓN	Ley 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario.
COMUNIDAD VALENCIANA	Orden 1/2016, de 19 de mayo, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se regulan las medidas de colaboración y coordinación sociosanitaria en el ámbito de la protección integral del menor y se aprueba la nueva hoja de notificación para la atención sociosanitaria infantil y la protección de menores.
EXTREMADURA	Decreto 42/2011, de 8 de abril, por el que se modifica el Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitaria en su modalidad Tipo Dos (T2) y se establece su régimen jurídico.
PAÍS VASCO	Decreto 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias.
REGIÓN DE MURCIA	22 de Marzo de 2006. Orden de 2 de marzo de 2006, conjunta, de las Consejerías de Sanidad y de Trabajo y Política Social, para la coordinación de actuaciones relativas a la atención sociosanitaria en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.  3 de Diciembre de 1999. Resolución de la Secretaría General de la Consejería de Presidencia de 28 de septiembre de 1999 por la que se clasifica e inscribe en el Registro de Fundaciones de la Región de Murcia a la denominada Fundación Sociosanitaria.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de legislación de las diferentes comunidades autónomas.

**Tabla 2. Normativa autonómica no específica en materia de coordinación sociosanitaria**

CC.AA	REFERENCIA (ejemplos representativos)
ANDALUCÍA	Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía.  Orden de 22 de marzo de 2017 por la que se establece el marco de colaboración con las Corporaciones Locales para la prestación de los servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia a personas reconocidas en grado I.  Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
ARAGÓN	Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.
CANTABRIA	Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
CASTILLA LA MANCHA	Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales.  Ley 3/2018, de 24 de mayo, de protección y apoyo garantizado para personas con discapacidad en Castilla-La Mancha.
CASTILLA Y LEÓN	Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.
CATALUÑA	Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales.
C. DE MADRID	Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
COM. FORAL DE NAVARRA	Decreto Foral 172/2015, de 3 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas.  Decreto Foral 171/2015, de 3 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
C. VALENCIANA	Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.
EXTREMADURA	Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura.  Ley 14/2015 de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura.
GALICIA	Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa Individual de Atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes.  Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia.
ISLAS BALEARES	Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears.  Ley 5/2003 de 4 de abril, de salud de las Illes Balears.
ISLAS CANARIAS	Decreto 67/2012, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias.  Ley 9/1987 de 28 de abril, de Servicios Sociales.
LA RIOJA	Decreto 64/2006, de 1 de diciembre, por el que se regulan los requisitos mínimos de los centros y servicios dirigidos a personas con discapacidad.  Ley 2/2002, de 17 abril 2002, de Salud.
PAÍS VASCO	Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.  Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Resolución de 30 de junio de 2015, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se regulan los servicios y las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en el Principado de Asturias.  Ley 9/2015, de 20 de marzo, de primera modificación de la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales.
REGIÓN DE MURCIA	Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.  Orden de 17 de septiembre de 1998, de la Consejería de Sanidad y Política Social por la que se crea la Oficina Regional de Información y Asesoramiento a Personas con Discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de las bases de datos de legislación de las diferentes comunidades autónomas.

**Tabla 2. Estructuras autonómicas de coordinación socio sanitaria (CSS).**

CC.AA	REFERENCIA
CANTABRIA	Comisiones socio sanitarias de área.
C. LA MANCHA	Fundación socio sanitaria.
CASTILLA Y LEÓN	El Consejo de Dirección Socio sanitaria. Dirección General de Planificación socio sanitaria. Comisiones de dirección socio sanitaria. Comisiones de Coordinación Socio sanitaria. Coordinadores Socio sanitarios. Los Equipos de Coordinación de Base.
CATALUÑA	En los ámbitos de hospitalización, las unidades funcionales interdisciplinarias socio-sanitarias (UFISS). Comisiones de atención integral Socio-Sanitaria (CIMSS).
C. FORAL DE NAVARRA	Subdirección de asistencia sanitaria integrada.
C. VALENCIANA	Subdirección general de actividad asistencial integrada. Subdirección general de planificación y organización asistencial (sólo en parte, El Servicio de Planificación de Programas y Servicios Sanitarios).
EXTREMADURA	Comisión socio sanitaria comunitaria. Comisión socio-sanitaria de área. Comisión de Asuntos Socio sanitarios. Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitaria y Socio sanitaria.
ISLAS BALEARES	Unidades de Valoración Socio-Sanitarias. Consorcio Insular de Servicios Socio-Sanitarios.
ISLAS CANARIAS	Plan de infraestructuras socio sanitarias. Institutos de atención social y socio sanitaria (IASS).
PAÍS VASCO	Consejo Vasco de Atención Socio sanitaria.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	El Consejo Interdepartamental de coordinación socio sanitaria. La Comisión Técnica para la coordinación socio sanitaria. Los Equipos de Coordinación socio sanitaria. (en la ley, pero no sé si se han creado realmente)
REGIÓN DE MURCIA	Dirección General de Planificación Socio sanitaria, Farmacia y Atención al Ciudadano. Comisión de Coordinación Socio sanitaria.

Fuente: elaboración propia a partir Ayuso (2016) y de las páginas web de las comunidades autónomas.

**Tabla 3. Planes y programas específicos de coordinación sociosanitaria (CSS).**

CC.AA	REFERENCIA
ANDALUCÍA	Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016.
CANTABRIA	En proceso. Gobierno y Fundación Pilares realizarán un estudio y evaluación de los servicios destinados a cubrir las necesidades de dependencia, para implantar el modelo de Atención Centrada en la Persona.
C. LA MANCHA	Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020.
CASTILLA Y LEÓN	II Plan sociosanitario Castilla y León (2003).  El proceso de atención Integrada Sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental (2008).  Sistema de Acceso Unificado (SAUSS) es una herramienta informática socio-sanitaria que se utiliza con los casos de dependencia.
CATALUÑA	Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS).  Plan Director Sociosanitario.
C. DE MADRID	Marco estratégico de promoción de la responsabilidad social sociosanitaria (RSS)(2017).
C. FORAL DE NAVARRA	Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos.
C. VALENCIANA	El proyecto ABUCASSI (aplicación informática que permite el acceso a los servicios sociosanitarios).
EXTREMADURA	Plan Integral de Atención Socio-sanitaria al Deterioro Cognitivo (PIDEX) (2005-2010).  Modelos integrados de atención a la discapacidad (2017).
ISLAS BALEARES	II Plan Socio-Sanitario (2006).  Plan de Acciones Socio-Sanitarias del Servicio de Salud (2010-2014).
ISLAS CANARIAS	Plan de Atención Socio-Sanitaria y de Prevención y Atención a la Dependencia (2009-2014).  Plan de Infraestructura Socio-Sanitaria para la atención a las Personas Mayores (2001).
PAÍS VASCO	II Plan de Infraestructuras Sociosanitarias (8 enero 2018).  Prioridades Estratégicas de Atención Socio-Sanitaria (PEAS) 2017-2020.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Protocolo de coordinación sociosanitaria para el programa de cuidados paliativos.  Plan de actuación integral para personas con discapacidad de Asturias 2015-2017.  Plan Sociosanitario del Principado de Asturias (2018-2021). En tramitación.
REGIÓN DE MURCIA	Plan Sociosanitario Región de Murcia (Borrador).  Plan de Apoyo para la Investigación Socio-Sanitaria.  Protocolo de coordinación sociosanitaria en atención a personas con trastorno mental grave y/o drogodependencia.  I Plan Regional de Acción Integral de Personas con Discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de Ayuso (2016), OMIS (2016) y páginas web de las comunidades autónomas.

**Tabla 3. Planes y programas no específicos de coordinación socio sanitaria (CSS).**

CC.AA	REFERENCIA (ejemplos representativos)
ANDALUCÍA	III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. IV Plan Andaluz de Salud.
ARAGÓN	Plan de salud 2030.
CANTABRIA	Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria (2015-2019).
C. LA MANCHA	Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2018-2025.
CASTILLA Y LEÓN	Estrategia de Prevención de la Dependencia para las Personas Mayores 2017-21.
CATALUÑA	Plan Interdepartamental de salud pública (PINSAP) 2017-2020. Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones. Estrategia 2017-2019.
C. DE MADRID	Plan de Mejora de la Atención Sanitaria a personas con Enfermedades Poco Frecuentes de la Comunidad de Madrid 2016-2020. Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020.
C. FORAL DE NAVARRA	Plan De Salud De Navarra 2014-2020.
C. VALENCIANA	IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2016-2020).
EXTREMADURA	III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020. Plan de Salud de Extremadura 2013-2020.
GALICIA	Estrategia Gallega sobre discapacidad 2015-2020. Estrategia en materia de prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia, horizonte 2020.
ISLAS BALEARES	Plan de atención a las Personas con enfermedades crónicas. 2016-2021.
ISLAS CANARIAS	Plan de Salud de Canarias 2016-2017.
LA RIOJA	III Plan de Salud La Rioja (2015-2019). Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja.
PAÍS VASCO	Plan para la Cronicidad (2010).
P. DE ASTURIAS	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias (2015-2020).
REGIÓN DE MURCIA	Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015.

Fuente: elaboración propia a partir de Ayuso (2016), OMIS (2016) y páginas web de las comunidades autónomas.

**Tabla 4. Evaluación de programas que abordan la atención integrada..**

CC.AA	INFORME DE EVALUACIÓN	DISEÑO DE EVALUACIÓN	REFERENCIA
ANDALUCÍA	SÍ	SÍ	Diseño de evaluación en el IV Plan Andaluz de Salud. Informe de Evaluación del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.
ARAGÓN		SÍ	Plan de salud 2030.
CANTABRIA		SÍ	Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria (2015-2019).
C. LA MANCHA		SÍ	Plan de Salud y Bienestar Social 2020.
CASTILLA Y LEÓN		SÍ	Estrategia de Prevención de la Dependencia para las Personas Mayores 2017-21.
CATALUÑA		SÍ	Plan Interdepartamental de salud pública (PINSAP) 2017-2020.
C. DE MADRID		SÍ	Plan de Salud Mental 2018-2020.
C. FORAL DE NAVARRA	SÍ		Evaluación Plan de Salud de Navarra 2006-2012.
C. VALENCIANA		SÍ	Plan de salud 2016-2020.
EXTREMADURA	SÍ		Evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2007-2012.
GALICIA		SÍ	Estrategia Sergas 2020 Galicia.
ISLAS BALEARES		SÍ	Diseño (más o menos) Plan de atención a las Personas con enfermedades crónicas. 2016-2021.
ISLAS CANARIAS	SÍ		Informe de evaluación del II Plan de Salud de Canarias 2004-2008.
LA RIOJA	SÍ		Informe de Evaluación del II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: personas mayores 2007-2010.
PAÍS VASCO	SÍ	SÍ	Informe de evaluación de las Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi (2013-2016). Diseño de evaluación en Prioridades Estratégicas de Atención Socio-Sanitaria (PEAS) 2017-2020.
P. DE ASTURIAS		SÍ	Plan de Salud Mental del principado de Asturias 2015-2020.
REGIÓN DE MURCIA	SÍ		Informe de evaluación final integral del Plan de Salud 2015.

Fuente: elaboración propia a partir de las páginas web de las comunidades autónomas.