



Modelo de atención integrada social y sanitaria para personas que viven en centros residenciales

Trabajar juntos para cuidar mejor



CONTENIDO

00 PRÓLOGOS	5
01 PUNTO DE PARTIDA	13
02 LA MIRADA GLOBAL: ENFOQUES, ESTRATEGIAS Y RECOMENDACIONES	25
03 EL NUEVO MODELO: VISIÓN INTEGRADA DE LA ATENCIÓN	37
04 LA EXPERIENCIA DE LA PERSONA: EL PROCESO INTEGRADO DE ATENCIÓN	67
05 EL NÚCLEO DEL SISTEMA: COORDINACIÓN Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO	79
06 IMPULSAR EL CAMBIO	91
07 ANEXOS OPERATIVOS	109
08 AGRADECIMIENTOS	119
09 BIBLIOGRAFÍA	129



PRÓLOGO

Conchita Ruiz Caballero

Consejera de Política Social, Familias e Igualdad



Los centros residenciales son hogares y espacios de vida. En ellos, las personas mayores y las personas con discapacidad desarrollan su día a día, mantienen sus vínculos y reciben los apoyos necesarios para preservar su bienestar y autonomía. Desde el sistema de servicios sociales de la Región de Murcia se ha impulsado, y se seguirá impulsando, un modelo de cuidados que favorece una atención integral centrada en la persona y en su proyecto vital.

La experiencia acumulada ha demostrado que la fragmentación entre sistemas dificulta la continuidad de los cuidados y sitúa a las personas, a sus familias y a los propios profesionales en escenarios de incertidumbre. Este Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria responde a esa realidad, estableciendo espacios de coordinación estables con el sistema sanitario que permiten garantizar la continuidad de la atención, reforzar la seguridad de las intervenciones y avanzar hacia una mayor calidad asistencial.

Esto ha sido posible gracias al compromiso compartido de ambos sistemas de asumir la coordinación como una parte estructural de su forma de trabajar, en un contexto marcado por múltiples retos y transformaciones. En este proceso, el desarrollo de mecanismos de interoperabilidad entre los sistemas de información social y sanitario ha supuesto un avance esencial para la intervención, aportando mayor claridad, respaldo técnico y coherencia para la toma de decisiones.

Desde esta Consejería asumimos el compromiso de seguir fortaleciendo los cuidados de larga duración, promoviendo servicios de atención residencial que tengan como referencia el proyecto vital de las personas y de sus familias, e incorporando su participación como elemento clave. La atención integrada en centros residenciales pretende consolidarse, así, como una pieza esencial de un sistema de cuidados más amplio basado en la colaboración interinstitucional y en una visión compartida y sostenida en el tiempo.



PRÓLOGO

Juan José Pedreño Planes
Consejero de Salud



La atención sanitaria a las personas que viven en centros residenciales se ha sostenido durante años gracias al compromiso de muchos profesionales que, desde distintos ámbitos, mantuvieron una relación cercana y flexible. La pandemia puso de relieve tanto el valor de ese trabajo como sus límites, y marcó un punto de inflexión hacia una coordinación más estructurada, en la que la participación de los profesionales implicados en los proyectos piloto ha sido determinante para transformar las experiencias acumuladas en un marco común, realista y aplicable.

Además, hay otros condicionantes que nos hacen reflexionar como son el aumento de la esperanza de vida con la consecuente cronicidad de determinadas enfermedades, la discapacidad o la soledad no deseada; lo que nos obliga a actuar y poner en marcha programas que aborden con presteza y dignidad la atención de las personas que se hallan en estas situaciones, tanto a nivel residencial como domiciliario.

En este proceso ha sido igualmente fundamental la labor de los equipos responsables de los sistemas de información y de la interoperabilidad, que ha permitido avanzar hacia herramientas compartidas al servicio de ambos sistemas, ordenando la información clínica y social, facilitando la continuidad asistencial y ofreciendo soluciones seguras y útiles para la práctica real.

Los centros residenciales forman parte de nuestra comunidad, y las personas que viven en ellos tienen derecho a recibir una atención sanitaria equiparable a la de cualquier otro domicilio. Garantizar ese derecho exige una colaboración estrecha entre el sistema sanitario y los centros residenciales, basada en un marco común de corresponsabilidad y trabajo conjunto, así como el reconocimiento de la labor de los profesionales de estos centros, que acompañan a personas en situaciones de especial vulnerabilidad desde la dignidad, el respeto y una elevada profesionalidad.

Este Modelo ofrece un marco estable para consolidar ese trabajo compartido y avanzar hacia una atención sanitaria más coherente con los retos presentes y futuros.

GUÍA DE CONSULTA DEL DOCUMENTO

El presente documento constituye el **marco de referencia del Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria para las personas que viven en centros residenciales en la Región de Murcia**. Su finalidad es establecer los principios, estructuras, procesos y herramientas que permiten avanzar hacia una atención coordinada, continua y centrada en la persona entre el sistema sanitario y los centros residenciales.

Dada su naturaleza estratégica y operativa, el documento **no está concebido para una lectura necesariamente secuencial**. Puede ser consultado de forma selectiva en función del perfil profesional, las responsabilidades asumidas o el objetivo de la consulta. La presente guía facilita una aproximación orientativa, indicando qué capítulos resultan especialmente relevantes según el interés de la lectura, **sin perjuicio de la coherencia y unidad del modelo en su conjunto**.

■ ORIENTACIÓN DE LECTURA POR CONTENIDOS

SI DESEA...	CAPÍTULO DE REFERENCIA	CONTENIDOS
Comprender el punto de partida y la necesidad del modelo	Capítulo 1	Análisis del contexto actual, características de la red residencial y de la población atendida, aprendizajes acumulados y fundamentos que justifican la implantación de un modelo de atención integrada
Conocer el marco estratégico y normativo que sustenta el modelo	Capítulo 2	Enfoques y recomendaciones de la OMS, marco europeo, hoja de ruta nacional y alineación con la normativa y planificación estratégica de la Región de Murcia
Identificar la visión y los principios del nuevo modelo	Capítulo 3	Visión, misión y valores, principios transversales y proceso de elaboración participada
Entender el proceso integrado de atención desde la perspectiva de la persona	Capítulo 4	Descripción del proceso de atención integrada, experiencia de la persona usuaria y continuidad asistencial a lo largo de su trayectoria de cuidados
Conocer las estructuras y herramientas de coordinación	Capítulo 5	Figuras de referencia, mecanismos de coordinación, sistemas de información y herramientas de trabajo compartidas
Analizar la estrategia de implantación, seguimiento y mejora del modelo	Capítulo 6	Despliegue territorial, acompañamiento al cambio, evaluación y mejora continua
Consultar documentación de apoyo para la aplicación práctica	Capítulo 7. Anexos	Arquitectura operativa del modelo, procesos de atención integrada, herramientas de coordinación, valoraciones estructuradas y marco normativo

■ ORIENTACIÓN DE LECTURA SEGÚN EL PERFIL DE LECTOR

Gerencias y direcciones

Se recomienda iniciar la lectura en los capítulos 1, 3 y 6, que permiten comprender el sentido estratégico del modelo, sus implicaciones organizativas y el marco de gobernanza que lo sostiene.

Equipos de Atención Primaria y Hospitalaria

Resultan especialmente relevantes los capítulos 4 y 5, centrados en el proceso integrado de atención, los circuitos de coordinación y las herramientas compartidas.

Dirección y equipos profesionales de centros residenciales

Se recomienda la consulta de los capítulos 4 y 5, que abordan la experiencia de la persona usuaria y la organización del trabajo conjunto con el sistema sanitario.

Órganos y estructuras de coordinación sociosanitaria

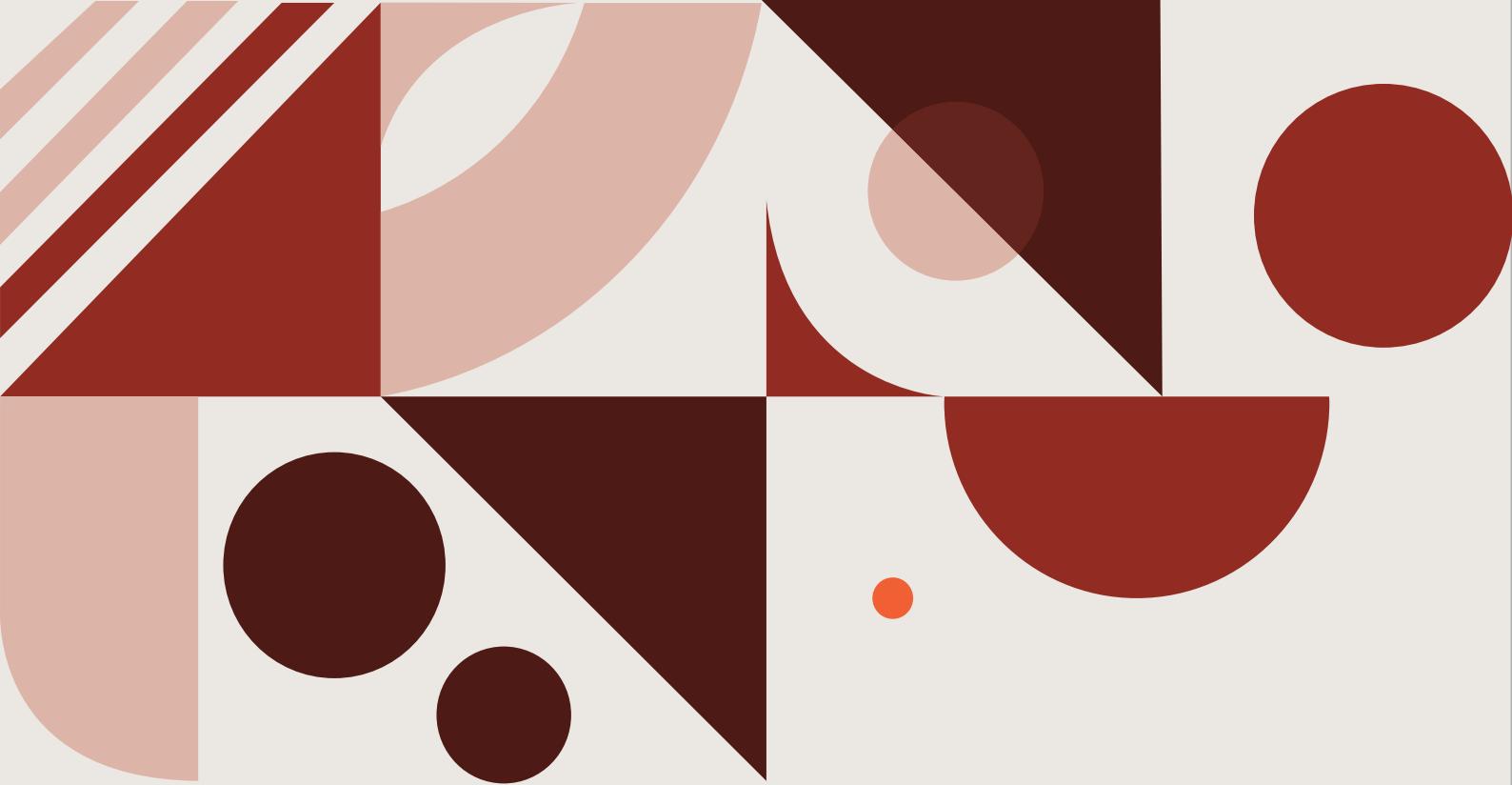
Los capítulos 2, 5 y 6 ofrecen una visión completa del marco normativo, los mecanismos de coordinación y la estrategia de implantación y seguimiento del modelo.

■ SOBRE EL USO DE LOS ANEXOS OPERATIVOS

El Capítulo 7 recoge los anexos operativos del modelo, que establecen el marco común de referencia para su aplicación práctica. Estos anexos no constituyen manuales operativos, sino la base compartida inicial a partir de la cual se elaborarán de manera progresiva los manuales de procesos, con el objetivo de asegurar una comprensión homogénea del modelo y una implantación coherente en el conjunto del territorio.

■ LISTADO DE ABREVIATURAS

- **AICP.** Atención Integral y Centrada en la Persona.
- **CARM.** Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- **DAFO.** Análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.
- **EAP.** Equipo de Atención Primaria.
- **IMAS.** Instituto Murciano de Acción Social.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- **PCA.** Planificación Compartida de la Atención.
- **PIAS.** Programa Individual de Atención Social.
- **PPA.** Plan Personal de Atención.
- **RMIP.** Registro Murciano de Instrucciones Previas.
- **SAAD.** Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- **SMS.** Servicio Murciano de Salud.
- **SNS.** Sistema Nacional de Salud.
- **ZBS.** Zona Básica de Salud.



01

PUNTO DE PARTIDA

Los cambios demográficos y sociales —el envejecimiento progresivo de la población, el aumento de la esperanza de vida, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de las situaciones de dependencia, así como la creciente complejidad de los itinerarios vitales— **suponen un reto estructural tanto para el sistema sanitario como para el sistema de servicios sociales**. Esta realidad impacta de forma especialmente intensa en el ámbito de la atención residencial, donde las personas presentan necesidades complejas y sostenidas en el tiempo.

En este contexto, el modelo de atención integrada social y sanitaria para personas que viven en centros residenciales parte de una premisa fundamental: **las personas mayores y las personas con discapacidad usuarias de la atención residencial no pueden ser atendidas desde lógicas fragmentadas**. Aunque los cuidados y apoyos cotidianos se organizan principalmente desde el sistema de servicios sociales, estas personas mantienen plenos derechos respecto a la atención sanitaria y presentan necesidades de salud que requieren una atención sanitaria regular, accesible y adaptada a su situación de fragilidad, dependencia o discapacidad.

La atención sanitaria se presta en la Región de Murcia a través de distintas instituciones, incluyendo el sistema sanitario público gestionado por el Servicio Murciano de Salud (SMS). **El presente modelo se centra en la articulación de la atención integrada entre los centros residenciales y el SMS, que asume la atención sanitaria de la mayoría de las personas usuarias**. Por su parte, el sistema de servicios sociales, en sus distintos niveles, articula actuaciones orientadas a la promoción de la autonomía personal y a la protección de las personas en situación de dependencia, entre ellas la atención residencial.

Los centros residenciales y el SMS pertenecen a sistemas diferentes, con marcos normativos, culturas profesionales y modelos organizativos propios, que confluyen sobre una misma persona y comparten una responsabilidad común en la garantía de la calidad de vida. El modelo de atención integrada surge, precisamente, para **avanzar hacia una actuación coordinada y complementaria, centrada en la persona y ajustada a la complejidad organizativa del ámbito sanitario y de la atención residencial**.

Cuando esta relación no se estructura de forma sistemática, los efectos son bien conocidos por los equipos profesionales: variabilidad en la práctica, coordinación basada en relaciones personales, duplicidades de trabajo y, en ocasiones,

lagunas en la continuidad de la atención. El problema de fondo no es la falta de compromiso profesional, sino la ausencia de un marco común operativo que ordene responsabilidades, defina canales de comunicación y establezca procesos compartidos.

Este capítulo describe el punto de partida del Modelo de Atención Integrada en la Región de Murcia: la distribución de los centros residenciales y la descripción de las características de la población atendida, los aprendizajes acumulados en los últimos años y las razones que hacen necesario avanzar desde un funcionamiento fragmentado hacia una coordinación estable y estructurada.

1.1. CONTEXTO ACTUAL: RED RESIDENCIAL Y POBLACIÓN ATENDIDA EN LA REGIÓN DE MURCIA

La implantación de un modelo de atención integrada requiere partir de un conocimiento compartido de la red residencial existente y de las características de la población a la que se dirige. **En la Región de Murcia, la atención residencial se articula a través de una red diversa de centros que atienden a personas mayores y a personas con discapacidad**, con perfiles, necesidades y trayectorias vitales distintas, y con una implantación territorial que responde a distintos factores.

Este apartado describe el contexto de partida del modelo, atendiendo tanto a la estructura de la red de centros residenciales como al perfil y la complejidad de la población residente. El objetivo es ofrecer un marco de referencia común que permita comprender la realidad en la que se despliega el modelo, dimensionar adecuadamente las necesidades de coordinación y orientar el diseño de los procesos de atención integrada que se desarrollan en los capítulos posteriores.

1.1.1. La atención en centros residenciales en la Región de Murcia

Los centros residenciales para personas mayores o con discapacidad, según la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, se definen como **unidades convivenciales que ofrecen atención integral a personas afectadas por diferentes grados de dependencia, que no pueden permanecer en su domicilio debido a sus características**. Estos centros pueden ofrecer estancias tanto temporales como permanentes, dependiendo de las necesidades de los

usuarios.

En el caso de las **centros residenciales para personas mayores**, estos están orientados a conseguir el **mayor nivel de bienestar posible**, promoviendo la autonomía e integración social de las personas usuarias. Además, incluyen centros especializados como los destinados a personas con Alzheimer u otras demencias, proporcionando un cuidado adaptado a las características específicas de cada grupo.

Por otro lado, los **centros residenciales para personas con discapacidad** se centran en la **atención integral**, así como en la rehabilitación, tratamiento e integración social de personas con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales. También desempeñan un papel clave en la prevención de la discapacidad, adaptando sus servicios a las necesidades de los usuarios y favoreciendo su inclusión en la sociedad.

La red de centros de atención residencial en la CARM está compuesta por centros de titularidad pública, centros privados que prestan servicios públicos mediante conciertos y convenios, y centros privados que operan de forma independiente. Este aspecto es relevante, ya que las personas usuarias, independientemente de la titularidad del centro residencial, pueden ser beneficiarias de las distintas prestaciones sanitarias del SMS, y por tanto, estar integradas en el modelo de atención aquí planteado. En términos de dimensión, **la red residencial de la Región de Murcia cuenta actualmente con 101 centros residenciales, que ofrecen cobertura a un total de 8.816 plazas**. Éstas se distribuyen entre recursos dirigidos a personas mayores y a personas con discapacidad. Desde el punto de vista de la organización sanitaria, los centros residenciales se distribuyen entre las distintas Áreas de Salud, con variaciones en el volumen y tipología de recursos. Esta distribución responde a factores demográficos, históricos y organizativos, y constituye un elemento relevante a considerar en el diseño del modelo de atención integrada, especialmente en lo relativo a la planificación de la coordinación con los Equipos de Atención Primaria, urgencias extrahospitalarias-061 y los dispositivos hospitalarios de referencia.

La siguiente tabla recoge la distribución de plazas residenciales por Área de Salud, diferenciando entre recursos para personas mayores y para personas con discapacidad, y servirá como referencia para el dimensionamiento de las actuaciones previstas en el modelo:

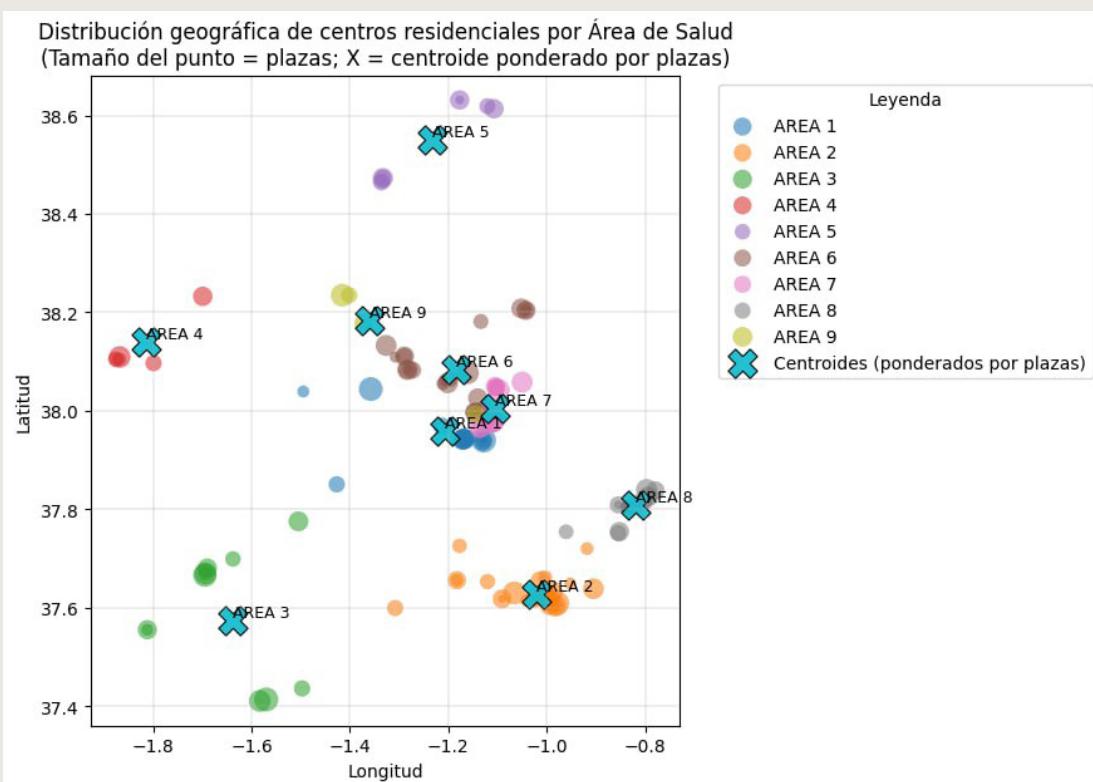


Figura 1: mapa de la distribución por Área de Salud de los centros residenciales de la Región de Murcia.

ÁREA	CENTROS RESIDENCIALES				PLAZAS		
	MAYORES	DISCAPA-CIDAD	MIXTOS	TOTAL	MAYORES	DISCAPA-CIDAD	TOTAL
ÁREA I. Murcia Oeste	9	3	0	12	997	310	1307
ÁREA II. Cartagena	18	4	1	23	1388	245	1633
ÁREA III. Lorca	7	3	0	10	923	292	1215
ÁREA IV. Noroeste	3	1	0	4	252	46	298
ÁREA V. Altiplano	3	2	0	5	310	80	390
ÁREA VI. Vega Media del Río Segura	9	9	3	21	1129	555	1684
ÁREA VII. Murcia Este	7	0	3	10	1091	124	1215
ÁREA VII. Mar Menor	5	4	3	12	558	204	762
ÁREA IX. Vega Alta del Río Segura	3	1	0	4	272	40	312
Total general	64	27	10	101	6920	1896	8816

Tabla 1: número de plazas autorizadas y centros residenciales según tipología de centro y Área de salud.

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad.

1.1.2. Perfil clínico y social de las personas que viven en centros residenciales

Los centros residenciales atienden hoy a una población con niveles crecientes de complejidad clínica y social, fenómeno que condiciona la práctica diaria de los centros y que explica, en gran medida, la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención integrada social y sanitaria.

La población mayor que vive en centros residenciales en la Región de Murcia presenta un perfil marcado por una edad media avanzada (84 años de media), una elevada dependencia y una alta prevalencia de deterioro cognitivo y fragilidad. Para la elaboración de este apartado se han utilizado datos recopilados en los análisis realizados en diversas áreas de salud durante 2023, con motivo de los primeros pilotajes organizativos orientados a conocer las características clínicas y sociales de las personas usuarias (aún no formalizados como proyectos piloto, pero sí utilizados como base de conocimiento para comprender la realidad del sistema).

De este análisis inicial se desprenden varios patrones:

- **Las mujeres son mayoría e ingresan habitualmente a edades más avanzadas y con mayor grado de dependencia,** acumulando deterioro cognitivo y orgánico más grave.
- **Los hombres, por el contrario, tienden a ingresar más jóvenes, aunque con redes sociofamiliares menos densas,** lo que incrementa el riesgo de soledad y la necesidad de apoyos estructurados.
- **Más del 80 % de las personas usuarias presentan algún grado de deterioro cognitivo,** con un número significativo con criterios de gravedad, lo que exige supervisión continua y apoyos intensos para actividades básicas de la vida diaria.
- **La prevalencia de fragilidad moderada y grave es elevada,** situándose en torno al 70%, lo que se asocia a mayor riesgo de descompensaciones, eventos adversos y situaciones de final de vida.
- **La combinación de estos factores sitúa a un número creciente de personas usuarias en situaciones en las que resulta imprescindible incorporar un abordaje paliativo y de planificación compartida de la atención (PCA),** orientado a su proyecto de vida, al control de síntomas y a la prevención de hospitalizaciones evitables.

En el caso de las personas con discapacidad que viven en centros residenciales, no se dispone de un sistema categorizado para analizar la información clínica y social que permita caracterizar de forma homogénea su situación. Por este motivo, se ha recurrido a la evidencia nacional, especialmente a los resultados de la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia en centros (2023) y el Estudio de Envejecimiento y Discapacidad (Plena Inclusión, 2024), que permiten dibujar con fidelidad el perfil de este colectivo.

Los datos muestran que:

- **Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo experimentan procesos de envejecimiento precoz**, con aparición de deterioro cognitivo, cambios conductuales y pérdida funcional desde edades más tempranas.
- **A partir de los 45–50 años, aumenta la proporción de personas con declive cognitivo**, trastornos derivados del envejecimiento y fragilidad progresiva.
- **Existe una alta necesidad de apoyo específico de servicios de neurología, rehabilitación y salud mental**, dada la prevalencia de epilepsia, trastornos del comportamiento, trastornos psiquiátricos, limitaciones motoras y alteraciones sensoriales.
- **La prevención y detección precoz del deterioro físico y cognitivo es fundamental**, ya que permite anticipar ajustes en los apoyos y reducir episodios de crisis.

Esta realidad exige un modelo que facilite la coordinación sistemática entre los centros residenciales y los dispositivos sanitarios referentes, garantizando continuidad clínica, adecuación de apoyos y un enfoque centrado en el proyecto de vida de cada persona.

En este escenario, los centros residenciales requieren una relación continuada y estructurada con el sistema sanitario dentro del ámbito de los cuidados de larga duración. Este perfil de complejidad constituye uno de los elementos que explican tanto la vulnerabilidad observada durante la pandemia como la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención integrada.

PERSONAS MAYORES	PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ■■■ Edad media 84 años. ■■■ Alta dependencia, sobre todo funcional y cognitiva. ■■■ Mayoría con fragilidad moderada-grave. ■■■ Alta de necesidad de cuidados y enfoque de acompañamiento al final de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ■■■ Envejecimiento precoz, a partir de los 45-50 años. ■■■ Gran diversidad de perfiles. ■■■ Necesidad de apoyo y coordinación específica en ámbitos como neurología, rehabilitación o salud mental.

Tabla 2: características principales de las personas mayores y con discapacidad que viven en centros residenciales.

1.1.3. De la respuesta excepcional a la construcción de un modelo: pandemia, estructuras iniciales y proyectos piloto

La pandemia de COVID-19 supuso un punto de inflexión en la organización de los cuidados de larga duración y puso de manifiesto, de forma inequívoca, la **necesidad de contar con estructuras estables de coordinación entre los centros residenciales y el sistema sanitario**. La elevada vulnerabilidad clínica y social de la población residente, junto con la rapidez y complejidad de la situación epidemiológica, evidenció las limitaciones de un modelo de relación basado en experiencias heterogéneas, circuitos no formalizados y una coordinación muy dependiente de iniciativas locales.

En la Región de Murcia, aunque existían previamente experiencias de colaboración entre centros residenciales y SMS, estas habían evolucionado de forma desigual y sin un marco unificado que garantizara homogeneidad, equidad territorial y capacidad operativa conjunta. La pandemia obligó a articular respuestas excepcionales que permitieran reforzar la atención sanitaria en los centros residenciales y mejorar la toma de decisiones clínicas en un contexto de alta incertidumbre.

En este escenario se puso en marcha la **Comisión Técnica COVID-Residencias**, que facilitó una primera coordinación estructurada entre administraciones públicas y centros residenciales, reforzando los canales de comunicación, alineando criterios de actuación y mejorando la capacidad de intervención conjunta. Posteriormente, la creación de la **Coordinación Regional para la Cronicidad Avanzada y la Atención Sociosanitaria** (CORECAAS) aportó continuidad y mayor estructuración al acompañamiento sanitario de los centros residenciales. CORECAAS desempeñó un papel relevante en el apoyo a la toma de decisiones clínicas, en la articulación de la atención sanitaria in situ y en la coordinación con Salud Pública para la implementación de medidas de prevención y mitigación. Su actividad permitió, además, identificar necesidades comunes, definir circuitos de actuación y detectar áreas de mejora en los sistemas de información y en los mecanismos de coordinación.

Finalizada la fase más aguda de la emergencia sanitaria, en abril de 2022 se suspendió la actividad de CORECAAS, abriendose una nueva etapa orientada a consolidar estructuras permanentes de coordinación. En este contexto se creó la **Comisión Técnica de Centros Residenciales y el Equipo de Coordinación Sociosanitaria**, con el objetivo de dar continuidad al trabajo desarrollado durante la pandemia e integrar de forma más estable la colaboración entre el Ser-

vicio Murciano de Salud (SMS), el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) y los centros residenciales. Este proceso permitió transformar aprendizajes surgidos en un contexto excepcional en elementos estructurales de coordinación, sentando las bases para un enfoque más sistemático y sostenido.

Sobre esta base, a partir de 2023 se inició un proceso de **proyectos piloto orientado a trasladar a la práctica los aprendizajes acumulados y a explorar los elementos esenciales del modelo de atención integrada**. Estas experiencias permitieron avanzar en la definición de roles, circuitos y herramientas de coordinación, así como identificar fortalezas y áreas de mejora del sistema. El análisis detallado de los pilotajes y de los aprendizajes derivados de su desarrollo se aborda de manera específica en capítulos posteriores, como fundamento para el diseño del modelo operativo que se despliega a lo largo del documento.

En conjunto, **la experiencia acumulada desde la pandemia hasta el desarrollo de los pilotajes constituye la base sobre la que se construye el nuevo Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria en centros residenciales**. Este recorrido evidencia la necesidad de evolucionar desde respuestas reactivas y dependientes del contexto hacia un modelo estructurado.

1.1.4. Tecnologías de la información y evolución hacia la interoperabilidad

Durante la pandemia de COVID-19, la necesidad de disponer de información actualizada y homogénea sobre la situación de los centros residenciales impulsó el uso intensivo de ICC-SANSONET como herramienta de registro, seguimiento y comunicación. Este sistema permitió recoger de forma sistemática información clave sobre las personas usuarias, el estado de los centros y la evolución de situaciones de riesgo. En septiembre de 2021 ICC-SANSONET y el Sistema de Información de Brotes Epidémicos (SIBRE) de la Dirección General de Salud Pública se integraron, lo que contribuyó notablemente a la vigilancia, el control de brotes y la planificación de respuestas coordinadas entre los distintos actores implicados.

Más allá de su función inicial ligada al control de la pandemia, la experiencia con ICC-SANSONET evidenció el potencial de contar con herramientas estructuradas que permitieran ordenar la información social y sanitaria generada en el ámbito residencial. A partir de este aprendizaje, el sistema ha ido evolucionando progresivamente hacia un uso más orientado a la práctica ordinaria, incorporando valoraciones estructuradas, registros de seguimiento y mecanismos de

comunicación que hoy constituyen una base relevante para la coordinación asistencial.

No obstante, esta evolución también puso de manifiesto una limitación clave: la información generada en el ámbito residencial y social no era accesible para los profesionales del sistema sanitario, y viceversa. Esta fragmentación en los sistemas de información dificultaba la continuidad asistencial y generaba dependencia de intercambios informales para completar la visión clínica y social de las personas usuarias.

En este contexto, se inicia un proceso orientado a avanzar hacia la interoperabilidad entre sistemas. Este enfoque reconoce que ICC-SANSONET y los sistemas del SMS cumplen funciones distintas pero complementarias, y que su conexión resulta esencial para sostener un modelo de atención integrada. Fruto de este planteamiento, se alcanzó en 2024 un acuerdo de interoperabilidad entre el ámbito social y sanitario, que establece los principios y mecanismos para el intercambio estructurado de información relevante en el entorno residencial. Este acuerdo constituye un hito fundamental para el inicio del modelo.

El desarrollo operativo de este acuerdo, así como la definición concreta de las herramientas, flujos de información y responsabilidades asociadas, se describe de forma detallada en los capítulos posteriores del documento.

1.2. DE LA FRAGMENTACIÓN A LA INTEGRACIÓN: ALCANCE DEL MODELO

El análisis del contexto descrito en los apartados anteriores pone de manifiesto una realidad compartida: la atención a las personas que viven en centros residenciales se ha desarrollado históricamente a través de respuestas fragmentadas, con distintos grados de coordinación entre sistemas, territorios y dispositivos. A pesar de los avances logrados en los últimos años, esta fragmentación sigue condicionando la equidad, la continuidad asistencial y la capacidad del sistema para responder de forma homogénea a situaciones de elevada complejidad clínica y social.

El modelo se apoya en una idea central: la integración de la atención solo es posible si se sustenta en mecanismos de coordinación estables, reconocidos institucionalmente y operativos en la práctica diaria.

	PREPANDEMIA	PANDEMIA COVID-19	POSTPANDEMIA
CONTEXTO	Funcionamiento ordinario	Emergencia sanitaria	Normalización con alta complejidad
TIPO DE RELACIÓN ENTRE SISTEMAS	Cooperación	Coordinación	Colaboración
ESTRUCTURAS DE RELACIÓN	Inexistentes o no formalizadas	Comisión CO-VID-Residencias	Comisión Técnica y Equipo de Coordinación Sociosanitaria
MARCO OPERATIVO	No definido	Formal y excepcional	Formal, estable y compartido
LÓGICA DE INTERVENCIÓN	Reactiva, puntual	Urgente, homogénea	Sistemática, adaptable
DEPENDIENCIA PRINCIPAL	Relaciones personales	Expertos y dispositivos específicos	Procesos, roles y herramientas
NIVEL DE INTEGRACIÓN	Bajo	Bajo (circunstancial)	Intermedio (en transición)
RESULTADOS	Variabilidad, duplicidades, discontinuidad	Capacidad de respuesta rápida y alineación de criterios	Continuidad asistencial, mayor equidad y sostenibilidad
APRENDIZAJES CLAVE	Desconexión de los sistemas sanitario y social	Utilidad de estructuras comunes en emergencias	Necesidad de la existencia de estructuras comunes y diseño de un modelo integrado

Tabla 3: características evolutivas de la relación entre centros residenciales y el sistema sanitario .

El cuadro refleja la evolución del modelo de relación entre los centros residenciales y el sistema sanitario en la Región de Murcia, mostrando el tránsito desde una cooperación informal hacia una colaboración progresivamente estructurada, aún en fase de consolidación.



LA MIRADA GLOBAL: ENFOQUES, ESTRATEGIAS Y RECOMENDACIONES

2.1. ENFOQUE OMS: ATENCIÓN INTEGRADA CENTRADA EN LA PERSONA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado en la última década un **cambio profundo en la forma de concebir los sistemas de salud y los cuidados de larga duración**, estableciendo un marco orientado a transformar los servicios hacia un modelo que sitúe a la persona en el centro. **Este enfoque reconoce la necesidad de dar respuesta a las necesidades de las personas a lo largo de todo el curso vital**, garantizando continuidad y coordinación asistencial para avanzar hacia una atención más equitativa y accesible. Para ello, la OMS propone un conjunto de estrategias interdependientes que fortalecen las estructuras, la prestación de servicios y la gobernanza del ámbito sanitario.

Entre los **elementos clave** destacan:

Persona como eje central del Sistema de Salud

El sistema de salud debe organizarse en torno a la persona, respetando sus valores, preferencias y contexto vital. La atención debe ser personalizada y favorecer la participación activa en las decisiones sobre la propia salud, garantizando intervenciones ajustadas a las necesidades individuales.

Integración de los servicios en todos los niveles

La OMS destaca la necesidad de integrar los servicios sanitarios, sociales y comunitarios, lo que asegura una atención continua y eficiente. Esta integración reduce la fragmentación y facilita la colaboración entre los distintos proveedores, garantizando que los cuidados se ofrezcan de manera fluida y sin interrupciones.

Empoderamiento y participación activa

Los sistemas de salud deben promover la capacidad de las personas para tomar



Figura 2: modelo ICOPE de la OMS.

decisiones informadas y participar en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios. Ello implica reforzar el papel de las personas, familias y comunidades como agentes activos en su proceso de atención.

Atención Primaria como base estructural

La atención primaria constituye el pilar fundamental de la atención integrada. Su proximidad a la comunidad y su capacidad para coordinar recursos sanitarios y sociales la convierten en el nivel estratégico para garantizar continuidad, accesibilidad y una gestión integral de la salud.

La OMS orienta además a los países con el **Marco para los Cuidados de Larga Duración** (LTC, 2021), donde reafirma la necesidad de integrar los servicios sanitarios y sociales como parte del derecho esencial a la salud. Este marco reconoce que los servicios de atención residencial son componentes fundamentales de los cuidados de larga duración, junto con la atención domiciliaria y comunitaria, y enfatiza su necesaria articulación con el sistema sanitario para garantizar continuidad y equidad.

Asimismo, la OMS desarrolla la dimensión operativa del enfoque de atención integrada a través del **Manual de atención integrada para las personas mayores** (ICOPE, 2024). Este manual traduce los marcos estratégicos globales en procedimientos concretos para la atención primaria, priorizando la preservación de la capacidad funcional, la prevención de la dependencia y la continuidad entre domicilio, residencia y hospital. El modelo se estructura en cuatro pasos asistenciales — cribado, evaluación integral, plan de cuidados personalizado y seguimiento — y requiere equipos multidisciplinares y mecanismos estables de coordinación intersectorial.

Complementariamente, el **Informe mundial sobre equidad en salud para las personas con discapacidad** (OMS, 2024) destaca la necesidad de adaptar los modelos de atención para responder a la diversidad de necesidades de este grupo, garantizando servicios accesibles, continuos y centrados en la persona. Entre sus elementos esenciales se incluyen la integración de prevención, rehabilitación y apoyo comunitario desde la atención primaria; la participación activa de las personas con discapacidad en el diseño y evaluación de los servicios; y la capacitación de profesionales en atención inclusiva y derechos humanos.

En conjunto, el modelo de la OMS para la atención integrada y centrada en la persona propone **transformar la estructura y la prestación de los servicios sanitarios y sociales, reforzando la participación, la coordinación intersectorial y la atención personalizada**. Su aplicación en los centros residenciales

resulta esencial para garantizar cuidados coherentes, continuos y respetuosos con los derechos y la autonomía de las personas. La implementación de este modelo exige una estrecha coordinación entre los sistemas sanitario y social, con una atención primaria como base del sistema y un compromiso decidido con la equidad y la inclusión.

2.2. RECOMENDACIONES EUROPEAS Y HOJA DE RUTA NACIONAL

La Unión Europea, con el fin de garantizar sistemas de protección social modernos, inclusivos y sostenibles ha proclamado el **Pilar Europeo de Derechos Sociales**, cuyo principio 18 reconoce el derecho de todas las personas a disponer de “servicios de cuidados de larga duración asequibles y de calidad, en particular los servicios de atención domiciliaria y los servicios de proximidad”. Esta formulación introduce dos ideas centrales con impacto directo en los servicios de atención residencial: por un lado, que **la calidad no depende únicamente de la disponibilidad de plazas, sino del modo en que se organiza y se presta la atención**; y, por otro, que los cuidados deben promover la autonomía, la inclusión social y la vida en comunidad, incluso cuando la persona reside en un centro.

Sobre esta base, la **Estrategia Europea de Cuidados** presentada por la Comisión en 2022 establece una visión común para los cuidados de larga duración en la UE, subrayando que los modelos excesivamente institucionales y fragmentados no responden adecuadamente a las necesidades derivadas del envejecimiento de la población y el aumento de situaciones de dependencia. La Comisión propone avanzar hacia **servicios más personalizados, preventivos e integrados**, que combinen atención domiciliaria, comunitaria y residencial proporcionando apoyos adaptados a las preferencias de cada persona.

La **Recomendación del Consejo sobre el acceso a unos cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad**, adoptada también en 2022, concreta esta línea. Insta a los Estados miembros a mejorar la **accesibilidad, asequibilidad y calidad** de los cuidados de larga duración, con especial atención a la dignidad, la autonomía y la participación de las personas atendidas. Entre las orientaciones que afectan directamente a las residencias sociosanitarias destacan:

- **Promover modelos de atención centrados en la persona**, que respeten sus referencias y su proyecto de vida.
- **Favorecer la coordinación entre servicios sanitarios, sociales y comunitarios**, evitando que la persona “desaparezca” al pasar de un recurso a

otro.

- **Garantizar estándares de calidad claros y evaluables**, que contemplen no solo la infraestructura, sino también la relación cotidiana entre profesionales y residentes, la prevención de la soledad y la protección de derechos.

La Unión Europea no se limita a pedir más plazas o más inversión, sino que insiste en transformar la manera de cuidar. Esto incluye promover la vida independiente en la comunidad, revisar los modelos residenciales para que sean más hogareños y participativos, y reforzar la formación y las condiciones de los equipos profesionales para que puedan trabajar con una mirada integrada y centrada en la persona.

Este enfoque europeo se apoya de forma explícita en una **perspectiva de derechos**, que concibe los cuidados de larga duración como un instrumento para garantizar la autonomía, la participación social y la igualdad de oportunidades de las personas que requieren apoyos. En este marco, las personas con discapacidad ocupan un lugar central como sujetos plenos de derechos, y no únicamente como destinatarias de servicios.

De otro lado, la **Ley General de derechos de las personas con discapacidad** viene a vertebrarse como uno de los pilares para garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.

En esta misma línea, la Ley 8/2021, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, supone un cambio de paradigma en el sistema de apoyos en España. Esta reforma moderniza el modelo tradicional, sustituyendo la tutela por medidas de apoyo flexibles y personalizadas, y orienta el sistema hacia el respeto a la autonomía personal y a la toma de decisiones con apoyos, y no mediante la sustitución de la voluntad. De este modo, se refuerza el principio de capacidad jurídica plena, garantizando su ejercicio en igualdad de condiciones mediante los apoyos necesarios para la participación efectiva de la persona en las decisiones que afectan a su proyecto vital.

Este marco normativo refuerza la **necesidad de avanzar hacia modelos de atención que integren de manera coherente las dimensiones social y sanitaria**, y que **reconozcan a las personas que viven en centros residenciales** —tanto personas mayores como personas con discapacidad— **como titulares de derechos**, con capacidad de decisión y con un proyecto de vida que debe ser respetado y promovido.

En el ámbito estatal, este enfoque se ha ido concretando en varias piezas normativas y estratégicas que comparten una misma dirección: la **construcción de un modelo de atención integrada social y sanitaria, centrado en la persona y aplicable también en los centros de atención residencial**.

Un primer hito es el **Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD**, aprobado por el Consejo Territorial en junio de 2022 y publicado por el Ministerio de Derechos Sociales. En el apartado **Decimotercero: Coordinación para la atención social y sanitaria** define elementos fundamentales para la definición del presente modelo, de forma general se acuerda que la atención **integral social y sanitaria es necesaria para todas las personas en situación de dependencia**, siendo la asistencia sanitaria responsabilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), que garantizará el mismo nivel de accesibilidad para las personas que viven en domicilios particulares o colectivos. En lo relativo a las personas usuarias de centros residenciales establece lo siguiente:

- A efectos de la estructura de servicios del sistema de salud, el centro residencial será considerado el **domicilio habitual de las personas atendidas**.
- **Se articularán las medidas necesarias para que ambos sistemas, social y sanitario, intercambien información** y tengan acceso compartido a la historia clínica, el intercambio de información social, el acceso a recetas electrónicas, la gestión de pruebas complementarias, la interconsulta, la coordinación y revisión de casos, así como el uso de teleconsulta, el envío y recepción de análisis clínicos así como al registro de voluntades anticipadas de la Comunidad o Ciudad Autónoma.
- **La atención sanitaria pública se prestará desde los dispositivos de atención primaria de salud**, a través de la atención especializada y hospitalaria y contará con la colaboración de profesionales sanitarios que puedan estar prestando servicios en los propios centros residenciales.
- **Las administraciones autonómicas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, asegurarán que cada centro residencial acreditado disponga de un plan funcional de coordinación** que elaborará conjuntamente con el sistema sanitario público que ostente la competencia correspondiente a la zona o área donde se ubique el centro, tanto para el ni-

vel de la atención primaria como para la atención ambulatoria y hospitalaria.

En paralelo, la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad 2025-2028** del SNS refuerza este enfoque desde la vertiente sanitaria al plantear una atención más continua, integrada y centrada en la persona, especialmente para quienes viven con enfermedades crónicas complejas y alta dependencia.

La Estrategia entiende el concepto de domicilio en sentido amplio —incluyendo centros residenciales— e incorpora medidas específicas para garantizar su adecuada atención. Entre ellas destacan:

- **Implantar modelos estructurados de atención integrada** entre Atención Primaria, Hospitalaria, atención domiciliaria, urgencias extrahospitalarias y recursos sociosanitarios, mediante protocolos consensuados que aseguren derivaciones adecuadas y transiciones seguras domicilio–hospital.
- **Establecer mecanismos efectivos de coordinación entre niveles asistenciales** y el ámbito social para prevenir ingresos evitables, mejorar la continuidad asistencial y ofrecer una atención integral y adaptada a las necesidades cambiantes de la persona.
- **Desarrollar circuitos de uso seguro de la medicación**, integrando Atención Primaria, Hospitalaria y centros residenciales.
- **Fomentar espacios de coordinación periódica y estable entre dispositivos sanitarios y servicios sociales**, con reuniones y protocolos estructurados para optimizar la atención y garantizar seguridad clínica en personas con necesidades sociosanitarias.

A todo ello se suma la **Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad (2024-2030)**, aprobada por el Consejo de Ministros en junio de 2024. Esta estrategia, vinculada al **Plan de Recuperación y al Componente 22**, plantea transformar el sistema de apoyos y cuidados de larga duración para que las personas puedan desarrollar sus proyectos de vida en la comunidad, en igualdad de condiciones. Aunque su foco principal está en impulsar alternativas comunitarias y reducir la dependencia de grandes instituciones, sus líneas de actuación tienen un impacto directo sobre el modo de entender los centros residenciales:

- **Se impulsa un modelo de cuidados más abierto y comunitario**, donde los centros residenciales se conectan con el entorno, los recursos de barrio y las redes de apoyo, y dejan de funcionar como espacios cerrados.
- **Se generalizan los planes de atención individualizados**, elaborados con la participación de la persona y, cuando proceda, de su familia, de forma

que las decisiones sobre apoyos, actividades o cambios de recurso respondan a sus preferencias y no solo a criterios de organización interna.

- **Se refuerza la coordinación sociosanitaria**, integrando mejor los recursos de salud y de servicios sociales a lo largo de la trayectoria de cuidado, tanto dentro como fuera de los centros residenciales.
- **Se apuesta por la digitalización y el uso de herramientas para la toma de decisiones compartida**, entendiendo la tecnología como un apoyo para la coordinación, la transparencia y la participación, y no como un fin en sí mismo.

Si analizamos en conjuntamente las recomendaciones europeas y la hoja de ruta nacional, se observa un hilo conductor claro: **la atención integrada y centrada en la persona es un criterio operativo que debe orientar la transformación de los procesos de atención compartidos entre los centros residenciales y el sistema sanitario**.

Este conjunto de transformaciones a impulsar marca una hoja de ruta clara hacia un modelo integrado social y sanitario, donde la colaboración estable entre los centros residenciales y el sistema de salud se convierte en condición imprescindible para asegurar mejores resultados en la atención a las personas que requieren cuidados de larga duración.

2.3. ALINEACIÓN CON EL MODELO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO DE LA REGIÓN DE MURCIA

El marco normativo de la Región de Murcia proporciona una base sólida para el desarrollo de un modelo de atención social y sanitaria integrada en los centros residenciales, alineado con las orientaciones europeas y estatales. De forma coherente, la legislación autonómica reconoce el derecho de las personas a recibir una atención integral, continua y coordinada, y establece obligaciones para que los sistemas sanitario y social actúen de manera conjunta ante necesidades complejas derivadas de la cronicidad, la dependencia o la discapacidad.

La **Ley 4/1994, de Salud de la Región de Murcia**, configura un sistema sanitario orientado a garantizar la atención integral y la continuidad asistencial, promoviendo la coordinación entre niveles y la atención en el domicilio habitual de la persona. Este principio resulta plenamente aplicable a quienes residen en centros residenciales, considerados entornos de vida que deben disponer del mismo acceso al sistema sanitario que el resto de la población.

La **Ley 3/2009 de Derechos y Deberes de los Usuarios del SMS** reconoce el

derecho a una atención sanitaria integral y continuada, así como a recibir información y participar en las decisiones asistenciales, lo que refuerza la necesidad de coordinación entre los equipos sanitarios y los centros residenciales. El Capítulo III identifica como colectivos de especial protección a las personas mayores, con discapacidad, con enfermedad mental, en situación de dependencia, cronicidad o terminalidad, subrayando la obligación de asegurar una atención adecuada a sus necesidades y una respuesta coordinada entre los sistemas sanitario y social.

La Ley 3/2021 de Servicios Sociales de la Región de Murcia impulsa la atención social y sanitaria integrada. Su artículo 48 establece que los sistemas de salud y de servicios sociales deben crear mecanismos de atención integral para personas con necesidades complejas, garantizando intervenciones sanitarias y sociales prestadas de forma conjunta y continua. Para ello, obliga a desarrollar planes, protocolos y procedimientos comunes de valoración, derivación e intervención; prevé la creación de dispositivos sociosanitarios; y establece estructuras de coordinación destinadas a asegurar la continuidad de cuidados. Estos preceptos constituyen un soporte normativo directo para la articulación estructurada de la coordinación entre los centros residenciales y el sistema sanitario.

Por otro lado, la consolidación del modelo integrado en la Región de Murcia se ve reforzada por instrumentos normativos y de gobernanza recientes que avanzan hacia una coordinación sociosanitaria estructurada. En este marco, la **Orden conjunta de 9 de mayo de 2025**, de las Consejerías de Salud y de Política Social, Familias e Igualdad, actualiza la **Orden de 2 de marzo de 2006** y establece un **marco de coordinación interdepartamental orientado a mejorar las estrategias de atención integrada social y sanitaria**. La Orden crea estructuras formales de coordinación, encargadas de planificar y evaluar las actuaciones conjuntas, definir criterios comunes de intervención, impulsar la continuidad asistencial entre niveles y garantizar la atención a los colectivos que requieren respuestas simultáneas de ambos sistemas. Asimismo, asigna funciones de **seguimiento, coordinación operativa y mejora continua**, articulando un espacio estable para la toma de decisiones compartida entre servicios sociales y sanitarios.

A este marco se suma el **Acuerdo para el establecimiento de un entorno cerrado de comunicación** que posibilite la interoperabilidad y el intercambio de datos de la historia clínica e información social publicado en el BORM en agosto de 2024, que establece un entorno seguro y colaborativo para el intercambio de información entre las consejerías implicadas, el Servicio Murciano de Salud (SMS), el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) y los centros residenciales públicas y concertados. Este acuerdo es una pieza clave para que la atención

integrada en residencias sea viable en la práctica: sin información compartida, la coordinación se queda en declaración de intenciones.

En el plano estratégico, el **Plan Regional de Servicios Sociales 2025-2028** refuerza esta misma dirección. Como instrumento de planificación del sistema público, orienta su acción hacia la construcción de un **sistema integrado de responsabilidad pública**, sustentado en los servicios de atención primaria y en la interconexión de políticas sociales. El Plan destaca la necesidad de promover respuestas transversales y una atención integral centrada en la persona, subrayando la importancia de la **coordinación intersectorial** para abordar necesidades complejas y articular servicios que actúen de manera coherente junto al sistema sanitario.

En conjunto, este entramado normativo y estratégico configura en la Región de Murcia un **marco habilitador robusto** para el desarrollo de un modelo de atención social y sanitaria integrada en los centros residenciales. Este marco establece los cimientos para su **despliegue efectivo**, orientando la integración de los procesos asistenciales y garantizando que las personas que viven en centros residenciales reciban una atención segura, coherente y centrada en sus necesidades a lo largo de toda su trayectoria de cuidados.

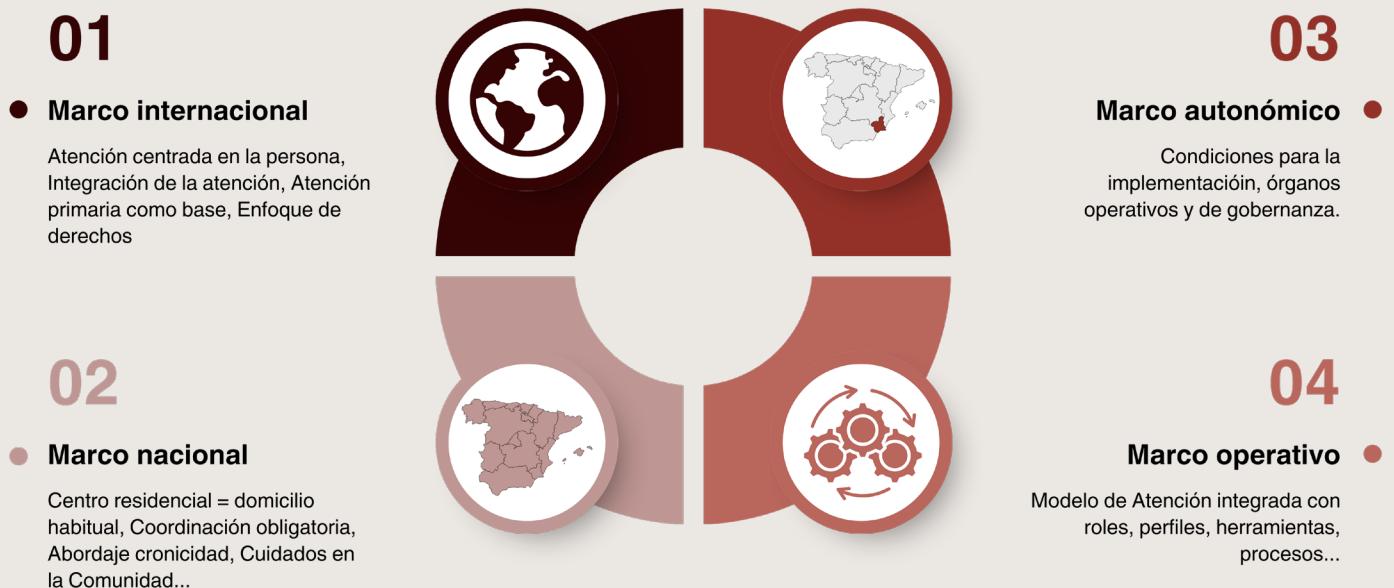


Figura 3: enfoques, estrategias y recomendaciones según marco.



EL NUEVO MODELO: VISIÓN INTEGRADA DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA

La definición de la Visión, Misión y Valores en el Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria de la Región de Murcia tiene como objetivo reflejar los principios que orientan el nuevo modelo asistencial. Para su desarrollo partimos de la información recogida en los documentos oficiales, atendiendo al marco normativo y teniendo en cuenta la estructura organizativa existente, con el fin de asegurar la coherencia entre los objetivos institucionales y los procesos de atención.

El nuevo modelo se caracteriza por priorizar un **enfoque centrado en la persona, reconociendo sus necesidades individuales, familiares y del entorno, y garantizando la continuidad y la calidad de los cuidados en todos los niveles** asistenciales, tanto sanitarios como sociales. La integración de los sistemas, basada en la **coordinación y la colaboración**, es clave para ofrecer una respuesta integral y personalizada que promueva la autonomía y el bienestar de los usuarios.

Por tanto, la definición de la Visión, Misión y Valores constituye un paso fundamental para consolidar un modelo innovador, orientado a mejorar la calidad de vida de las personas y a optimizar los recursos disponibles desde una perspectiva ética y profesional.

3.1. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

La visión del nuevo modelo se orienta a la construcción de un **sistema regional de atención plenamente integrado y centrado en la persona**, que garantice a todas las personas mayores y con discapacidad usuarias de centros residenciales de la Región de Murcia una **atención continuada, segura y humanizada**, ajustada a sus valores, preferencias y necesidades. Este enfoque implica reconocer la **residencia como su domicilio** a todos los efectos sanitarios y aspira a consolidar una coordinación efectiva entre los servicios sociales y sanitarios mediante estructuras estables de colaboración, profesionales capacitados, procesos compartidos y herramientas comunes, con el objetivo de asegurar una experiencia de **atención accesible y equitativa**, orientada a la **promoción de la autonomía, la dignidad y el bienestar integral de cada persona**.

Cada centro residencial debe ser reconocido como un **entorno de vida y de atención integral, plenamente conectado con la red pública de salud y de servicios sociales**, donde las personas puedan desarrollar su proyecto vital en condiciones de bienestar, autonomía y seguridad.

La misión del Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria en Centros Residenciales es establecer un marco organizativo común que permita coordinar de manera efectiva las actuaciones de los servicios sociales y sanitarios, garantizando una atención continuada, segura y basada en derechos para las personas usuarias de los servicios de atención residencial de la Región de Murcia.

El modelo se orienta a:

- **Asegurar la continuidad de los cuidados y la coherencia de las intervenciones** de los profesionales de los centros residenciales, los Equipos de Atención Primaria (EAP), los servicios de urgencias extrahospitalarios 061, los servicios hospitalarios y otros dispositivos comunitarios.
- **Definir estructuras de coordinación estables**, perfiles de referencia y canales de comunicación que faciliten la atención interdisciplinar entre la atención residencial y sistema sanitario.
- **Impulsar la atención centrada en la persona** mediante valoraciones integrales, planes personalizados de atención y la participación activa de las personas usuarias y sus figuras de apoyo.
- **Promover la equidad territorial y la homogeneidad en la implementación del modelo**, para que todas las personas usuarias accedan a los mismos circuitos y estándares de calidad.
- **Garantizar la seguridad y la calidad asistencial** a través de procesos normalizados, herramientas comunes y una aplicación coherente del marco jurídico y normativo.

Los valores del Modelo de Atención Integrada constituyen el fundamento ético y profesional sobre el que se articula la relación entre las personas usuarias, los equipos de los centros y los profesionales del sistema sanitario y social.

Los siguientes valores deben orientar la práctica diaria, la toma de decisiones y la cultura organizativa que sostiene el modelo:

- **Centralidad de la persona y respeto a sus derechos.** Reconoce a cada persona usuaria como sujeto de derechos y protagonista de su proceso de atención, garantizando su participación en la toma de decisiones, el respeto a sus preferencias, su historia de vida y su proyecto vital.

La visión del nuevo modelo se orienta a la construcción de un sistema regional de atención plenamente integrado y centrado en la persona, que garantice a todas las personas mayores y con discapacidad usuarias de centros residenciales de la Región de Murcia una atención continuada, segura y humanizada, ajustada a sus valores, preferencias y necesidades.

La misión del Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria en Centros Residenciales es establecer un marco organizativo común que permita coordinar de manera efectiva las actuaciones de los servicios sociales y sanitarios, garantizando una atención continuada, segura y basada en derechos para las personas usuarias de los servicios de atención residencial de la Región de Murcia.

Valores del Modelo de Atención Integrada

- 1. Centralidad de la persona y respeto a sus derechos**
- 2. Dignidad, humanización y buen trato**
- 3. Corresponsabilidad profesional y trabajo interdisciplinar**
- 4. Transparencia y comunicación**
- 5. Continuidad y coherencia en la atención**
- 6. Mejora continua y compromiso con la calidad**

- **Dignidad, humanización y buen trato.** Promueve relaciones basadas en el respeto, la empatía, la cercanía y el buen trato, favoreciendo entornos de vida seguros, acogedores y personalizados que contribuyan al bienestar emocional y a la calidad de vida.
- **Corresponsabilidad profesional y trabajo interdisciplinar.** Refuerza el compromiso ético y técnico de los profesionales implicados en la atención residencial y sanitaria, promoviendo roles definidos, colaboración entre equipos, aprendizaje compartido y responsabilidad conjunta sobre los resultados de salud y bienestar.
- **Transparencia y comunicación.** Garantiza una información accesible, veraz y bidireccional entre profesionales, instituciones, personas usuarias y sus figuras de apoyo, facilitando la toma de decisiones informada y la coordinación efectiva entre niveles.
- **Continuidad y coherencia en la atención.** Asegura intervenciones alineadas entre servicios sociales, sanitarios y comunitarios, evitando duplicidades, retrasos o contradicciones que puedan afectar a la seguridad o a la experiencia de atención.
- **Mejora continua y compromiso con la calidad.** Fomenta la evaluación sistemática, la reflexión crítica y la incorporación de buenas prácticas basadas en la evidencia para optimizar de manera progresiva el modelo, adaptándolo a las necesidades presentes y futuras de la población usuaria.

3.2. PRINCIPIOS TRANSVERSALES

El Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria para personas que viven en centros residenciales se sustenta en cuatro principios transversales que orientan su diseño, implementación y evaluación: equidad, sostenibilidad, innovación y derechos. Estos principios aseguran que el modelo mejore la coordinación entre servicios y lo haga de manera justa, eficiente, acorde a la realidad actual y respetuosa con la dignidad y autonomía de las personas.

Equidad

Implica garantizar que todas las personas que viven en centros residenciales reciban una atención y apoyos de igual calidad, con independencia del Área de Salud en la que se ubiquen, de la titularidad o tipología del centro, de su situación clínica, del tipo de discapacidad, de su situación socioeconómica y sociofamiliar. Esto supone asegurar que las condiciones del entorno, la estructura organizativa o las características individuales no limiten el acceso efectivo a las prestaciones y apoyos necesarios, ni generen diferencias injustificadas en la

experiencia o los resultados de la atención.

Sostenibilidad

Capacidad del sistema para mantener una atención integrada de calidad a lo largo del tiempo, garantizando el bienestar de las personas usuarias y también de los equipos profesionales, promoviendo un uso responsable de los recursos.

Su vinculación con el modelo de atención integrada viene marcada por la incorporación de la sostenibilidad como un criterio estructural a partir de:

- **Uso adecuado y proporcionado de los recursos sanitarios**, evitando intervenciones innecesarias y facilitando que la atención se preste en el entorno terapéutico más adecuado, reforzando la continuidad y la atención proactiva en los centros residenciales cuando sea oportuno.
- **Sistemas de información compartidos**, que permitan evaluar el impacto real del modelo y orientar mejoras que incrementen la eficiencia sin comprometer derechos, calidad ni seguridad.
- **La alineación con los marcos europeos y nacionales** de cuidados de larga duración, que vinculan la sostenibilidad a la formación, la calidad y la evaluación basada en resultados.

Innovación

Pensada como la **capacidad del sistema para aprender, adaptarse y mejorar de manera continua**, incorporando nuevas herramientas tecnológicas, organizativas y metodológicas que faciliten la atención integrada y la participación de las personas usuarias y sus entornos de apoyo.

El nuevo modelo articula la innovación mediante:

- **Digitalización e interoperabilidad de la información**, mediante la creación de un entorno cerrado de comunicación y el intercambio de datos de historia clínica e información social, condición imprescindible para una coordinación real entre servicios sociales y sanitarios.
- **Sistemas de información específicos para la atención residencial**, incluidos en las medidas transversales del modelo (indicadores, evaluación y gestión), que permiten analizar el impacto de las intervenciones y reorientar las estrategias de forma dinámica.
- **Desarrollo de nuevos roles profesionales y estructuras organizativas flexibles**, como figuras de coordinación, gestores/as de apoyos y cuidados o profesionales de referencia, con competencias específicas en continuidad

asistencial y articulación entre redes sociales, sanitarias y comunitarias.

- **Impulso de un ecosistema de innovación social**, que fomente el aprendizaje compartido entre centros residenciales, EAP, servicios de urgencias extrahospitalarios 061, hospitales, servicios sociales, universidades y entidades comunitarias, fomentando la adopción de buenas prácticas basadas en evidencia.

Derechos

El principio de derechos garantiza que el modelo se articule desde el **respeto a la dignidad, autonomía y libertad de las personas usuarias**, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Pilar Europeo de Derechos Sociales y la normativa estatal y autonómica.

Este principio se expresa mediante:

- **El reconocimiento de la residencia como entorno de vida** donde deben garantizarse los mismos derechos que en cualquier domicilio, incluyendo el acceso a la atención sanitaria y social , y la integración como parte del derecho a la protección de la salud y a la protección en situaciones de dependencia.
- **La atención centrada en la persona** basada en la participación activa, el consentimiento informado y el respeto a sus preferencias, valores y proyecto de vida.
- **La garantía de que las personas usuarias reciben los apoyos necesarios para ejercer su capacidad de decisión**, respetando su voluntad y preferencias, de acuerdo con el marco legal vigente.
- **La promoción del buen trato, protección frente al maltrato, la discriminación y cualquier vulneración de derechos**, mediante estándares de calidad, mecanismos de supervisión y accesibilidad universal a la información y a los recursos necesarios.

3.3. PROCESO DE ELABORACIÓN, PILOTAJES Y PARTICIPACIÓN INSTITUCIONAL

Como se comentó en el capítulo 1, el Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria se ha construido mediante un **proceso progresivo, participativo e interinstitucional**, orientado a trasladar aprendizajes previos a un marco operativo estable. **Este proceso se inicia en abril de 2022** con la constitución de la entonces Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria para Centros Resi-

denciales, que permitió articular un espacio formal de trabajo conjunto entre el Servicio Murciano de Salud, el Instituto Murciano de Acción Social y los centros residenciales.

A través de distintos grupos de trabajo, esta comisión contribuyó a definir los fundamentos conceptuales del modelo y a identificar ámbitos prioritarios de coordinación. Tras la actualización de la Orden conjunta de Coordinación Sociosanitaria en 2025, este espacio pasó a denominarse Subcomisión de Cuidados de Larga Duración y Centros Residenciales, integrándose de forma plena en la arquitectura de gobernanza sociosanitaria de la Región de Murcia.

En junio de 2023, el Equipo de Coordinación Sociosanitaria SMS–IMAS inició los primeros proyectos piloto de atención integrada social y sanitaria en centros residenciales y EAP. Estos pilotajes permitieron contrastar en contextos reales los circuitos propuestos, generar evidencia operativa y adaptar el modelo a las características territoriales de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) y Áreas de Salud.

De manera paralela, se desplegó un proceso continuo de trabajo colaborativo a través de las Mesas de Coordinación de ZBS y de Área de Salud, concebidas como un mecanismo mixto de construcción del modelo. Este enfoque combinó una lógica **top-down**, orientada a trasladar criterios comunes definidos en las estructuras de gobernanza, con una lógica **bottom-up**, destinada a incorporar la experiencia cotidiana de los centros residenciales y de los EAP.

Entre 2023 y 2025 se celebraron 253 Mesas de Coordinación de ZBS (108 en 2023–2024 y 145 en 2024–2025), a las que se sumaron 17 Mesas de Coordinación de Área de Salud en 2025. Estas mesas se consolidaron como espacios clave para la resolución de incidencias, la adaptación de circuitos y la identificación de necesidades organizativas y formativas.

A finales de 2024 se completó el diseño del modelo, que fue posteriormente contrastado mediante tres reuniones de evaluación conjunta con los EAP implicados, los centros participantes en los pilotajes y los equipos directivos correspondientes. Estas sesiones incluyeron varios análisis, orientados a identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del despliegue del modelo, así como propuestas de mejora en ámbitos como la coordinación operativa, la integración de sistemas de información, la comunicación interinstitucional y la sostenibilidad organizativa.

Estos procesos se acompañaron, además, de un despliegue formativo relevante, con la realización de 65 sesiones de formación centradas en los fundamentos del modelo, las figuras de coordinación, los sistemas de información y los

procesos compartidos. En estas acciones participaron aproximadamente 300 profesionales del sistema sanitario (atención primaria, hospitalaria y salud pública) y más de 500 profesionales de centros residenciales y centros de día, contribuyendo a la creación de un marco común de comprensión y a la consolidación de una cultura de trabajo coordinado.

Este itinerario —basado en construcción conceptual, pilotaje territorial, formación progresiva y evaluación participada— ha permitido disponer de un **modelo alineado con la realidad operativa de los centros residenciales y de la red pública de salud**. Sobre esta base se realiza, a continuación, un análisis del punto de partida del sistema, incorporando de forma estructurada las conclusiones extraídas del proceso DAFO desarrollado en el marco de los pilotajes

3.4. ANÁLISIS DAFO DEL PUNTO DE PARTIDA DEL MODELO

El proceso de pilotaje, el trabajo desarrollado en las Mesas de Coordinación y las sesiones de evaluación participada permitieron realizar un análisis DAFO compartido, basado en la experiencia directa de los profesionales de centros residenciales, Equipos de Atención Primaria, dispositivos hospitalarios y estructuras de coordinación.

Este análisis, realizado de forma participativa, identifica los principales factores internos y externos que condicionan el despliegue del Modelo y constituye un elemento clave para orientar su diseño, implantación y sostenibilidad.

3.4.1. Fortalezas

El análisis DAFO pone de manifiesto un conjunto de fortalezas relevantes que han permitido iniciar el despliegue del modelo y generar una base sólida para su consolidación.

En primer lugar, destaca la **creación**, a través de los pilotajes, **de vías de comunicación normalizadas, un lenguaje común y esquemas de trabajo compartidos**, articulados fundamentalmente mediante las Mesas de Coordinación. Estas estructuras han sido señaladas de forma reiterada por los profesionales como un elemento clave para ordenar la relación entre centros residenciales y sistema sanitario, superando dinámicas informales y dependientes de iniciativas individuales.

 DEBILIDADES	 AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sobrecarga asistencial y falta de tiempo para la coordinación. ■ Déficits organizativos y de comunicación en algunos equipos. ■ Insuficiente formación específica en atención integrada y roles de coordinación. ■ Fragmentación histórica entre los sistemas sanitario y social. ■ Limitaciones en interoperabilidad y duplicidades en los sistemas de información. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Limitaciones presupuestarias y dificultad para garantizar recursos humanos estables. ■ Envejecimiento poblacional y aumento de la complejidad clínica y social. ■ Inercias organizativas y resistencias al cambio en algunos entornos. ■ Desigualdades territoriales en recursos y capacidad de respuesta. ■ Riesgos normativos y estructurales aún no completamente resueltos.
 FORTALEZAS	 OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Canales de comunicación y coordinación ya estructurados gracias a los pilotajes. ■ Lenguaje común y mayor entendimiento entre sistema sanitario y centros residenciales. ■ Existencia de un equipo de coordinación sociosanitaria que aporta coherencia técnica. ■ Disponibilidad de recursos sanitarios ya existentes que facilitan la integración. ■ Alto compromiso y motivación de los profesionales implicados. ■ Marco normativo y organizativo residencial consolidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contexto institucional y profesional favorable a la coordinación sociosanitaria. ■ Desarrollo progresivo de sistemas de información compartidos. ■ Impulso de programas formativos específicos en atención integrada. ■ Alineación con estrategias europeas y nacionales de cuidados de larga duración. ■ Actualización normativa que puede reforzar la estabilidad del modelo.

Tabla 4: análisis DAFO desarrollado en las sesiones de evaluación.

Asimismo, se identifica como fortaleza el **conocimiento progresivo del contexto residencial** por parte del sistema sanitario, tanto desde el punto de vista normativo como organizativo y asistencial. Este mayor entendimiento de las dinámicas de funcionamiento de los centros y de las necesidades reales de las personas usuarias ha permitido ajustar los circuitos sanitarios y mejorar la adecuación de las respuestas clínicas y de cuidados.

El DAFO resalta también el **papel del Equipo de Coordinación Sociosanitaria como estructura de soporte y acompañamiento a los Equipos de Atención Primaria (EAP) y a los centros residenciales**. Esta figura ha aportado coherencia técnica, capacidad de resolución de incidencias y un marco de referencia común, facilitando el paso de experiencias aisladas a un planteamiento de modelo compartido a nivel regional.

Desde el punto de vista del sistema sanitario, se reconocen como fortalezas los **recursos y dispositivos ya disponibles en el SMS**, entre los que se incluyen la estrategia de abordaje de fragilidad en atención primaria, los equipos de soporte de cuidados paliativos, los servicios de geriatría, las unidades de crónicos, la hospitalización a domicilio, los servicios de farmacia, las figuras de enfermería de enlace y gestores de casos, así como la Gerencia del 061. La existencia de estos recursos facilita la articulación de respuestas integradas sin necesidad de crear nuevos dispositivos.

Finalmente, se subraya la **motivación y el compromiso** de los equipos de Atención Primaria y de los centros residenciales, así como el papel creciente de otros perfiles profesionales, como el trabajo social sanitario, en los procesos de coordinación, reforzando la viabilidad del modelo desde una perspectiva interdisciplinar.

A estas fortalezas derivadas del proceso se suman las propias del sistema residencial de la Región de Murcia, que constituye un **componente consolidado del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia**, plenamente integrado en la cartera de servicios reconocida por la Ley 39/2006. Este encaje normativo proporciona un marco estable de derechos, garantías y organización, y facilita la articulación con otros recursos de cuidados de larga duración.

A nivel autonómico, la **existencia de una regulación específica de los centros residenciales y de instrumentos de planificación estratégica**, como el Plan Regional de Servicios Sociales 2025–2028, aporta coherencia y orientación al sistema, reforzando objetivos vinculados a la calidad, la profesionalización, la innovación organizativa y el desarrollo de modelos de atención centrados en la persona. En este contexto, el DAFO pone de relieve la **progresiva consolidación de los centros residenciales como espacios de vida y de atención**

integral, donde ya se desarrollan procesos estructurados de acogida, planes individualizados de atención y prácticas habituales de trabajo interdisciplinar, que constituyen una base sólida para avanzar hacia una mayor integración de la atención sanitaria.

A estas fortalezas de carácter organizativo y normativo se suma, además, la **existencia de líneas de financiación específicas** ya activadas y alineadas con el desarrollo del nuevo modelo, que permiten pasar del marco conceptual a la implementación real de actuaciones transformadoras.

Desde la Región de Murcia y, más concretamente, desde el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), dentro de esta línea y a través de distintos Convenios de Colaboración suscritos, se están financiando proyectos directamente alineados con el desarrollo de los nuevos modelos de cuidados, en concreto a través de:

- El **Convenio de colaboración entre el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM)** para la ejecución de proyectos con cargo a los fondos europeos procedentes del Mecanismo para la Recuperación y Resiliencia, concretamente en el Componente 22, cuyo objetivo principal es la modernización y el refuerzo del conjunto de los servicios sociales, con especial atención al modelo de cuidados de larga duración, promoviendo la innovación y el desarrollo de un modelo de Atención Centrada en la Persona.
- El **Convenio entre el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSER-SO) y la CARM** para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, así como para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado. En este marco se están desarrollando actuaciones a través de subvenciones anuales dirigidas a la mejora de la calidad de los centros y servicios, de acuerdo con el modelo de atención centrada en la persona.
- Igualmente, a través del **Programa FSE+ de la Región de Murcia 2021-2027, en particular mediante la medida 2.k.2.2.** “Desarrollo de nuevos modelos de cuidados de larga duración de atención a personas con discapacidad y enfermedad mental grave”, se van a financiar nuevos proyectos orientados a la atención de personas con discapacidad, reforzando la transición hacia modelos más personalizados y coordinados.

La concurrencia de estos instrumentos financieros constituye una fortaleza clave del punto de partida del modelo, al proporcionar un soporte económico coherente con sus principios, facilitar el pilotaje y la escalabilidad de las actuaciones, y reforzar la alineación entre la planificación estratégica, la innovación organizativa

y la práctica cotidiana de los cuidados de larga duración en la Región de Murcia.

3.4.2. Debilidades

El análisis DAFO identifica debilidades internas que condicionan el despliegue homogéneo del modelo y explican la necesidad de avanzar hacia un marco estructurado de coordinación.

Una de las debilidades más señaladas es la **sobrecarga asistencial de los EAP y de los centros residenciales**, junto con la limitación del tiempo disponible para actividades de coordinación. Esta situación dificulta la incorporación sistemática de la coordinación en la práctica ordinaria si no se reconoce explícitamente y se organiza de forma estructurada. A ello se suman factores internos de los propios equipos, como dificultades de comunicación, dinámicas de trabajo en equipo desiguales o una integración insuficiente de la perspectiva social en algunos contextos.

El DAFO pone también de relieve **problemas de gestión a distintos niveles**, relacionados con la falta de alineación entre planificación, organización de del tiempo y priorización del trabajo. Estas disfunciones generan tensiones en la práctica cotidiana y dificultan una respuesta homogénea a la necesidad de coordinación.

Otra debilidad relevante es la **falta de formación específica en atención integrada y coordinación**, especialmente en lo relativo a la definición de roles, los procesos compartidos y el uso de herramientas comunes.

A estas limitaciones operativas se suman **debilidades estructurales previas** al despliegue del modelo, que explican la necesidad de un marco común de coordinación estable. El análisis identifica la persistencia de una fragmentación histórica entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales, reforzada por limitaciones en los sistemas de información, duplicidades de registro y desarrollos incompletos de interoperabilidad. Esta combinación dificulta la comunicación ágil entre profesionales, la trazabilidad de los procesos y la consolidación de un modelo de coordinación estable y evaluable.

3.4.3. Amenazas

El análisis identifica amenazas externas que pueden comprometer la sostenibilidad del modelo si no se abordan de manera estructural.

Las **limitaciones presupuestarias y la dificultad para asegurar recursos humanos** suficientes y estables constituyen el principal factor de riesgo, especialmente en un contexto de alta demanda asistencial.

Se identifican también como amenaza los **problemas externos e inercias de organización en algunos centros y determinados EAP**, especialmente en relación con la gestión de la demanda, la coordinación y la estructuración del trabajo, que limita la capacidad de interlocución.

Otra amenaza relevante es la **presión demográfica y epidemiológica** asociada al envejecimiento de la población y al incremento de la complejidad clínica y social, que puede desbordar la capacidad de respuesta del sistema si no se acompaña de una adecuada planificación de recursos y de actividades formativas en este ámbito.

Asimismo, persisten **riesgos asociados a la variabilidad en los sistemas de información** y a la resistencia al uso de nuevas tecnologías, que pueden frenar el potencial del modelo si no se acompaña de desarrollos progresivos y soporte adecuado.

A estas amenazas se suman las **desigualdades territoriales** en la distribución de recursos residenciales y en la capacidad de respuesta del sistema sanitario, con concentraciones más elevadas de centros y mayor dificultad de acceso según el caso.

Por último, el DAFO señala de forma explícita una miscelánea de riesgos estructurales, como el desarrollo normativo insuficiente en algunos ámbitos o la limitada articulación con Salud Pública e Inspección, que requieren ser abordados desde una perspectiva estratégica.

3.4.5. Oportunidades

El contexto actual ofrece oportunidades relevantes para consolidar y escalar el Modelo de Atención Integrada.

Existe un **clima favorable para la coordinación sociosanitaria**, tanto a nivel

institucional como profesional, derivado de los aprendizajes de la pandemia y de la experiencia acumulada en los pilotajes.

El **desarrollo progresivo de los sistemas de información**, junto con la posibilidad de integrar información clínica y social, representa una oportunidad clara para mejorar la trazabilidad, la seguridad y la toma de decisiones compartida.

El **despliegue de programas de formación específicos en atención integrada y coordinación sociosanitaria**, junto con la implicación de estructuras como la Unidad de Desarrollo Profesional del SMS, la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia y la Escuela de Formación e Innovación de la Administración Pública, ofrece una base sólida para reforzar las competencias profesionales y consolidar una cultura común.

Asimismo, los **marcos europeos y nacionales de atención integrada, cronicidad y cuidados de larga duración** proporcionan referencias y legitimidad al modelo, alineándolo con estrategias de mayor alcance.

Finalmente, la **actualización normativa** en curso abre una ventana de oportunidad para consolidar el modelo desde el punto de vista organizativo y regulatorio, reforzando su estabilidad a medio y largo plazo.

3.5. GOBERNANZA DEL MODELO

A partir del análisis DAFO, la consolidación del Modelo exige una **arquitectura de gobernanza que permita reducir la variabilidad territorial, sostener la coordinación en el tiempo y traducir los acuerdos técnicos en prácticas homogéneas**. La gobernanza del Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria en centros residenciales se sustenta en la arquitectura organizativa definida por la Orden conjunta de 9 de mayo de 2025, por la que se modifica la Orden conjunta de 2 de marzo de 2006. Esta normativa establece los órganos colegiados de coordinación sociosanitaria en la CARM y define sus funciones, composición y relaciones de funcionamiento. El nivel macro constituye el marco estratégico en el que se articulan las decisiones comunes entre la Consejería de Salud y la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad, garantizando coherencia, continuidad y capacidad operativa del modelo en todo el territorio.

3.5.1. Órganos de Gobernanza regional

Comisión Regional de Coordinación Sociosanitaria

Es el órgano de planificación y coordinación de mayor rango en materia de atención sociosanitaria en la Región de Murcia. Le corresponde:

- La planificación y coordinación de las acciones objeto de la Orden.
- La definición de líneas estratégicas y principios rectores en coordinación sociosanitaria.
- La aprobación del Plan de Coordinación Sociosanitaria y de las propuestas elevadas por la Comisión Técnica.
- La incorporación de responsables de otros centros directivos cuando así lo requiera la materia.

La presidencia y vicepresidencia son rotatorias entre los titulares de ambas consejerías, y está compuesta por las vocalías de las secretarías generales y el resto de direcciones generales, incluyendo a los gerentes del SMS e IMAS.

La Comisión es, por tanto, el espacio de alineamiento político-estratégico, y garantiza la visión común sobre la atención integrada en centros residenciales.

Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria

Es un órgano colegiado técnico, dependiente de la Comisión Regional y con carácter asesor. Sus funciones principales son:

- Asesorar a la Comisión Regional.
- Desarrollar los principios rectores y las líneas estratégicas definidos por la Comisión Regional.
- Elaborar el Proyecto de Plan de Coordinación Sociosanitaria sobre la base de las aportaciones sectoriales de las Subcomisiones.
- Ejecutar las actuaciones necesarias para la consecución de los objetivos del Plan.
- Formular propuestas operativas territoriales y criterios de delimitación sanitaria y social para mejorar la coordinación.
- Proponer la creación de nuevas estructuras de coordinación y perfiles profesionales .

- Impulsar proyectos piloto de coordinación sociosanitaria.
- Colaborar con otras entidades y organismos.

La composición es paritaria con 6 técnicos designados por la Consejería de Salud, 6 técnicos designados por la Consejería de Política Social y los/as Coordinadores/as de cada Subcomisión Sociosanitaria.

La Comisión Técnica se configura, así, como el órgano motor del desarrollo operativo, garantizando que los criterios estratégicos se trasladen a la práctica.

Subcomisión de cuidados de larga duración y centros residenciales

La Subcomisión de Cuidados de Larga Duración y Centros Residenciales forma parte del sistema de subcomisiones técnicas establecido en la Orden de 2025, cada una orientada a ámbitos específicos de coordinación sociosanitaria. En este caso es el órgano especializado responsable del desarrollo técnico del Modelo de Atención Integrada en el ámbito residencial. En ella se elaboran los componentes técnicos del modelo, se analizan los resultados de su implantación y se formulan propuestas que posteriormente son elevadas a la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria. Otras de sus funciones son:

- Impulsar proyectos piloto de coordinación sociosanitaria, como los presentados en apartados anteriores.
- Formular propuestas operativas territoriales, basadas en la experiencia acumulada, la realidad de los centros y las necesidades detectadas
- Analizar información técnica, identificando áreas de mejora y orientando ajustes del modelo.
- Constituir grupos de trabajo específicos cuando así lo requiera la complejidad de los temas abordados o su transversalidad, incorporando perfiles técnicos especializados cuando sea oportuno, de otras administraciones públicas.

La subcomisión cuenta con una composición paritaria entre la Consejería de Salud y la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad.

3.5.2. Estructura técnica de soporte a la gobernanza: Equipo de Coordinación Sociosanitaria SMS/IMAS

El despliegue práctico del modelo y la aplicación efectiva de las decisiones adoptadas en los órganos de gobernanza recaen en el **Equipo de Coordinación Sociosanitaria SMS/IMAS**, dispositivo técnico permanente que trabaja de forma conjunta para ambas consejerías.

Mientras que la Subcomisión desarrolla los elementos técnicos del modelo, el Equipo de Coordinación tiene como misión **trasladarlos a la práctica**, asegurando que se aplican de forma coherente y homogénea en todas las Áreas de Salud y en los centros residenciales.

Además, este equipo es responsable de **coordinar la recogida, integración y análisis de información**, proporcionando a la Comisión Técnica y a la Subcomisión datos actualizados sobre la implantación del modelo, la calidad asistencial, el funcionamiento de los circuitos y los resultados alcanzados. Esta función resulta clave para **orientar la toma de decisiones, ajustar los procesos y apoyar la evaluación continua del modelo**. Asimismo, el Equipo de Coordinación ofrece **apoyo metodológico y formativo** a las estructuras territoriales y a los grupos de trabajo creados por la Subcomisión, contribuyendo a la sistematización del conocimiento, la interpretación uniforme de los procesos y la mejora continua de las prácticas de coordinación sociosanitaria.

El Equipo de Coordinación constituye el **ponte operativo entre la gobernanza estratégica y la realidad diaria** de los centros residenciales y de los equipos sanitarios y sociales, configurándose como la estructura técnica que sostiene la implantación del modelo y su capacidad evolutiva.

De forma complementaria al Equipo de Coordinación Sociosanitaria, la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud desempeña un papel técnico relevante. Desde sus competencias en planificación sanitaria, ordenación de recursos, análisis de información y evaluación, esta Dirección General contribuye a **garantizar la coherencia del modelo** con la planificación estratégica del sistema sanitario regional, así como su alineación con otras líneas de actuación transversales del SMS.

En particular, su personal técnico participa en funciones clave como el **análisis y tratamiento de información relevante** para la planificación de recursos; el apoyo técnico a la definición de indicadores y sistemas de evaluación del modelo; la **identificación de necesidades estructurales** que requieren ajustes organizativos, normativos o de planificación territorial; y la **coordinación con otros**

centros directivos cuando las actuaciones del modelo afectan a ámbitos como la atención farmacéutica o la acreditación y organización de servicios sanitarios.

Asimismo, su papel resulta relevante para asegurar la **coherencia del modelo con otros planes y estrategias sanitarias regionales, facilitar su integración** en los procesos ordinarios de planificación y ordenación del sistema, y **apoyar su adaptación progresiva** a los cambios demográficos, epidemiológicos y organizativos. Esta función técnica refuerza la capacidad del modelo para **escalar de forma ordenada y mantener su coherencia y sostenibilidad a medio y largo plazo.**

■ 3.6. ESTRUCTURAS Y PERFILES DE COORDINACIÓN

La implementación del modelo de atención integrada requiere una **arquitectura territorial clara** que distinga, por un lado, las estructuras en las que se organiza la coordinación y, por otro, los perfiles que intervienen en ellas para garantizar la continuidad asistencial y la coherencia del modelo.

Esta arquitectura se despliega en dos niveles, **meso y micro**, que permiten adaptar el marco regional a la realidad de cada territorio y avanzar hacia la atención integrada en el día a día de los centros residenciales.

3.6.1. Áreas de Salud: nivel meso

Constituye el espacio territorial donde **se concretan las decisiones estratégicas de la gobernanza y se armonizan los criterios de coordinación** entre atención primaria, atención hospitalaria y centros residenciales.

Mesa de coordinación de Área de Salud

La Mesa de Coordinación del Área de Salud es la estructura principal desde la que **se organiza la coordinación en este nivel**. Se trata de un espacio operativo y estable en el que se revisan los circuitos asistenciales del Área, se analizan incidencias que superan el ámbito de la ZBS y se acuerdan criterios comunes para asegurar la continuidad de cuidados en los centros residenciales.

Perfiles de coordinación de Área de Salud

El funcionamiento de la Mesa descansa en el **Grupo de Coordinación del Área de Salud**, que constituye el núcleo operativo de la coordinación territorial. Este grupo está integrado, al menos, por:

- La dirección médica del Área,
- La dirección de enfermería del Área,
- Profesionales de trabajo social,
- Responsables de admisión,
- Profesionales de calidad asistencial y medicina preventiva.
- Enfermera Referente de Área, perfil designado por la Dirección de Enfermería.

La **Enfermera Referente de Área** desempeña un papel central dentro del Grupo de Coordinación, actuando como **responsable de supervisar y articular el funcionamiento operativo de la coordinación** en el territorio como agente que promueve que el sistema integre los mecanismos de coordinación como parte del proceso asistencial y que los circuitos asistenciales se aplican de manera homogénea. Además, **promueve la interlocución** entre los diferentes servicios hospitalarios, otros proveedores externos de servicios sanitarios y los centros residenciales, facilitando la correcta ejecución de las acciones acordadas en la Mesa de Coordinación del Área.

Este conjunto de perfiles facilita una **mirada multidisciplinar** sobre los procesos asistenciales y permite al Área de Salud adaptar el modelo a su realidad organizativa y a las necesidades específicas de los centros residenciales ubicados en su territorio.

Funciones del nivel meso

El nivel meso desempeña un papel esencial en la **traducción del modelo regional a la práctica territorial**, coordinando los recursos y circuitos asistenciales del Área. Entre sus funciones principales destacan:

- **Acompañar y apoyar a los EAP en la aplicación del modelo**, resolviendo incidencias que afecten al funcionamiento de los circuitos asistenciales o a la relación con los centros residenciales.
- **Dimensionar los recursos necesarios** para asegurar una atención adecuada, analizando la carga asistencial de los EAP y de los servicios hospitalarios.

- ■ ■ **Facilitar circuitos comunes** para la continuidad asistencial entre atención primaria, atención urgente extrahospitalaria y atención hospitalaria, asegurando criterios homogéneos.
- ■ ■ **Coordinar la atención de carácter hospitalario**, todos los procesos que requieran interacción directa entre el centro residencial y el hospital.
- ■ ■ **Garantizar transiciones asistenciales seguras**, especialmente en situaciones de urgencia, hospitalización o retorno al centro residencial.
- ■ ■ **Gestionar casos complejos**, proporcionando apoyo clínico, organizativo y social cuando la situación de la persona usuaria supera la capacidad de resolución del nivel micro.
- ■ ■ **Coordinar la distribución de material sanitario** destinado a los centros residenciales, en colaboración con la Enfermera Referente de Área y los responsables de recursos materiales.
- ■ ■ **Coordinación con Salud Pública** en la gestión brotes de enfermedades transmisibles en centros residenciales, asegurando la aplicación de los protocolos existentes y la comunicación fluida entre dispositivos.

Continuidad operativa y consolidación de los equipos de coordinación del Área de Salud

La sostenibilidad del modelo en el nivel meso depende de la estabilidad y continuidad del Grupo de Coordinación del Área de Salud. Para ello, resulta necesario garantizar la permanencia de sus integrantes clave, planificar los relevos cuando sea preciso y asegurar que los perfiles designados cuentan con experiencia, capacidad organizativa y conocimiento del funcionamiento territorial.

La Enfermera Referente de Área, junto con las direcciones médicas y de enfermería, desempeña un papel decisivo en mantener la cohesión del grupo, asegurar la aplicación homogénea del modelo y facilitar la coordinación con los centros residenciales. Asimismo, es fundamental promover la actualización continua de competencias y la participación en la evaluación y mejora del modelo.

3.6.2. Zona básica de salud (ZBS): nivel micro.

El nivel micro constituye el espacio donde el modelo de atención integrada **se materializa en la práctica diaria**. Es el ámbito más cercano a las personas usuarias, donde se coordinan de manera operativa los equipos de atención pri-

maria y los centros residenciales, garantizando la respuesta a las necesidades reales de cada persona.

Mesa de coordinación de zona básica de salud (ZBS)

Es la estructura operativa clave del nivel micro. Reúne periódicamente al Grupo de Coordinación del Equipo de Atención Primaria (EAP) y a los Grupos de Coordinación de los centros residenciales ubicados en la zona, incorporando a otros dispositivos cuando la situación lo requiere (061, salud mental, enfermera referente de Área, servicios sociales municipales, etc.).

La Mesa de ZBS permite revisar y adaptar los circuitos asistenciales, organizar procesos compartidos, resolver incidencias y asegurar que la coordinación entre el EAP y los centros residenciales se desarrolla efectiva.

Cuando un EAP tenga adscritos varios centros residenciales, podrá organizar una única Mesa de Coordinación de ZBS o varias mesas independientes, en función de su casuística, carga asistencial y criterios organizativos internos, garantizando siempre la participación efectiva de todos los centros.

Perfiles de coordinación de zona básica de salud (ZBS)

Grupo de Coordinación del Equipo de Atención Primaria (EAP)

Constituye la referencia operativa del EAP para la atención integrada en la ZBS. Está integrado, al menos, por:

- Un responsable administrativo.
- Un profesional de enfermería.
- Un médico/a.
- Un profesional de trabajo social.

Este grupo define los criterios internos del EAP para la atención a personas usuarias, organiza las agendas y cupos, supervisa el cumplimiento de los circuitos asistenciales y participa de manera estable en la Mesa de Coordinación de ZBS.

Grupo de Coordinación del Centro Residencial

Cada centro residencial dispone de un grupo interno que actúa como interlocutor estructurado con el EAP y el Área de Salud. Está integrado, al menos, por:

- La dirección del centro.
- La coordinación sanitaria del centro.
- El/la trabajador social.
- Otros perfiles técnicos.

Este grupo aplica los procesos del modelo en el ámbito del centro, gestiona la información necesaria para la coordinación asistencial y articula el seguimiento continuo de los cuidados de la persona usuaria.

Funciones del nivel micro

El nivel micro es responsable de **integrar los procesos de atención en la práctica diaria**, garantizando una coordinación efectiva entre los Equipos de Atención Primaria (EAP) y los centros residenciales. Sus funciones se estructuran en funciones compartidas y funciones específicas de cada actor.

Funciones compartidas entre EAP y centros residenciales

- **Integrar los procesos de atención sanitaria y social**, asegurando tanto la atención urgente como la programada, de acuerdo con los manuales de procesos y las herramientas específicas de coordinación del modelo.
- **Organizar y revisar los circuitos asistenciales**, especialmente aquellos que estructuran la interacción entre los equipos (agendas, comunicación telemática, horarios específicos de coordinación, seguimiento).
- **Favorecer la comunicación fluida y sistemática**, utilizando canales telemáticos y presenciales establecidos, y garantizando la actualización continua de la información relevante.
- **Detectar y gestionar casos complejos**, activando cuando sea necesario los mecanismos de coordinación del Área de Salud u otros dispositivos especializados, cuando la situación excede la capacidad resolutiva de los equipos.
- **Identificar necesidades formativas** relacionadas con la atención integrada y promover acciones de capacitación que mejoren la calidad asistencial y la coherencia de los procesos.
- **Asegurar la correcta aplicación de los protocolos** existentes.

Funciones específicas del Grupo de Coordinación EAP

- **Organizar agendas y cupos clínicos** para garantizar tiempos de respuesta

adequados y coherentes con las necesidades de los centros residenciales.

- ■ ■ **Garantizar la continuidad clínica** mediante consultas programadas y a demanda, manteniendo una comunicación interna coordinada entre medicina, enfermería, trabajo social y el resto de profesionales del EAP.
- ■ ■ **Supervisar la adecuada aplicación de los circuitos asistenciales** por parte del EAP, en coherencia con el modelo regional.
- ■ ■ **Garantizar la formación interna** en los procesos del modelo.

Funciones específicas del Grupo de coordinación del Centro Residencial

- ■ ■ **Preparar y transmitir al EAP la información necesaria** para la integración de la atención, manteniéndola actualizada y accesible.
- ■ ■ **Realizar las valoraciones pertinentes** y documentar el proyecto de vida de la persona usuaria.
- ■ ■ **Gestionar las solicitudes de coordinación clínica**, activar los procedimientos urgentes cuando sea necesario y facilitar la preparación de la información para las transiciones asistenciales.
- ■ ■ **Designar responsables internos de interlocución** con el EAP y con el Área de Salud, asegurando claridad organizativa y continuidad en la comunicación.
- ■ ■ **Aplicar y adaptar de forma sistemática los protocolos** en el ámbito del centro para poder integrar la atención y garantizar la formación interna en los procesos del modelo.

Continuidad de los grupos de coordinación y formación de los equipos

La efectividad del nivel micro depende de la estabilidad y madurez de sus grupos de coordinación. Por ello, resulta imprescindible, en la medida de lo posible, **garantizar la continuidad en el tiempo tanto del Grupo de Coordinación del EAP como del Grupo de Coordinación del Centro Residencial**, incorporando mecanismos para planificar el relevo de sus integrantes cuando sea necesario y asegurando que los perfiles seleccionados presentan estabilidad en el puesto, capacidad organizativa y un perfil adecuado para las funciones de coordinación.

El/la coordinador/a del EAP será la persona responsable de articular el funcionamiento del Grupo de Coordinación del propio equipo, mientras que la dirección del centro residencial ejercerá este rol respecto al Grupo de Coordinación del Centro Residencial, garantizando la coherencia organizativa y la interlocución fluida con el Área de Salud.

Asimismo, la implantación del modelo requiere un **compromiso continuado con la formación de los equipos**, asegurando que los profesionales conocen los procesos, herramientas y responsabilidades asociadas al modelo de atención integrada.

■ 3.7. MECANISMOS Y HERRAMIENTAS DE COORDINACIÓN

La coordinación entre los centros residenciales, los equipos de atención primaria y los hospitales requiere un **conjunto de herramientas que permitan ordenar la actividad, compartir información de forma estructurada y garantizar que los procesos de atención se integran en la práctica diaria**. Estas herramientas son el soporte operativo del nivel micro y meso, y permiten que la atención sea homogénea, verificable y centrada en las necesidades de las personas.

3.7.1. Herramientas asistenciales y de coordinación

El modelo se apoya en tres pilares: los procesos de atención integrada, los sistemas compartidos de información y los canales formales de solicitud y registro.

Procesos de atención integrada y manuales de procesos

Los procesos de atención integrada definen **cómo deben actuar los equipos ante las situaciones habituales de coordinación**: atención programada, a demanda y urgente, seguimiento, coordinación, transiciones, actuaciones en situaciones de especial complejidad, etc. Estos procesos se recogerán en **manuales técnicos de apoyo**, que servirán como referencia operativa para los profesionales en la aplicación del modelo.

Valoraciones compartidas a través de ICC_SANSONET y Ágora

Los centros residenciales realizan sus valoraciones mediante el software **ICC-SANSONET**. Estas valoraciones —que incluyen información clínica, de cuidados y de apoyos— se envían automáticamente a Ágora como documentos oficiales.

Ágora actúa como repositorio interoperable: permite que dicha información esté disponible en la historia clínica de la persona tanto para los profesionales

del SMS como para los profesionales del centro residencial.

Este flujo de información es esencial para hablar un lenguaje común y para el diseño de la actividad integrada.

Solicitudes normalizadas de coordinación

Las necesidades de salud detectadas en el centro residencial se trasladan al EAP mediante solicitudes de coordinación generadas desde ICC-SANSONET, que tienen carácter oficial. Estas solicitudes se envían por vía telemática, a través del correo corporativo establecido para cada EAP, donde son recibidas, clasificadas y valoradas por los profesionales.

Su función es **ordenar la actividad asistencial, permitir la trazabilidad de la coordinación y garantizar que los equipos de atención primaria disponen de la información necesaria** para dar continuidad asistencial a cada persona

Historia clínica electrónica del SMS

La historia clínica es el registro formal donde se documentan las intervenciones, la valoración profesional y las acciones derivadas de la coordinación. De este modo, la actividad sanitaria queda integrada en el sistema de información del SMS, permitiendo a todos los dispositivos asistenciales disponer de una visión completa y actualizada del proceso de atención.

3.7.2. Mecanismo organizativos

Las herramientas anteriores se utilizan dentro de una **estructura organizativa estable** que garantiza su aplicación y seguimiento.

Las **Mesas de Coordinación del nivel micro y meso** son el espacio donde se planifica el trabajo, se revisa la actividad conjunta, se monitoriza el uso de las herramientas y se deja constancia de los acuerdos mediante actas. Permiten un seguimiento ordenado del modelo, la identificación temprana de incidencias y la adopción de ajustes basados en la experiencia de los equipos.

Existen además **mecanismos de escalado** que permiten elevar situaciones no resolubles en la ZBS hacia el Área de Salud o, en última instancia, hacia la Subcomisión. Este proceso asegura coherencia territorial, facilita la toma de decisiones y contribuye a la mejora continua del modelo.

Los manuales de procesos y otros documentos técnicos complementan este funcionamiento, proporcionando criterios comunes y estándares operativos que guían la actuación homogénea en todos los territorios.

Los mecanismos y herramientas descritos en este apartado constituyen la **base práctica que permite que la atención integrada se despliegue de forma coordinada y eficaz**. Su correcta aplicación garantiza que la información fluye, que los equipos disponen de criterios compartidos y que las decisiones se toman sobre una base común y estructurada.

En los capítulos siguientes se profundiza en cómo estos recursos se orientan a la experiencia de la persona y cómo constituyen el núcleo operativo de la coordinación y el trabajo diario de los equipos, completando así la conexión entre la arquitectura organizativa del modelo y su impacto real en la calidad de la atención.



NIVEL MACRO

Gobernanza territorial

- Comisión Regional
- Comisión Técnica
- Subcomisión CLD y Residencias

Marco estratégico, normativo y criterios



Traducción técnica y soporte

- Equipo de Coordinación



NIVEL MESO Y MICRO

Despliegue operativo

- Áreas de Salud (Mesas de área)
- Zonas básicas de salud (Mesas de ZBS)

Perfiles, herramientas y procesos

Figura 4: niveles de gobernanza y despliegue modelo



NIVEL MACRO

Estructuras

- Comisión Regional de Coordinación Sociosanitaria
- Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria
- Subcomisión de Cuidados de Larga Duración y Centros Residenciales
- Equipo de Coordinación Sociosanitaria SMS-IMAS (estructura técnica de soporte)

Funciones

- Definir el marco estratégico, normativo y organizativo del modelo.
- Establecer criterios comunes y estándares de coordinación.
- Garantizar la coherencia territorial del modelo.
- Impulsar pilotajes, evaluación y mejora continua.
- Asegurar la sostenibilidad y escalabilidad del modelo.



NIVEL MESO

Estructuras

- Mesa de Coordinación de Área de Salud
- Grupo de Coordinación del Área
- Enfermera Referente de Área

Funciones

- Adaptar el modelo regional a la realidad del Área de Salud.
- Armonizar circuitos entre atención primaria, hospitalaria y residencias.
- Resolver incidencias que superan el nivel micro.
- Dimensionar recursos y apoyar a los EAP.
- Garantizar transiciones asistenciales seguras.
- Coordinar con Salud Pública y otros dispositivos.



NIVEL MICRO

Estructuras

- Mesa de Coordinación de ZBS
- Grupo de Coordinación del EAP
- Grupo de Coordinación del Centro Residencial

Funciones

- Aplicar el modelo en la práctica diaria.
- Coordinar atención sanitaria y social (programada, a demanda y urgente).
- Gestionar casos complejos y activar escalado cuando sea necesario.
- Asegurar la comunicación fluida y el uso de herramientas comunes.
- Integrar la atención centrada en la persona y su proyecto de vida.



04

LA EXPERIENCIA DE LA PERSONA: EL PROCESO INTEGRADO DE ATENCIÓN

4.1. LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP) EN EL CENTRO RESIDENCIAL COMO BASE DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA

Antes de la interacción formal con el sistema sanitario, la Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) se despliega en el propio centro residencial como marco de referencia para la organización de los apoyos, los cuidados y la vida cotidiana de la persona usuaria. El modelo parte de la premisa de que **el centro residencial es el espacio de vida de la persona**, y que **la atención debe construirse desde su historia, preferencias, capacidades, valores y relaciones significativas**.

En esta fase inicial, **el centro residencial desarrolla su propio proceso de acogida y valoración desde una perspectiva integral**, que incluye dimensiones funcionales, sociales, relacionales y de cuidados, y que se concreta en el **Programa Individual de Atención Social (PIAS)**. Este plan recoge los apoyos necesarios para la vida diaria, la organización de los cuidados, las rutinas significativas para la persona y, cuando procede, los apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica, conforme a la normativa vigente.

La valoración integral constituye un proceso sistemático, interdisciplinar y coparticipado con la persona usuaria y sus personas de apoyo, si es el caso, cuyo objetivo es obtener una comprensión global de su situación y de los apoyos que necesita. Para que sea efectiva, debe realizarse en distintos momentos del proceso de atención, adaptándose a la evolución de la persona:

- **Al inicio de la atención**, durante la acogida en el centro residencial y la primera coordinación con el Equipo de Atención Primaria (EAP).
- **De forma periódica**, con una frecuencia ajustada a la situación de salud, funcionalidad y nivel de complejidad.
- **Ante cambios significativos**, ya sean clínicos, funcionales, emocionales o sociales.



Figura 5: dimensiones de valoracion previa al PIAS.

Para garantizar su carácter integral, la valoración debe incorporar, al menos, las siguientes dimensiones:

- **Dimensión clínica:** situación de salud, enfermedades crónicas, polimedición, riesgos clínicos y parámetros de fragilidad.
- **Dimensión funcional:** nivel de autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, movilidad y riesgo de dependencia creciente.
- **Dimensión cognitiva:** estado cognitivo, deterioro, capacidades preservadas y necesidades de apoyo para la toma de decisiones.
- **Dimensión emocional y conductual:** estado anímico, presencia de síntomas conductuales o psicológicos y factores de bienestar subjetivo.
- **Dimensión social:** red de apoyos formales e informales, situación familiar, vínculos significativos, recursos económicos y factores de vulnerabilidad social.
- **Dimensión ambiental:** adecuación del entorno residencial a las necesidades de la persona y su participación en la vida cotidiana del centro y de la comunidad.

La valoración integral **debe realizarse de manera conjunta por distintos perfiles profesionales**, que aportan miradas complementarias sobre la situación de la persona. Este trabajo interdisciplinar permite que la AICP se concrete en planes de atención coherentes, realistas y compartidos, y facilita que la posterior integración con el sistema sanitario se apoye en una base común.

La AICP en el centro residencial implica, además, una forma específica de trabajo profesional basada en la **observación continuada, el conocimiento profundo de la persona y la adaptación progresiva de los cuidados** ante cambios funcionales, cognitivos o relaciones. **Este enfoque permite identificar de manera temprana situaciones de fragilidad, deterioro o complejidad creciente**, y genera una base sólida para la toma de decisiones compartidas.

Desde esta lógica, la coordinación con el sistema sanitario no sustituye ni redefine el PIAS del centro residencial, sino que se integra en él. Las valoraciones compartidas con el SMS y las indicaciones derivadas de la intervención sanitaria se incorporan al PIAS como elementos complementarios, **garantizando coherencia entre los cuidados cotidianos, las actuaciones sanitarias y los objetivos acordados con la persona y su entorno**.

El proceso de atención integrada se debe construir de forma secuencial y coherente: primero, desde la AICP desarrollada en el centro residencial; después, mediante la articulación con el Equipo de Atención Primaria y otros dispo-

sitivos sanitarios, asegurando continuidad asistencial, claridad de responsabilidades y una experiencia de atención alineada con el proyecto vital de la persona.

En términos operativos, **el diseño actual del modelo se encuentra especialmente consolidado en las fases iniciales del proceso** (acogida, integración inicial y primera coordinación entre el centro residencial y el Equipo de Atención Primaria), apoyándose en herramientas específicas y en circuitos de comunicación definidos. A partir de esa base, **el modelo avanza hacia fases de mayor profundidad en la AICP**, planificación compartida de la atención (PCA) y decisiones complejas— que requieren un refuerzo progresivo de la coordinación y, conforme el modelo madure, de la integración con otros dispositivos (urgencias extrahospitalarias, hospital y otros recursos especializados).

4.2. ACOGIDA EAP, VALORACIÓN INTEGRADA Y PRIMERA COORDINACIÓN ASISTENCIAL

La acogida y la primera coordinación asistencial constituyen el punto de entrada al proceso de atención integrada y representan un momento clave para garantizar la continuidad de cuidados entre el centro residencial y el sistema sanitario. En esta fase se establece la primera integración efectiva entre ambos sistemas, permitiendo el intercambio de las valoraciones disponibles y se definen los criterios iniciales de seguimiento sanitario.

Valoraciones iniciales orientadas a la integración de la atención

Durante la fase de la acogida en el centro residencial los profesionales realiza una **valoración inicial mediante el software específico ICC-SANSONET**. Estas valoraciones tienen un carácter estructurado y su finalidad principal es conocer a la persona usuaria y facilitar la integración de la atención sanitaria y social desde el inicio del proceso.

Las valoraciones realizadas en ICC-SANSONET se envían automáticamente al visor interoperable Ágora, donde quedan registradas como documentos oficiales accesibles tanto para los profesionales del Servicio Murciano de Salud (SMS) como para los propios centros residenciales. De este modo, se garantiza que la información básica necesaria para la coordinación esté disponible desde el primer contacto asistencial.

Estas valoraciones presentan componentes comunes y componentes específicos según el tipo de servicio de atención residencial:

■ ■ ■ **Componentes comunes, especialmente relevantes desde el ámbito de enfermería y trabajo social, orientados respectivamente a:**

- » Identificar información de cuidados básica necesaria ante una posible transición asistencial (urgencias, hospitalización, traslado entre centros residenciales, etc).
- » Describir la situación sociofamiliar, la red de apoyos y las necesidades relacionadas con el ejercicio de la capacidad jurídica.
- » Facilitar una respuesta coordinada en situaciones de cambio o deterioro del estado de salud.

■ ■ ■ **Valoraciones específicas en personas mayores, centradas en la fragilidad, utilizando las mismas herramientas y criterios adoptados por el SMS en su protocolo de abordaje integral de la fragilidad.**

- » Estas valoraciones permiten identificar niveles de riesgo, orientar el seguimiento sanitario y anticipar necesidades de apoyo, constituyendo una base común para la planificación inicial de cuidados.

■ ■ ■ **Valoraciones específicas en personas con discapacidad, orientadas a identificar:**

- » Apoyos necesarios para una atención adecuada y continuada.
- » Elementos clínicos distintivos que requieren especial atención en la coordinación.
- » Situaciones que exigen una mayor complejidad, con la participación de otros profesionales o dispositivos, especialmente en los ámbitos de salud mental, neurología, rehabilitación o cualquier otro tipo de atención hospitalaria.

Estas valoraciones no sustituyen a otras valoraciones clínicas o sociales que empleen ambos sistemas y actúan como **punto de partida común**, permitiendo que todos los profesionales comparten una información mínima homogénea sobre la persona.

Visita de acogida y primera integración con el Equipo de Atención Primaria

A partir de las valoraciones iniciales, se programa una **visita de acogida**, que **constituye el primer acto formal de coordinación entre el centro residencial y el Equipo de Atención Primaria (EAP)**. Esta visita es liderada por Enfermería, tanto del centro residencial como del EAP, y puede realizarse de forma presen-

cial o telefónica, en función de la situación y preferencias de la persona y de criterios organizativos.

En esta visita se revisan de manera conjunta:

- Las valoraciones iniciales disponibles en Ágora.
- El calendario vacunal.
- Los procesos activos que requieren seguimiento en atención primaria y hospitalaria.
- La situación de la receta electrónica y otros aspectos relevantes de conciliación farmacoterapéutica.
- La existencia o no de documento de instrucciones previas registradas.

En este espacio de coordinación pueden participar la persona usuaria y, cuando sea posible, su familia o representantes. En los casos en los que la familia o representante no participe directamente y delegue en los profesionales del centro, éstos deben facilitar la comunicación adecuada con la misma.

Durante la visita, la enfermera del EAP realiza las primeras actuaciones desde el punto de vista sanitario y, si se detecta alguna situación urgente o de especial complejidad, contacta con otros profesionales del equipo (medicina, trabajo social u otros dispositivos).

Continuidad y ajustes médicos iniciales

Tras la visita de acogida, la persona usuaria es citada con el profesional médico del EAP, en un **espacio específico de agenda destinado a la coordinación asistencial**. En esta consulta se revisa la información disponible, se realizan los ajustes clínicos necesarios y se establecen los criterios iniciales de seguimiento. En situaciones de mayor complejidad, esta valoración médica puede programarse de forma específica y ampliada.

En estas primeras intervenciones, resulta esencial que los profesionales sanitarios del centro residencial dispongan de una orientación clara sobre cómo dar continuidad asistencial a los cuidados, actuando como responsables directos de la atención cotidiana y garantizando una atención equivalente a la domiciliaria.

Se recomienda que el centro residencial incorpore las actuaciones sanitarias programadas y dependientes del SMS en un **calendario compartido de cuidados**, que facilite el seguimiento y la coordinación con el EAP.

La acogida y la primera coordinación permiten establecer una **base de trabajo**,

compartir un lenguaje común y asegurar que la atención se integre desde la incorporación de la persona usuaria al centro residencial. Esta fase permite ordenar la relación entre sistemas, anticipar necesidades y crear las condiciones necesarias para avanzar, cuando proceda, hacia componentes de mayor profundidad del modelo como la planificación compartida de la atención.

Valoración del entorno sociofamiliar y de los apoyos

La **valoración integral** de la persona usuaria incorpora el **análisis de su entorno sociofamiliar y de los apoyos disponibles** como un elemento relevante para orientar la planificación inicial de la atención y favorecer la continuidad y coherencia de las intervenciones.

Desde el centro residencial se realiza de forma sistemática la valoración de la red sociofamiliar y de apoyos, atendiendo a la existencia y disponibilidad de figuras de apoyo, la calidad de las relaciones y otros factores sociales que pueden influir en el bienestar, la toma de decisiones y el desarrollo del proyecto vital de la persona. Esta información se integra en las herramientas estandarizadas del modelo y se comparte con el sistema sanitario cuando resulta pertinente.

En situaciones de especial complejidad social, se establece la coordinación con el profesional de Trabajo Social del Equipo de Atención Primaria, con el objetivo de intercambiar información relevante, recibir asesoramiento técnico y, cuando proceda, incorporar los aspectos sociales significativos en la historia clínica, garantizando la confidencialidad y el respeto al marco normativo vigente.

4.3. INTEGRACIÓN DEL PLAN PERSONAL DE ATENCIÓN (PPA) Y DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN SOCIAL (PIAS)

Como ya se señaló con anterioridad, la siguiente etapa es la **integración de los planes de atención**. El PPA es elaborado por el EAP y constituye la herramienta de planificación de la atención sanitaria en este nivel asistencial. En el PPA se planifican las intervenciones que correspondan en bases a las necesidades de salud de cada persona. Por su parte, el **Programa Individual de Atención Social (PIAS)** es elaborado por el centro residencial como instrumento propio del sistema de servicios sociales y constituye el marco integral de planificación de los apoyos, cuidados y actuaciones que estructuran la atención cotidiana de la persona usuaria.

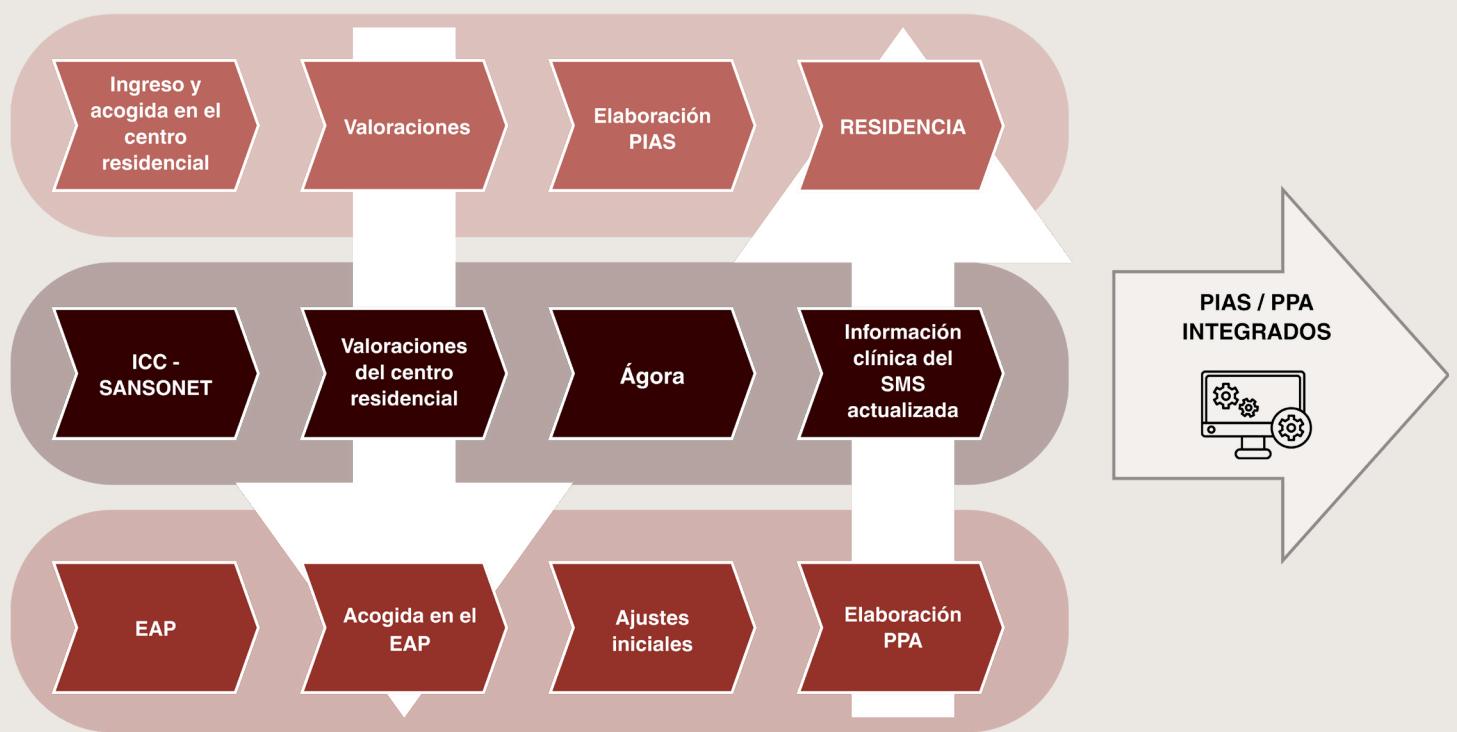


Figura 6: procesos integrados de atención.

En este contexto, el modelo establece que la **dimensión sanitaria del PIAS incorpore la información procedente del Plan Personal de Atención (PPA)** elaborado por el EAP, permitiendo que la atención residencial integre de forma coherente en sus actuaciones propias las recomendaciones del sistema sanitario, cuando las haya, garantizando la continuidad asistencial y la coordinación entre sistemas.

4.3.1. Toma de decisiones: planificación compartida de la atención (PCA) e instrucciones previas

El siguiente proceso en la atención, y más complicado, es la **integración efectiva de los distintos instrumentos de planificación y de un enfoque de toma de decisiones compartidas**, alineado con los principios de la AICP.

En este sentido conviene desarrollar en qué consiste la **PCA**. Se trata de un **proceso asistencial, deliberativo y relacional** que se desarrolla de forma progresiva entre la persona usuaria, su entorno de apoyo y los profesionales sanitarios que la atienden, y que forma parte del PPA-PIAS. La PCA es una metodología que permite **explorar, actualizar y revisar**: valores y preferencias, objetivos de cuidado, prioridades y decisiones sanitarias relevantes, teniendo en cuenta que la situación clínica y vital de la persona puede evolucionar a lo largo del tiempo. Este proceso resulta especialmente relevante en contextos de cronicidad, fragilidad, complejidad o final de vida.

De forma complementaria, el **Registro Murciano de Instrucciones Previas** (RMIP) es un instrumento de carácter **jurídico-sanitario** que permite a cualquier persona mayor de edad expresar de forma anticipada sus voluntades respecto a los cuidados y tratamientos sanitarios que desea o no recibir en situaciones futuras en las que no pueda manifestar su voluntad, así como designar a un representante. Las instrucciones previas registradas tienen **plena validez legal** y son accesibles desde los sistemas de información del SMS, siendo especialmente relevantes en situaciones de urgencia, hospitalización o pérdida de capacidad de decisión.

El RMIP no sustituye a la PCA, sino que la **complementa**, proporcionando un instrumento legal que refuerza la seguridad en la toma de decisiones sanitarias en situaciones críticas.

El Modelo de Atención Integrada reconoce la **complementariedad funcional** entre PPA-PIAS, y la PCA y RMIP como herramientas, promoviendo su integración como garantía de una atención alineada con el proyecto de vida de la



Figura 7: características PIAS/PPA

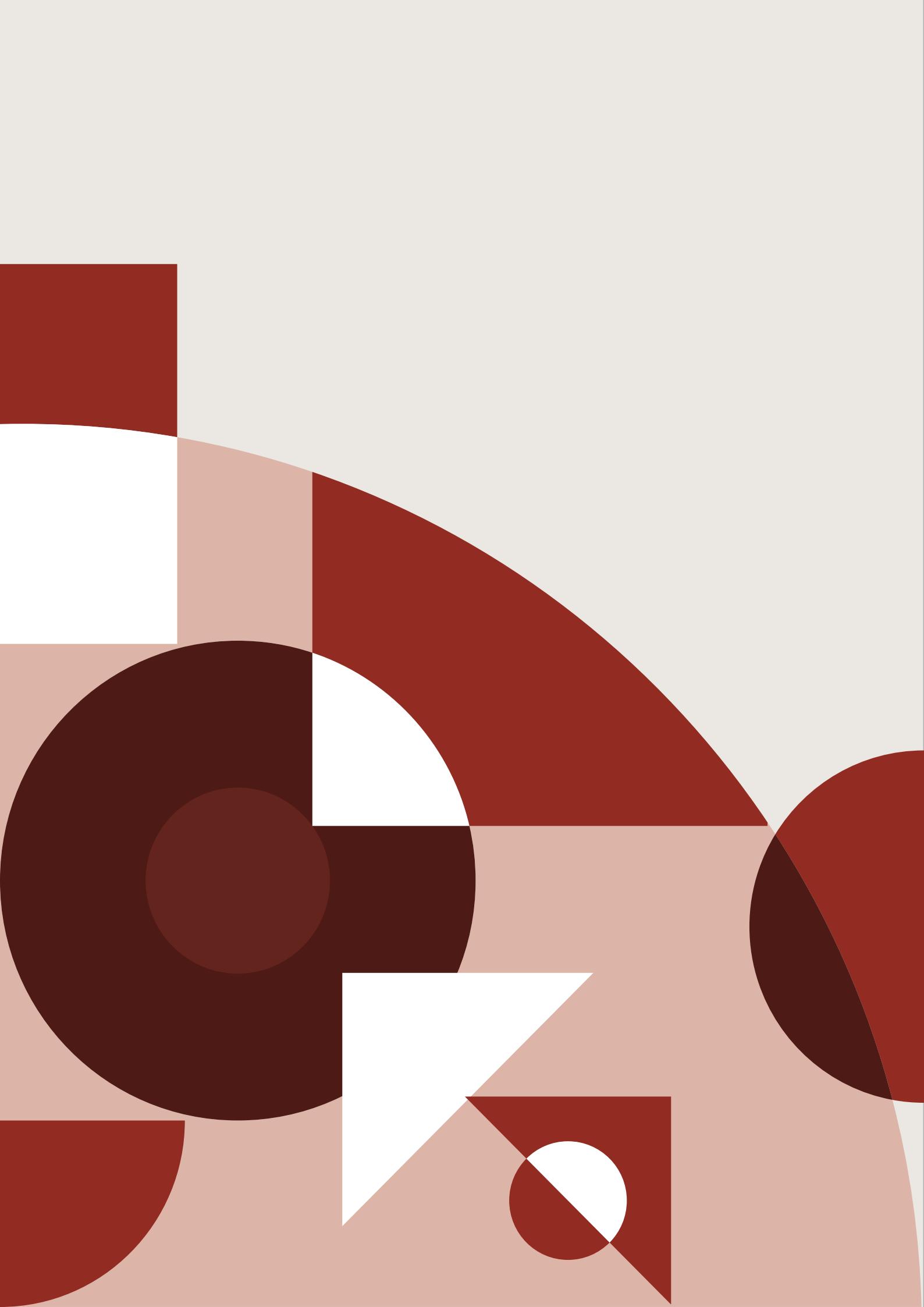
persona.

Las voluntades y preferencias expresadas a través de la PCA y, en su caso, de las instrucciones previas registradas, se incorporan de forma activa en los procesos de planificación y revisión de la atención, desde fases tempranas como la visita de acogida y a lo largo de todo el proceso asistencial.

4.3.2. Seguimiento y revisión: PIAS del centro, cambios significativos y alineación con el EAP

El centro residencial es responsable de revisar de manera periódica el PIAS de cada persona usuaria. Se recomienda que los instrumentos de valoración integral para definir las actuaciones incluidas en dicho plan contemplen, al menos, las mismas herramientas de valoración que el PPA, con el fin de garantizar un lenguaje común y facilitar las intervenciones de carácter sanitario desde los dos ámbitos.

Cuando se haya trabajado sobre la PCA, los acuerdos relevantes deben comunicarse al EAP para alinear objetivos y evitar decisiones incongruentes, especialmente en escenarios de complejidad, crisis o transiciones asistenciales. Esta lógica de revisión sostenida es la que permite que la atención integrada se mantenga como un proceso dinámico y coherente a lo largo del tiempo.



05

EL NÚCLEO DEL SISTEMA: LA COORDINACIÓN

El Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria se apoya en una **concepción progresiva y escalonada de la atención**, orientada a dar respuesta a las necesidades de salud de las personas usuarias de forma continua y segura. Este enfoque se estructura a través de lo que se denomina **Modelo de Coronas de Atención**, que permite ordenar la intervención de los distintos dispositivos asistenciales sin generar rupturas en el proceso de atención.

En el centro del modelo se sitúa la persona usuaria, junto con su familia y/o representantes, como eje de referencia de todas las decisiones. A partir de este núcleo se despliegan sucesivas coronas de atención que responden a distintos niveles de complejidad, y que no deben entenderse como compartimentos estancos, sino como **ámbitos interrelacionados y activables** según las necesidades de cada situación.

La primera corona está constituida por los profesionales del centro residencial, que asumen la atención cotidiana, los cuidados y la detección precoz de cambios en la situación clínica de la persona. En un número significativo de casos, estas necesidades pueden resolverse íntegramente en este nivel, sin requerir la activación de otros dispositivos del sistema sanitario.

Cuando las características de la situación lo aconsejan, se activa una **segunda corona, integrada por el Equipo de Atención Primaria (EAP)**, que actúa como eje de continuidad y responsable de la atención sanitaria de las personas usuarias adscritas al centro. La intervención del EAP permite ampliar la capacidad resolutiva mediante valoraciones adicionales, ajustes terapéuticos, indicación de pruebas diagnósticas, seguimiento de procesos y coordinación con otros niveles asistenciales.

En situaciones que requieren una respuesta inmediata o de mayor complejidad, el modelo contempla la **activación de coronas asistenciales adicionales**, que incluyen los **servicios de urgencias extrahospitalarias**, el **ámbito hospitalario y, cuando procede, los equipos de cuidados paliativos**, tanto en el nivel de atención primaria como hospitalaria. En el caso de la atención urgente, el Centro Coordinador de Urgencias desempeña un papel clave en la continuidad asistencial del proceso. A través de una figura de enfermería de enlace, se garantiza el soporte al centro residencial, la adecuada transmisión de la información clínica relevante y la coordinación con los recursos movilizados, promoviendo que la atención urgente se integre en el proceso asistencial de la persona y no se configure como un episodio aislado.

La fortaleza de este modelo reside en la **calidad de las transiciones entre coronas** y en las actividades de coordinación, que se convierten en un elemento central para garantizar la continuidad asistencial, la seguridad y la coherencia de las decisiones, evitando, en la medida de lo posible, la fragmentación de la atención.

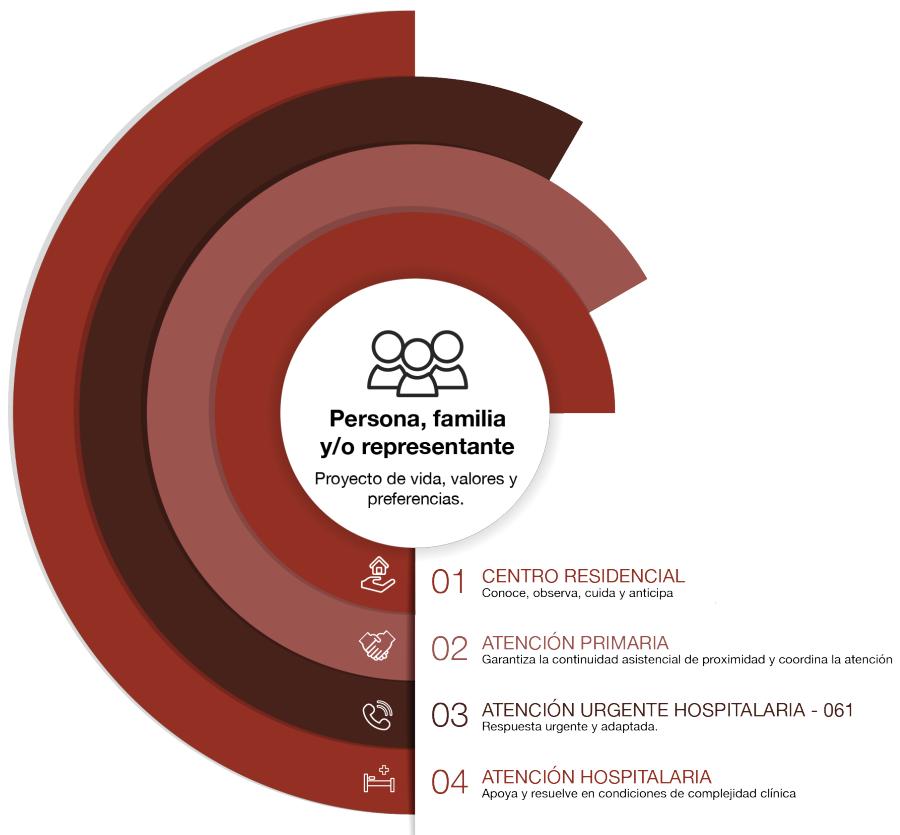


Figura 8: modelo de coronas de atención.

5.1. COORDINACIÓN OPERATIVA EN LA PRÁCTICA DIARIA DEL EAP

En la práctica diaria, muchos procesos de atención sanitaria se inician en el propio centro residencial. Los profesionales del centro detectan con frecuencia situaciones clínicas que, en función de su complejidad, pueden requerir la intervención del EAP para garantizar la continuidad asistencial.

El modelo reconoce de forma explícita que **el EAP es el responsable último de la asistencia sanitaria de las personas usuarias adscritas al mismo**, incluyendo la indicación y el seguimiento de pruebas diagnósticas, tratamientos, ajustes terapéuticos y derivaciones entre niveles asistenciales. **El centro re-**

sidencial, por su parte, asume el **compromiso de facilitar una atención de proximidad**, garantizar los cuidados cotidianos y la continuidad de los procesos definidos por los profesionales del SMS.

Para que esta corresponsabilidad sea efectiva, la coordinación operativa se articula en torno a **tres modalidades complementarias de atención**, que forman parte de la actividad habitual del EAP y se integran en sus agendas asistenciales.

Desde esta perspectiva, la coordinación operativa permite que la atención avance entre niveles asistenciales de forma ordenada, manteniendo al EAP como eje de continuidad clínica y al centro residencial como entorno estable de cuidados, evitando rupturas del proceso asistencial.

Atención a demanda

La atención a demanda da respuesta a **necesidades sanitarias que requieren valoración en un plazo breve**, sin constituir situaciones de urgencia vital. Estas demandas pueden originarse a partir de la observación clínica en el centro residencial, de la propia persona usuaria o de su familia o representantes, y se canalizan a través de los circuitos habituales del EAP. Este tipo de atención se integra en los huecos correspondientes de las agendas.

Atención programada

La atención programada **incluye el seguimiento de patologías crónicas, el proceso de acogida y la elaboración y revisión de los Planes Personalizados de Atención (PPA)**. Estas actuaciones forman parte de la planificación asistencial habitual del EAP y se coordinan con el centro residencial para asegurar que las intervenciones sanitarias se alinean con los cuidados diarios y con el proyecto de vida de la persona. Este tipo de atención también se integra en los huecos correspondientes de las agendas.

En el marco de la atención programada, el modelo incorpora de forma sistemática la revisión de aspectos relacionados con la planificación de la atención. En este contexto, desde el EAP se valora la existencia de instrucciones previas registradas en el RMIP, así como la necesidad de iniciar o profundizar procesos de PCA cuando no existan o cuando la situación clínica lo aconseje.

Consulta de coordinación asistencial

La consulta de coordinación asistencial es el **espacio específicamente destinado a articular la continuidad entre la atención iniciada en el centro resi-**

dencial y la intervención sanitaria del EAP, especialmente en lo que respecta a los facultativos.

Esta consulta se incorporará dentro de los huecos habituales de agenda de los profesionales de medicina del EAP, de acuerdo con las instrucciones que determine la Dirección General de Atención Primaria. Dichas instrucciones establecerán la recomendación de un cupo máximo de personas usuarias de centro residencial por facultativo de EAP, con una actividad de coordinación que permita garantizar una cobertura adecuada.

En este espacio, el profesional facultativo valora las solicitudes de coordinación remitidas por el centro residencial, revisa la información disponible, realiza ajustes diagnósticos o terapéuticos y se coordina el profesional de referencia del centro residencial. La consulta de coordinación **no sustituye a la atención clínica ordinaria**, sino que ordena y hace trazable la relación asistencial, evitando decisiones fragmentadas o descontextualizadas.

Herramientas para la coordinación operativa

La coordinación operativa se apoya en el **uso sistemático de valoraciones estructuradas y solicitudes de coordinación**, que actúan como hilo conductor del proceso asistencial. Estas herramientas permiten **registrar de forma clara las necesidades identificadas** en el centro residencial, **facilitar una valoración clínica fundamentada** por parte del EAP, **alinear las intervenciones** entre profesionales y **garantizar la trazabilidad y la seguridad del proceso**.

Estas herramientas **se integran en los sistemas de información del SMS** mediante un **marcado automático de las personas usuarias** que viven en centros residenciales, que identifica el centro de procedencia y señala la existencia de valoraciones disponibles en el visor corporativo Ágora. Este marcado constituye un elemento clave para la coordinación, ya que permite a los profesionales del EAP, de los dispositivos de urgencias extrahospitalarias y del ámbito hospitalario reconocer de forma inmediata la situación residencial de la persona usuaria y disponer de la información relevante para la toma de decisiones clínicas.

Este sistema facilita, además, la localización de las personas usuarias en el entorno hospitalario y orienta las actividades de coordinación que deben desarrollarse en los procesos de urgencias, hospitalización y consultas externas, contribuyendo a que la atención prestada en estos dispositivos se integre en el proceso asistencial global y no se configure como una intervención aislada.

Para que esta coordinación sea **efectiva y sostenible**, resulta necesario que los centros residenciales utilicen de forma sistemática las herramientas definidas en

el modelo, asegurando que la información trasladada al sistema sanitario sea clara, estructurada y pertinente para la toma de decisiones. Del mismo modo, es fundamental **facilitar una comunicación ordenada con el EAP y el hospital**, respetando los canales y tiempos de atención establecidos, favoreciendo una respuesta más adecuada por parte de los profesionales implicados.

El centro residencial desempeña, además, un papel esencial en el seguimiento cotidiano y en la continuidad de los cuidados, supervisando la correcta implementación de las actuaciones acordadas y actuando como referente estable para la persona usuaria y su entorno. Desde este enfoque, **la coordinación operativa se concibe como una responsabilidad compartida**, basada en la confianza mutua, el uso coherente de herramientas comunes y el compromiso conjunto de los equipos para ofrecer una atención integrada, accesible y alineada con las necesidades de cada persona.

DIMENSIÓN	ATENCIÓN A DEMANDA	ATENCIÓN PROGRAMADA	CONSULTA DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL
FINALIDAD	Dar respuesta clínica a una necesidad sanitaria concreta	Realizar un seguimiento planificado y estructurado de la atención sanitaria	Ordenar y garantizar la continuidad asistencial mediante un proceso de coordinación explícito
TIPO DE ACTUACIÓN	Necesidades clínicas no urgentes que requieren valoración en un plazo breve	Seguimiento planificado y proactivo de la persona, incluyendo la acogida y la revisión del PPA	Situaciones que requieren integrar la información sanitaria entre el centro residencial y EAP para la toma decisiones coherentes y la continuidad de procesos por parte del SMS
ORIGEN	Persona usuaria, familia o representantes, centro residencial	Planificación asistencial del propio EAP	Solicitudes de coordinación remitidas por el centro residencial
USO DE HERRAMIENTAS DE COORDINACIÓN	No requiere el uso de valoraciones ni solicitudes específicas de coordinación	Puede apoyarse en valoraciones disponibles	Requiere el uso sistemático de valoraciones estructuradas y solicitudes de coordinación

GRADO DE COMPLEJIDAD	Según la situación clínica.	Según el proceso y seguimiento que requiera	Dependiente del adecuado uso de herramientas, de la existencia de horarios de comunicación y del grado de colaboración entre profesionales
CARACTER DE LA INTERVENCIÓN	Reactiva y puntual	Proactiva y planificada	Deliberada, contextualizada y coordinada para asegurar continuidad asistencial
INTEGRACIÓN EN LA AGENDA	Huecos ordinarios en las agendas del EAP	Huecos ordinarios en las agendas del EAP	Huecos específicos en la agenda del EAP y tiempos compartidos de comunicación

Tabla 5: tipología de atención en EAP

5.2. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN HOSPITALARIA

La atención integrada a las personas que viven en centros residenciales se apoya, de forma prioritaria, en una **relación estructurada entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria**. El modelo parte de los dispositivos existentes en el SMS y los ordena para garantizar continuidad asistencial y seguridad en las intervenciones.

La Atención Primaria actúa como eje de continuidad clínica y punto de referencia estable para la persona usuaria, mientras que la Atención Hospitalaria interviene cuando la situación lo requiere. El modelo refuerza esta lógica mediante mecanismos de coordinación que permiten **anticipar necesidades y mejorar el retorno al centro residencial** tras las interacciones con el entorno hospitalario.

Esta articulación se concreta especialmente en procesos como las derivaciones a urgencias, los ingresos hospitalarios, la planificación del alta y el seguimiento posterior, las consultas externas, así como situaciones de alta complejidad clínica o de final de vida.

La intervención de los dispositivos de urgencias y hospitalarios se concibe como

una **extensión temporal del proceso asistencial** iniciado en el entorno residencial y en Atención Primaria, debiendo integrarse posteriormente en la atención habitual para garantizar **continuidad, coherencia y seguridad**.

Figuras de Enfermería como facilitadoras de la continuidad asistencial

La continuidad asistencial en los procesos que requieren la intervención de dispositivos hospitalarios o de urgencias extrahospitalarias se apoya de forma significativa en el **papel de determinadas figuras de enfermería** con funciones de enlace y facilitación de la coordinación entre niveles.

En el ámbito del Área de Salud, **la enfermera referente de Área actúa como figura clave para facilitar la coordinación entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria y centros residenciales**. Su función no es asumir la atención clínica ni sustituir a los equipos responsables, sino ordenar, acompañar y facilitar los procesos asistenciales que dependen del ámbito hospitalario cuando la complejidad de la situación lo requiere. Desde esta posición, contribuye a mejorar la comunicación entre dispositivos, orientar a los equipos en circuitos hospitalarios complejos, apoyar las transiciones asistenciales y favorecer que las decisiones clínicas se adopten de forma coherente con el proceso previo de atención.

De forma complementaria, en las situaciones que requieren atención urgente extrahospitalaria, **la continuidad asistencial se articula a través del Centro Coordinador de Urgencias (CCU)**. En este contexto, la figura de la enfermera de enlace del CCU podría dar soporte al centro residencial durante el proceso de atención urgente, facilitando la comunicación, la transmisión de información relevante y la continuidad del proceso asistencial iniciado. Esta intervención permite que la respuesta urgente se integre en el marco del modelo, favoreciendo la posterior continuidad con el EAP y, en su caso, con el ámbito hospitalario.

La disponibilidad y consulta de las instrucciones previas registradas en el RMIP, cuando existan, contribuyen en estos escenarios a orientar la toma de decisiones clínicas y a garantizar que la respuesta urgente o en el ámbito hospitalario sea coherente con la voluntad expresada previamente por la persona. En este proceso, **la enfermera de enlace del CCU y la enfermera referente actúan como figuras facilitadoras**, difundiendo a los equipos asistenciales los mecanismos para la identificación de las instrucciones previas y su acceso en los sistemas de información. Esta función favorece que la atención urgente y hospitalaria se integre en el marco de la planificación de la atención.

Procesos hospitalarios de soporte y ajustes organizativos

Determinados procesos clave para la atención a personas que viven en centros residenciales, por su complejidad, descansan en el ámbito hospitalario y requieren una atención específica. Entre ellos destacan la **coordinación con unidades hospitalarias** como los servicios de geriatría, medicina interna, farmacia, neurología, rehabilitación o ámbitos específicos como la salud mental. También, la organización del transporte sanitario en consultas sucesivas, la provisión y gestión de material sanitario.

El modelo reconoce también el papel de Salud Pública y de los profesionales de Medicina Preventiva del ámbito hospitalario como elementos estructurales de soporte a la atención integrada en centros residenciales. La vigilancia epidemiológica, la detección y gestión de brotes, así como el control y la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, requieren una coordinación específica que trasciende el ámbito del centro residencial y del EAP. Estas funciones se articulan a través de los dispositivos de Área de Salud, contando con el apoyo de la enfermera referente como figura facilitadora de la coordinación, y se integran progresivamente en el modelo como parte de los procesos hospitalarios de soporte.

La identificación de incidencias recurrentes o necesidades de ajuste en estos ámbitos se canaliza a través de las estructuras del Área de Salud y, cuando procede, mediante la implicación de las direcciones y del Equipo de Coordinación Sociosanitaria SMS–IMAS. El despliegue de Mesas de Coordinación de Área es todavía desigual, lo que se asume, dentro del modelo, como un proceso progresivo de consolidación (ver capítulo 6).

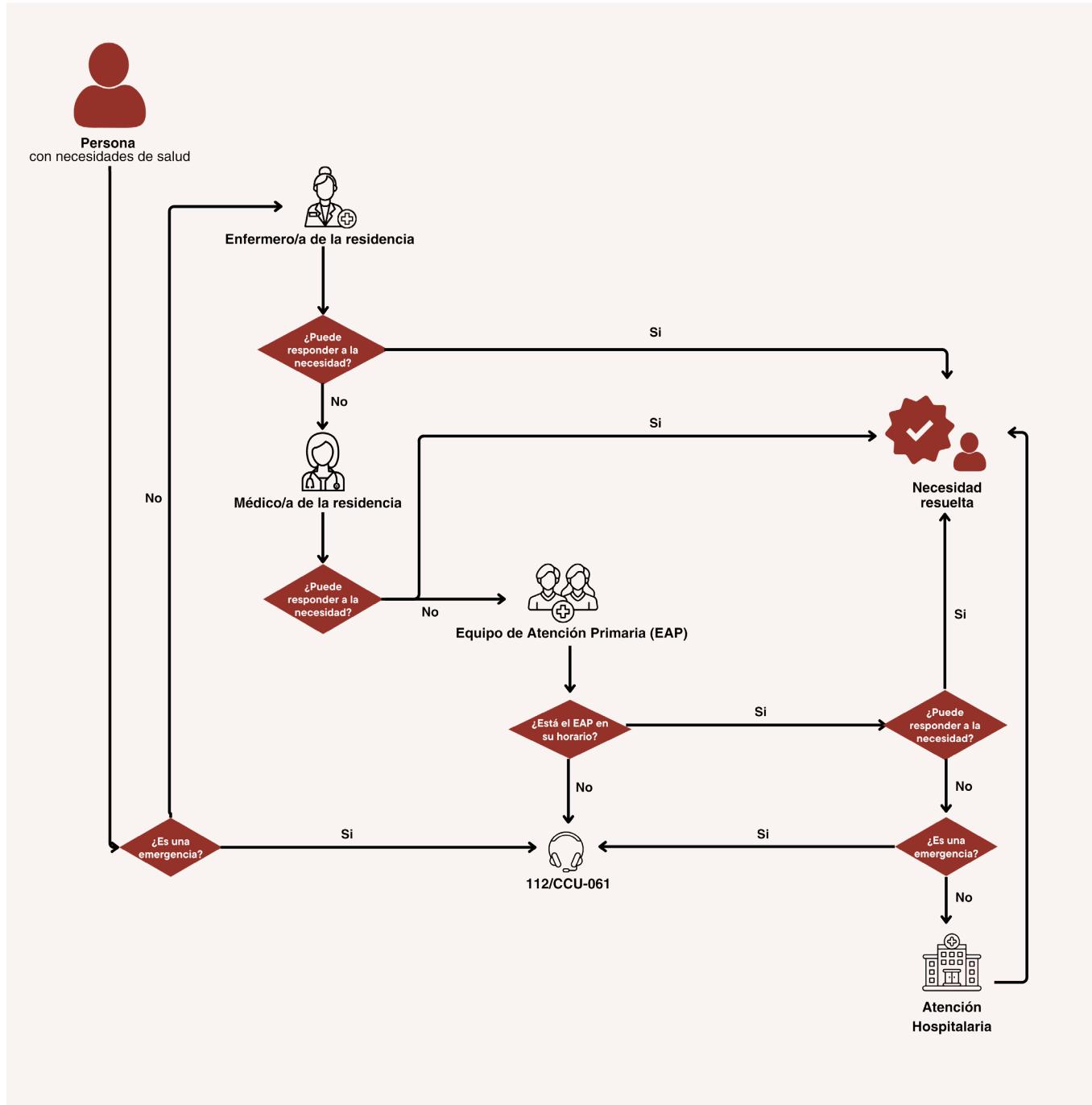


Figura 9: flujograma de toma de decisiones.

5.3. ARTICULACIÓN CON EL ENTORNO COMUNITARIO Y OTROS RECURSOS SOCIALES

La integración con el entorno comunitario y con otros recursos sociales se plantea desde la ZBS y los municipios. Cuando el centro residencial y el EAP identifican la necesidad de trabajar de forma conjunta aspectos de salud que requieren la participación de otros actores comunitarios o sociales, esta coordinación puede canalizarse a través de la Mesa de Coordinación de la ZBS.

Este espacio permite valorar de manera compartida la pertinencia de dichas actuaciones y facilitar la interlocución con otros recursos. De este modo, la integración horizontal se apoya en estructuras ya existentes.

5.4. DE LA COOPERACIÓN INFORMAL A LA COLABORACIÓN INSTITUCIONAL: MESAS Y GRUPOS DE COORDINACIÓN

Los elementos organizativos que sostienen el Modelo de Atención Integrada son, de manera fundamental, las **mesas y los grupos de coordinación descritos en los niveles micro y meso**. Estas estructuras no son accesorias, sino **el soporte que permite que el modelo tenga continuidad y estabilidad en el tiempo**.

La actividad regular, ordenada y enmarcada en el propio modelo de las mesas de coordinación de ZBS y de Área de Salud, junto con los grupos de coordinación del EAP y de los centros residenciales, permite que la atención integrada no dependa exclusivamente de relaciones personales, voluntarismo profesional o iniciativas aisladas. De este modo, **la coordinación forma parte de una colaboración interinstitucional, con roles definidos, acuerdos explícitos y capacidad de seguimiento**.

Estas estructuras hacen posible compartir información relevante, acordar criterios comunes, identificar problemas recurrentes y canalizar propuestas de mejora de forma progresiva. Además, **permiten que el modelo se mantenga operativo** incluso ante cambios de profesionales, reorganizaciones internas o diferencias entre territorios, reforzando su sostenibilidad.

En este sentido, **las mesas y los grupos de coordinación son los operativos del modelo**, que aseguran su coherencia, su evolución y su permanencia más allá de las personas concretas que los integran en cada momento.

5.5. DESARROLLO DE HERRAMIENTAS DE COORDINACIÓN Y SOPORTE TECNOLÓGICO DEL MODELO

El Modelo de Atención Integrada se apoya en **herramientas y sistemas de información ya existentes**, que permiten sostener los procesos básicos de coordinación y continuidad asistencial. No obstante, los pilotajes han permitido identificar limitaciones y áreas de mejora.

Entre las principales **debilidades detectadas** se encuentran la fragmentación de los sistemas de información, la existencia de duplicidades en el registro de información entre el ámbito sanitario y el social, y la ausencia de funcionalidades que faciliten una comunicación ágil y en tiempo real entre profesionales de distintos dispositivos. Estas limitaciones obligan, en ocasiones, a apoyarse en mecanismos complementarios que deben acompañarse de una mejora del proceso asistencial.

El modelo asume estas limitaciones como un punto de partida y plantea su **superación de forma progresiva**. A través del sistema de gobernanza y del trabajo de las comisiones y subcomisiones de coordinación sociosanitaria, se prevé **impulsar el desarrollo y la mejora de las herramientas informáticas**, priorizando aquellas funcionalidades que faciliten el intercambio de información relevante, reduzcan duplicidades y refuerzen la seguridad y continuidad de la atención.



06

IMPULSAR EL CAMBIO

6.1. IMPLANTACIÓN DEL MODELO Y ACOMPAÑAMIENTO AL CAMBIO

La implantación se apoya en un **acompañamiento institucional activo**, sustentado en la **experiencia acumulada** a partir de los proyectos piloto previos, y orientado a facilitar el cambio y a reforzar la coherencia del modelo en todo el territorio. Este acompañamiento se articula a través del **Equipo de Coordinación Sociosanitaria SMS-IMAS**, en coordinación con las **Direcciones de Área de Salud** y con las **Direcciones Generales del IMAS** competentes en el ámbito de las personas mayores y de las personas con discapacidad. Este marco compartido permite alinear criterios, resolver incidencias estructurales y ofrecer soporte técnico continuado a los equipos implicados.

Las Mesas de Coordinación de ZBS y de Área de Salud constituyen el principal soporte operativo de este proceso. Su funcionamiento regular, con agendas definidas y acuerdos documentados, permite trasladar el modelo a la práctica cotidiana, monitorizar su implantación y asegurar que la coordinación se apoya en estructuras estables.

6.2. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA

La implantación efectiva del Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria requiere que los profesionales implicados compartan un **marco común de comprensión, un lenguaje operativo y criterios homogéneos de actuación**. En este sentido, **la formación se concibe como un elemento estructural del modelo**, estrechamente vinculado a su despliegue y consolidación.

La estrategia formativa combina una formación inicial vinculada a la implantación con el desarrollo progresivo de un programa de formación continuada vinculado a las estrategias de atención a la cronicidad y fragilidad del SMS.

Con carácter previo al despliegue del modelo en cada Zona Básica de Salud o Área de Salud, se desarrollará una **formación inicial** dirigida a los equipos de atención primaria, centros residenciales y dispositivos hospitalarios implicados. Su objetivo es asegurar que los equipos inician el modelo con criterios

compartidos, comprensión clara de los procesos y conocimiento de los roles de coordinación.

El programa de formación se concibe como un **proceso en construcción**, que se apoyará en la evaluación continua del modelo. Durante este periodo previo ya se han desarrollado experiencias formativas relevantes, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria y la coordinación sociosanitaria, en las que han desempeñado un papel destacado la **Unidad de Desarrollo Profesional del SMS**, la **Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS)** y la **Escuela de Formación e Innovación de la Administración Pública (EFIAP)**. Estas entidades han contribuido de manera significativa a la **capacitación de profesionales** en enfoques de atención integrada, trabajo interdisciplinar y mejora de procesos, y se prevé que continúen siendo actores clave en el desarrollo del programa formativo del modelo.

Un elemento central del enfoque formativo será la **formación práctica vinculada a los procesos reales de atención**, con especial atención a la estructuración por roles profesionales, permitiendo que cada perfil comprenda con claridad su función específica dentro del proceso integrado y cómo se relaciona con el resto de actores implicados. Esta orientación busca dar coherencia a las intervenciones, la reducción de variabilidad en la práctica y la integración progresiva del modelo en la actividad ordinaria de los equipos.

6.3. EVALUACIÓN DEL MODELO: POR QUÉ Y PARA QUÉ MEDIMOS

La evaluación tiene como finalidad conocer en qué medida el modelo está siendo capaz de responder a las necesidades reales de las personas que viven en centros residenciales, mejorar la integración de los procesos entre sistemas y sostener una coordinación efectiva en el tiempo. **El objetivo principal de la evaluación** es aportar información útil para la toma de decisiones, orientar la mejora continua del modelo y reducir la variabilidad organizativa y asistencial entre territorios.

El sistema de evaluación del modelo se apoya en varios principios básicos. En primer lugar, **prioriza el uso de información que ya se genera en los sistemas de información**. En segundo lugar, **integra dimensiones sociales y sanitarias**, intentando reflejar la complejidad real de las personas usuarias. En tercer lugar, **combina indicadores de proceso, resultado y organización**, permitiendo una lectura equilibrada del funcionamiento del modelo. Finalmente, **se orienta a la mejora**, de manera que los datos obtenidos alimenten decisiones organizativas,

formativas y estratégicas.

Como ya se ha señalado, la evaluación se sustenta en un conjunto de sistemas de información ya operativos, que permiten una aproximación progresiva a la medición del impacto del modelo.

Desde el **ámbito residencial, ICC-SANSONET constituye la principal fuente de información estructurada**. Aporta datos homogéneos sobre personas mayores y personas con discapacidad en aspectos clave como la caracterización de la población y las valoraciones estandarizadas.

Desde el **ámbito sanitario, el SMS dispone de información complementaria que permite analizar la respuesta asistencial**. Entre otros elementos, es posible explotar los planes personales activados, los protocolos de acogida y de seguimiento realizados en el EAP, así como la actividad asistencial vinculada a personas que viven en centros residenciales a través de los huecos específicos de coordinación asistencial para facultativos. A ello se suma el cuadro de mandos del servicio de gestión farmacéutica, que permite monitorizar la prescripción y el consumo de medicamentos y material sanitario por centro residencial.

El modelo también incorpora de forma progresiva el **desarrollo y utilización de cuadros de mandos de gestión farmacéutica**, que permiten disponer de una visión global y sintética de la utilización de medicamentos y material sanitario en el ámbito residencial. Estos cuadros de mandos facilitan la identificación temprana de problemas, apoyan la toma de decisiones informada, permiten la monitorización de las estrategias implantadas y contribuyen a la optimización de los procesos. En este marco, el **Servicio de Gestión Farmacéutica del SMS** ha puesto en funcionamiento varios cuadros de mandos que constituyen un soporte clave para la evaluación del modelo. Entre ellos, destaca un **cuadro de mandos ya implantado en el ámbito de la cronicidad y la seguridad**, orientado a la monitorización del uso seguro de medicamentos de alto riesgo, el seguimiento de la polimedición, la fragilidad y la relación entre episodios de ingreso hospitalario por paciente y los niveles de polimedición y fragilidad, aportando información relevante para la mejora de la seguridad y la adecuación terapéutica. De forma complementaria, se encuentra en fase de validación un **cuadro de mandos específico de centros residenciales**, que permitirá profundizar en el análisis del uso de recursos en este ámbito. Este cuadro de mandos monitoriza, entre otros indicadores, la prescripción farmacológica, los niveles de polimedición y el coste por paciente, tanto en medicamentos como en material sanitario, posibilitando análisis comparativos.

De forma progresiva, también podrán incorporarse otras fuentes de información corporativas del SMS, como los sistemas de información de atención hospitalaria

ria, o de Salud Pública, especialmente en lo relativo a brotes por enfermedades transmisibles y vacunación.

Cuadro de síntesis del sistema de evaluación del modelo

Para facilitar la comprensión del sistema de evaluación y su utilidad para la gestión y la mejora continua, el Modelo de Atención Integrada organiza los indicadores en un **cuadro de síntesis estructurado por ejes de evaluación** que permiten una lectura integrada del funcionamiento del modelo desde la perspectiva poblacional, asistencial, organizativa y de gobernanza.

El cuadro de síntesis cumple una **doble función**. Por un lado, **ordenar la información ya disponible** procedente de los sistemas actuales y, por otro, **anticipar los ámbitos de evaluación prioritarios**, sobre los que deberán desarrollarse indicadores más específicos a medida que el modelo y sus herramientas maduren y la interoperabilidad de los sistemas de información sociales y sanitarios avancen.

EJE DE EVALUACIÓN	OBJETO EVALUACIÓN	FUENTE PRINCIPAL
Perfil y necesidades de la población atendida	Caracterización de las personas usuarias, sus necesidades, riesgos y nivel de complejidad	ICC-SANSONET
Continuidad asistencial y respuesta del sistema sanitario	Capacidad del SMS para dar respuesta a las necesidades detectadas en los centros residenciales	SMS (OMI-AP, Selene)
Coordinación sociosanitaria	Funcionamiento de los mecanismos de coordinación y trazabilidad de los procesos	ICC-SANSONET + SMS
Desempeño organizativo y uso de recursos	Uso y adecuación de recursos sanitarios vinculados a la atención residencial	SMS (gestión farmacéutica y unidad de aprovisionamiento integral)
Salud pública	Riesgos colectivos y capacidad de respuesta ante eventos de impacto poblacional	Salud Pública (SI-VIET-RM / VACUSAN y otras fuentes propias)
Gobernanza y mejora continua	Capacidad del sistema para aprender, ajustarse y sostener el modelo	Mesas ZBS, Mesas de Área, estructura regional

Tabla 6: ejes de atención del modelo

EJEMPLOS DE INDICADORES (ORIENTATIVO)	FINALIDAD PARA LA GESTIÓN Y TOMA DE DECISIONES
Distribución por edad y sexo; altas y bajas; valoraciones realizadas; Indicadores específicos de valoración como ABVD (Barthel); estado nutricional (MNA-SF); caídas; disfagia; úlceras; continencia; deterioro cognitivo; necesidad de apoyos, etc.	Dimensionar necesidades; orientar recursos y apoyos; priorizar intervenciones de coordinación; caracterizar la realidad de cada centro y territorio
Valoración VIG-Frágil y dominios afectados; planes personales activados; protocolos de acogida y seguimiento (incluido trabajo social); actividad de atención a demanda, programada y de coordinación; derivaciones a urgencias, hospitalizaciones, seguimiento tras hospitalización, reingresos, etc.	Evaluar la continuidad asistencial; ajustar agendas y circuitos; mejorar tiempos de respuesta; reforzar roles profesionales; asegurar coherencia entre niveles asistenciales.
Número y tipología de solicitudes de coordinación al SMS; utilización de herramientas y canales de coordinación	Valorar el grado de madurez del modelo; identificar cuellos de botella; detectar problemas estructurales.
Prescripción farmacológica; consumo de material sanitario por centro; variabilidad entre centros; adecuación del consumo al perfil de población	Mejorar eficiencia; detectar variabilidad no justificada; apoyar decisiones de provisión de material; reforzar la equidad territorial
Incidencia de brotes; tiempos de notificación y respuesta; cobertura vacunal en personas usuarias y profesionales	Reforzar la prevención; mejorar la respuesta coordinada; integrar la salud pública en la red asistencial.
Regularidad de las mesas; grado de ejecución de acuerdos; temas recurrentes; necesidades formativas identificadas	Consolidar el modelo más allá de las personas concretas; pasar de cooperación informal a colaboración institucional; orientar formación y hoja de ruta

Transparencia, evaluación y funciones de inspección

El sistema de evaluación del Modelo de Atención Integrada incorpora, de forma explícita, un **principio de transparencia y rendición de cuentas**, orientado a facilitar el seguimiento del modelo por parte de las estructuras de gobernanza y a reforzar su legitimidad institucional.

A tal efecto, se prevé la **elaboración y publicación de fichas técnicas de indicadores**, en las que se definan de manera homogénea los criterios de cálculo, las fuentes de información, la periodicidad de actualización y las responsabilidades de análisis. Estas fichas permitirán asegurar la comparabilidad territorial, la trazabilidad de los datos y la correcta interpretación de los resultados.

Asimismo, el modelo contempla el **establecimiento de un sistema de publicación periódica de resultados**, con una periodicidad que se definirá en función del grado de madurez del despliegue y de los sistemas de información disponibles. Esta publicación permitirá evaluar de forma continuada el grado de implantación del modelo, identificar avances y áreas de mejora, y orientar las decisiones estratégicas en el seno de las Mesas de Coordinación, las Direcciones de Área y la Comisión Regional de Coordinación Sociosanitaria.

En este marco, los servicios de inspección de las Consejerías competentes en materia sanitaria y social desempeñan un papel complementario y esencial al sistema de rendición de cuentas. Estos servicios velarán por el **cumplimiento de la normativa, los elementos estructurales y organizativos del modelo**, colaborando de forma conjunta entre ellos y con las distintas estructuras de gobernanza y coordinación.

6.4. PARTICIPACIÓN DE PERSONAS USUARIAS, FAMILIAS Y PROFESIONALES

El enfoque del modelo reconoce que la atención integrada solo puede sostenerse en el tiempo si incorpora de manera sistemática la voz de quienes reciben la atención y de quienes la prestan, como parte del propio sistema de mejora continua.

En el caso de las personas usuarias y sus familias, la participación se articula principalmente a través de los **procesos de atención y seguimiento** descritos en los capítulos anteriores, especialmente en el marco del PPA y, cuando se haya desarrollado, del enfoque de AICP. La información recogida sobre experiencia de atención, preferencias, valores y expectativas constituye un punto

clave para orientar las intervenciones, ajustar los procesos y evaluar la calidad del modelo desde una perspectiva centrada en la persona. Asimismo, el modelo prevé la **incorporación progresiva de mecanismos estructurados de reconocimiento de experiencia**, como instrumentos de evaluación de la experiencia (PRE-Ms), encuestas adaptadas o espacios de escucha, que permitan integrar de forma sistemática la perspectiva de las personas usuarias y sus familias en los procesos de evaluación y toma de decisiones.

La participación de los profesionales se considera igualmente estratégica. Los equipos de los centros residenciales, atención primaria y ámbito hospitalario aportan un conocimiento directo de las fortalezas y limitaciones del modelo en su aplicación real. Esta participación se canaliza fundamentalmente a través de las Mesas de Coordinación de ZBS y de Área de Salud, que actúan como espacios de análisis compartido, identificación de incidencias, propuesta de mejoras y aprendizaje organizativo.

Además, la información procedente de los equipos profesionales —incluyendo necesidades formativas, dificultades operativas y propuestas de ajuste— se integra en los circuitos de gobernanza del modelo, permitiendo que la evolución del mismo se base en la experiencia acumulada y no exclusivamente en diseños teóricos.

De este modo, **la participación se configura como un componente transversal del modelo**, estrechamente vinculado a la evaluación, la formación y la mejora continua, y contribuye a reforzar la confianza entre instituciones, profesionales, personas usuarias y familias, así como a consolidar una atención integrada más coherente, adaptativa y sostenible.

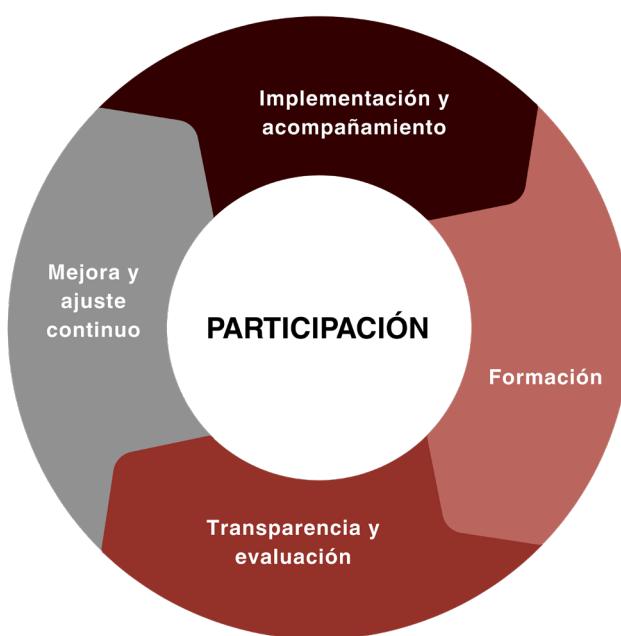


Figura 10: elementos para la sostenibilidad del modelo.

6.5. HOJA DE RUTA DE IMPLANTACIÓN, REVISIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL MODELO

La implantación del Modelo de Atención Integrada será un **proceso progresivo, escalonado y adaptable**, que reconoce la heterogeneidad de las ZBS y de las Áreas de Salud del SMS. Como ya se ha señalado, en el modelo conviven territorios con más de dos años de experiencia en pilotajes con otros en fases iniciales o todavía no iniciados.

Por ello, **la hoja de ruta establece fases comunes, hitos compartidos y un marco temporal de referencia**, permitiendo que cada territorio avance según su grado de madurez organizativa, siempre dentro del marco común del modelo.

6.5.1. Fase 0. Preparación y arranque del modelo

Esta fase tiene como finalidad **crear las condiciones mínimas para iniciar el trabajo integrado de forma ordenada**.

Se considera que se ha iniciado esta fase cuando:

- ■ **Los profesionales implicados de los centros residenciales y del EAP de referencia han participado en una formación inicial común**, orientada a comprender los principios del modelo, los roles de cada dispositivo y la lógica de la atención integrada.
- ■ **Se han identificado los perfiles de referencia en el centro residencial** (dirección, enfermería, trabajo social, **en el EAP** (enfermería, medicina, trabajo social) **y en los hospitales** (enfermera referente), con conocimiento explícito de su función en la coordinación.

El **hito compartido** de esta fase es que centro residencial y EAP reconocen el modelo como marco común de trabajo y cuentan con profesionales identificados para iniciar la coordinación.

6.5.2. Fase 1. Organización y estructuración

En esta fase el modelo deja de ser solo un marco conceptual y comienza a **organizar la práctica cotidiana**.

Se considera alcanzada esta fase cuando:

- ■ ■ **Se ha constituido y activado la Mesa de Coordinación de Zona Básica y Área de Salud**, con participación del EAP, los equipos directivos del área, la enfermera referente y los centros residenciales de su ámbito.
- ■ ■ **Las reuniones de las Mesas se realizan de forma periódica** y se generan acuerdos operativos documentados.
- ■ ■ **El centro residencial utiliza de forma sistemática las valoraciones estructuradas** iniciales.
- ■ ■ **El EAP reorganiza los cupos y agendas** y utiliza las consultas programadas para realizar la acogida.
- ■ ■ **Se comienzan a utilizar de forma regular las solicitudes de coordinación** para canalizar necesidades asistenciales no urgentes.

El **hito de esta fase** es que la coordinación deja de basarse en intercambios informales y pasa a sostenerse en estructuras estables, con herramientas compartidas y acuerdos explícitos.

6.5.3. Fase 2. Integración de procesos asistenciales

En esta fase la coordinación se traduce en **procesos asistenciales integrados y trazables**.

Se considera que un territorio ha alcanzado esta fase cuando:

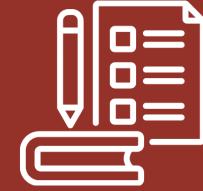
- ■ ■ **Se ha iniciado la elaboración y revisión conjunta de PPA**, al menos en sus componentes básicos.
- ■ ■ **Se activan de manera ordenada los circuitos de continuidad** con los servicios de urgencias extrahospitalarias 061 y atención hospitalaria, si los hubiera.
- ■ ■ **El centro residencial, el EAP y el hospital integran la atención** en función de los manuales operativos disponibles.

El **hito de esta fase** es que la atención se organiza como un proceso continuo, compartido entre dispositivos, con roles claros y decisiones alineadas.

FASE 0. PREPARACIÓN Y ARRANQUE

Objetivo: comprensión del modelo y de su funcionamiento.

- Formación inicial conjunta.
- Identificación de profesionales de referencia (equipos de coordinación).



FASE 1. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN

Objetivo: funcionamiento inicial EAP-centro residencial.

- Activación de mesas de coordinación con reuniones periódicas y acuerdos documentados.
- Uso sistemático de valoraciones estructuradas y solicitudes de coordinación.
- Reorganización de cupos y agendas en el EAP.



FASE 2. INTEGRACIÓN DE PROCESOS

Objetivo: funcionamiento estable de todas las coronas de atención.

- Elaboración de PPA e integración en PIA
- Activación de circuitos de coordinación asistencial con los servicios de urgencias extrahospitalarias 061 y el hospital.
- Aplicación de documentos técnicos: manuales y protocolos



FASE 3. DESARROLLO Y CONSOLIDACIÓN

Objetivo: garantizar el funcionamiento correcto del modelo y su mejora continua.

- Celebración estable en mesas.
- Uso habitual de indicadores.
- Abordaje conjunto de casos de especial complejidad.
- Coordinación integrada en el funcionamiento habitual de los equipos.



Figura 11: fases de implantación del nuevo modelo.

6.5.4. Fase 3. Desarrollo y consolidación

Esta fase supone la **integración plena del modelo en la práctica ordinaria** y su progresiva madurez.

Se considera alcanzada cuando:

- **La coordinación funciona de forma estable** tanto en la ZBS como, progresivamente, en el nivel de Área de Salud.
- **Se utilizan de manera habitual los indicadores de evaluación** para identificar necesidades y priorizar intervenciones.
- **Se abordan de forma conjunta situaciones de alta complejidad**, con participación del centro residencial, el EAP, y otros dispositivos cuando es necesario.
- **La actividad de coordinación se reconoce como parte del funcionamiento ordinario** de los equipos y no como una tarea añadida.
- **El modelo comienza a alimentar de forma estructurada los procesos de evaluación, mejora continua y planificación.**

6.6. CALENDARIO REGIONAL DE IMPLANTACIÓN Y CONSOLIDACIÓN

Con independencia del ritmo de implantación en cada ZBS y Área de Salud, el modelo establece un **marco temporal común** a nivel regional que permite orientar el despliegue, consolidar aprendizajes y asegurar la evolución ordenada de las herramientas organizativas y tecnológicas que sostienen la atención integrada.

Enero 2026 – diciembre 2026 | Despliegue estructural y arranque generalizado

Durante este periodo se priorizará la **creación de las condiciones estructurales y organizativas** que permitan el inicio efectivo del modelo en todos los territorios.

En este marco se prevé:

- **Acceso operativo de los profesionales de los centros residenciales al**

visor corporativo Ágora, una vez cumplidos los requisitos legales, de seguridad y de autorización establecidos, garantizando un uso seguro, limitado y trazable de la información clínica de las personas usuarias de su centro (marzo 2026).

- El desarrollo y validación progresiva de los **manuales de procesos integrados, perfiles competenciales y primeros documentos operativos** comunes.
- La realización de acciones de **formación inicial** dirigidas a equipos de Atención Primaria, centros residenciales y dispositivos hospitalarios implicados, adaptadas a la fase de implantación de cada territorio.
- La activación de **Mesas de Coordinación de ZBS** y, de forma progresiva, de Mesas de Área, al menos en su configuración básica.
- El uso sistemático de **valoraciones estructuradas iniciales** por parte de los centros residenciales y la realización de las visitas de acogida por los EAP.
- El inicio ordenado del **uso de solicitudes de coordinación** como mecanismo habitual de canalización de necesidades asistenciales no urgentes.
- Desarrollo e implementación de un **protocolo regional de gestión y distribución de material sanitario** dirigido a centros residenciales, en coordinación con las Áreas de Salud y las estructuras competentes.
- **Integración del Modelo de Atención Integrada dentro del Plan o Estrategia regional de Coordinación Sociosanitaria**, reforzando su alineación con la planificación sanitaria y social de la Región de Murcia

El hito regional de este periodo es que, **antes de diciembre de 2026**, el despliegue del modelo se haya iniciado **en todos los EAP** con centros residenciales adscritos, independientemente de la fase concreta de desarrollo alcanzada en cada territorio.

Enero 2027 – enero 2028 | Integración de procesos y evaluación inicial

Este periodo se orienta a **profundizar en la integración de los procesos asistenciales y a generar evidencia para la mejora del modelo**.

Durante esta fase se prevé:

- La revisión y ajuste de los **procesos de atención integrada**, incorporando aprendizajes derivados de la implantación.
- El avance en la elaboración y **uso compartido de los PPA**, al menos en sus

componentes básicos.

- El despliegue progresivo del **sistema de evaluación**, incluyendo el cuadro de indicadores y su explotación inicial.
- El desarrollo de **actividades de difusión de los documentos técnicos** de trabajo (manuales y protocolos).
- La identificación de **necesidades de mejora en las herramientas de coordinación y sistemas de información**, especialmente en lo relativo a interoperabilidad y comunicación entre profesionales.

El hito de este periodo es la revisión y actualización del documento marco del modelo **antes de junio de 2027**, incorporando los resultados de la evaluación inicial y las recomendaciones de mejora.

Enero de 2028 en adelante | Consolidación y mejora continua

A partir de este momento, el modelo entra en una **fase de consolidación progresiva**.

En esta etapa:

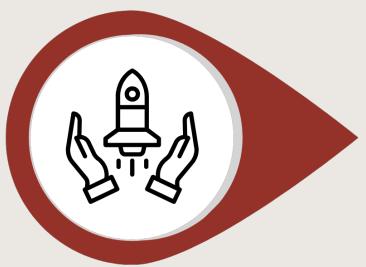
- **La coordinación se integra de forma ordinaria** en el funcionamiento de los equipos.
- **Las Mesas de Coordinación se consolidan** como espacios estables de gobernanza operativa.
- **El sistema de evaluación** alimenta los procesos de planificación, priorización y mejora continua.
- **Se impulsa el desarrollo y mejora de las herramientas de coordinación**, en el marco de las estructuras regionales de gobernanza del modelo y se revisará el mismo.

Este hito se alcanza cuando **el modelo se consolida como referencia para la organización de la atención social y sanitaria** en centros residenciales, con capacidad de evaluación, ajuste y mejora continua.

En conjunto, este capítulo define los elementos necesarios para que el Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria pueda implantarse, evaluarse y sostenerse en el tiempo. La combinación de acompañamiento institucional, capacitación progresiva, evaluación orientada a la mejora, participación de personas usuarias y profesionales, y una hoja de ruta compartida permite avanzar desde experiencias piloto hacia un modelo estable, coherente y reconocible.

De este modo, el modelo se concibe como un **sistema vivo**, que aprende de su propia práctica, incorpora progresivamente mejoras y refuerza la integración

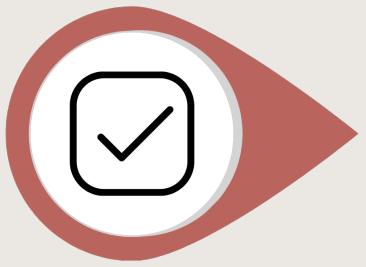
efectiva de la atención social y sanitaria para las personas que viven en centros residenciales.



Enero 2027 – enero 2028

Integración de procesos y evaluación inicia

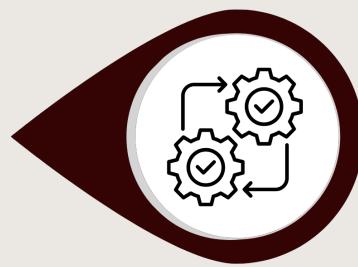
Este periodo se orienta a profundizar en la integración de los procesos asistenciales y a generar evidencia para la mejora del modelo.



Enero 2026 – diciembre 2026

Despliegue estructural y arranque generalizado

Se priorizará la creación de las condiciones estructurales y organizativas que permitan el inicio efectivo del modelo en todos los territorios.



Enero de 2028 en adelante

Consolidación y mejora continua

A partir de este momento, el modelo entra en una fase de consolidación progresiva.

Figura 12: cronograma de implantación del nuevo modelo.



07

ANEXOS OPERATIVOS

ANEXO 1. ARQUITECTURA OPERATIVA DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA

Finalidad

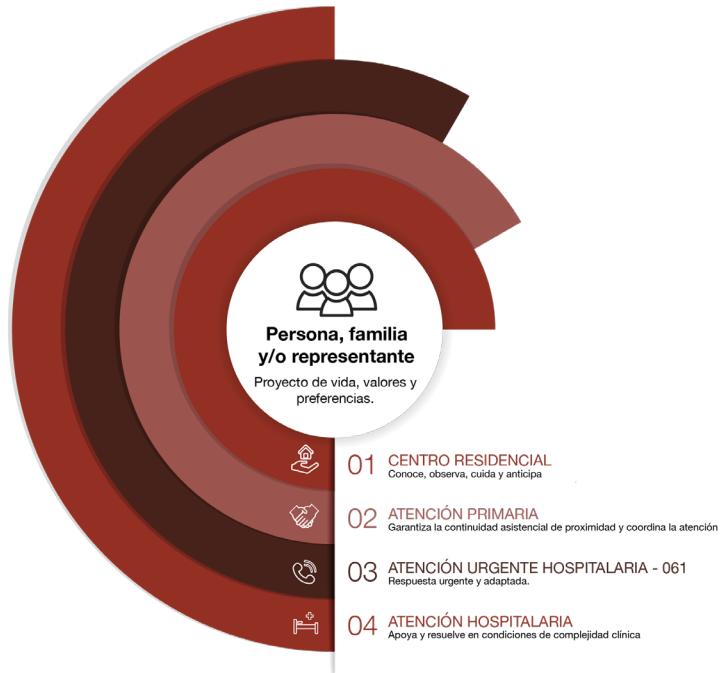
Entender cómo se organiza la respuesta asistencial por niveles, cómo se activan los recursos y cómo son las interacciones entre profesionales.

Principios organizativos

- Centralidad de la persona: la intervención se organiza en torno a la persona usuaria, su familia y/o representantes, sus preferencias y su proyecto vital.
- Proporcionalidad y escalado: la atención se presta en el nivel más próximo posible a la vida cotidiana, activando niveles de mayor complejidad solo cuando es necesario, con mecanismos coordinados para el retorno.
- Corresponsabilidad con roles definidos: el centro residencial aporta cuidados continuados y detección precoz; el SMS es el responsable último de la asistencia sanitaria de las personas usuarias adscritas.
- Continuidad asistencial como criterio de calidad: la coordinación es una condición para que la atención sea segura, coherente y comparable a la que recibiría la persona en su domicilio.

Modelo de Coronas de Atención

El Modelo de Coronas de Atención describe un sistema de intervención concéntrico, donde cada corona aporta capacidades y recursos de mayor complejidad, sin sustituir a las anteriores. Las coronas se activan de forma progresiva, coordinada y reversible, según la necesidad.



Núcleo: la persona y su entorno significativo

En el centro del modelo se sitúan la persona usuaria, su familia y/o representantes y el conjunto de valores, preferencias y decisiones que deben orientar la atención. La finalidad del modelo es que cualquier intervención, también la hospitalaria o urgente, se integre en un itinerario coherente con la vida cotidiana de la persona.

Primera corona: centro residencial

El centro residencial constituye el primer nivel operativo de atención y el entorno donde se desarrollan los cuidados cotidianos. En esta corona se concentran funciones esenciales para la continuidad asistencial:

- Conocer valores y preferencias.
- Valoraciones estructuradas que permiten compartir información clave con el sistema sanitario.
- Coordinación con el EAP y participación en la construcción del PPA e integración con el plan individualizado del centro.
- Observación clínica y detección precoz de cambios.
- Cuidados continuados y seguimiento diario.

Segunda corona: Atención Primaria como eje de continuidad

El Equipo de EAP, actúa como eje de continuidad clínica y referencia sanitaria

estable. El modelo integra la relación residencia–EAP en la actividad habitual del equipo:

- Visita de acogida y ajustes clínicos iniciales.
- Revisión y seguimiento de problemas de salud.
- Elaboración de planes personalizados de atención.
- Atención a demanda.
- Atención programada.
- Coordinación asistencial médica.

Tercera corona: continuidad en urgencias extrahospitalarias, hospital y Salud Pública/Medicina Preventiva

La tercera corona agrupa los recursos del SMS que se activan cuando se requiere actuación inmediata, del nivel hospitalario, de salud pública o de soporte paliativo.

Urgencias extrahospitalarias (CCU/061 y dispositivos de urgencias)

Cuando la persona requiere atención urgente, el centro coordinador de urgencias activa la respuesta asistencial y, a través de una enfermera de enlace, puede proporcionar continuidad asistencial y soporte al centro residencial durante el proceso.

Atención Hospitalaria (urgencias hospitalarias, hospitalización y consultas externas)

La intervención hospitalaria se integra mediante circuitos de transición asistencial y retorno.

En este ámbito destaca la enfermera referente de Área como figura facilitadora de la coordinación hospitalaria. Su función es favorecer, desde un plano organizativo y de soporte, que los procesos dependientes del hospital se articulen con el EAP y los centros residenciales.

Salud Pública y Medicina Preventiva

El modelo incorpora la dimensión preventiva y de vigilancia como parte de la atención integrada, especialmente en el entorno residencial. Salud Pública y/o Medicina Preventiva intervienen de forma coordinada en ámbitos como:

- vigilancia y control de brotes,

- estrategias de vacunación,
- medidas de prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria,
- apoyo técnico en situaciones de riesgo colectivo.

Cuidados paliativos (ESAD/ESAH)

Tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario, los equipos de cuidados paliativos se activan cuando procede, manteniendo coordinación con residencia y EAP para alinear objetivos y asegurar continuidad, especialmente en situaciones de complejidad.

■ ANEXO 2. PROCESOS DE ATENCIÓN INTEGRADA

Finalidad

Definir qué tipos de procesos se deben diseñar, qué dispositivos intervienen en cada uno, cómo se articulan los distintos niveles y qué elementos comunes debe incorporar el desarrollo de los manuales de procesos Finalidad

Qué se entiende por proceso de atención integrada

Un proceso de atención integrada es el conjunto de actuaciones coordinadas que se desarrollan entre el centro residencial y los dispositivos del SMS para dar respuesta a una necesidad de salud concreta de la persona usuaria.

Estos procesos se inician habitualmente en el entorno residencial, pueden requerir la intervención del EAP y, en determinados momentos, de otros dispositivos (urgencias, hospital, salud pública, cuidados paliativos), y se realizan a través de herramientas compartidas de información y coordinación.

Elementos estructurales comunes de los procesos de atención integrada

Todos los procesos que se desarrollen en el marco del modelo deberán incorporar, como mínimo, los siguientes elementos estructurales:

- Corresponsabilidad por roles y niveles, con funciones diferenciadas, pero también complementarias, entre centro residencial y SMS.
 - Coordinación estructurada, basada en herramientas comunes, agendas reconocidas y espacios formales de coordinación.
 - Integración en los sistemas de información, mediante:
 - » identificación de las personas usuarias que viven en centros residenciales,
 - » el acceso compartido a la información relevante a través del visor corporativo Ágora,
 - » y el uso de valoraciones estructuradas como base para la toma de decisiones.
 - Orientación a la continuidad, asegurando que las intervenciones de cada nivel se integran en un proceso único y coherente.
-

Tipologías de procesos de atención integrada

Se identifican distintas tipologías de procesos, que orientarán el desarrollo de los manuales de procesos.

Procesos de acogida e integración inicial

Incluyen las actuaciones necesarias para dar continuidad a la atención sanitaria de la persona usuaria tras su ingreso en el centro residencial. Estos procesos se apoyan en valoraciones estructuradas iniciales realizadas por el centro residencial, la visita de acogida del EAP y los primeros ajustes clínicos y de cuidados. Al menos se incluirán las valoraciones de

Procesos de planificación y seguimiento de la atención (PPA/PIAS)

Incluyen la planificación y el seguimiento continuado de la atención, integrando:el Plan Personal de Atención (PPA) de carácter sanitario, y el Programa Individual de Atención Social (PIAS) del centro residencial. El modelo establece que ambos planes deben mantener un núcleo mínimo compartido, especialmente en lo relativo a: objetivos de atención, intervenciones sanitarias relevantes, apoyos necesarios para el ejercicio de la capacidad jurídica, y decisiones anticipadas cuando proceda. Estos procesos requieren una coordinación estrecha entre el centro residencial y el EAP, con un papel especialmente relevante de enfermería.

Procesos de atención sanitaria continuada

Comprenden el seguimiento de problemas de salud, el abordaje de la cronicidad y/o fragilidad, y la atención a través de los distintos tipos consulta existentes entre el centro residencial y el EAP. Estos procesos constituyen el núcleo ordinario del modelo y permiten resolver la mayoría de las necesidades sin activar niveles de mayor complejidad.

Procesos de atención urgente

Se activan ante cambios clínicos que requieren valoración urgente o inmediata. Incluyen la intervención del EAP, los dispositivos de urgencias extrahospitalarias, y, cuando procede, del ámbito hospitalario.

Procesos hospitalarios y de soporte

Incluyen procesos que resultan esenciales para la continuidad asistencial y descanzan en el ámbito hospitalario, tales como la coordinación con hospitalización y consultas externas, circuitos específicos con servicios como geriatría, medicina interna, salud mental o rehabilitación y la provisión y gestión de material sanitario. Estos procesos requieren coordinación estructurada entre el centro residencial, el EAP y el nivel hospitalario, siendo una figura clave la enfermera referente de área.

Procesos de salud pública y medicina preventiva

Incluyen los procesos relacionados con vigilancia y control de brotes, vacunación y prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sani-

taria.

Procesos de atención a la complejidad y final de vida

Incluyen situaciones de alta complejidad clínica, social u organizativa, así como los procesos de final de vida. En estos casos, la coordinación se intensifica y puede implicar a equipos de ESAD/ESAH, manteniendo la referencia del centro residencial y del EAP.

Sistemas de información como soporte transversal

La identificación automática de las personas usuarias en los sistemas de información del SMS, el acceso compartido a la información a través de Ágora y el uso sistemático de valoraciones estructuradas permiten orientar la toma de decisiones clínicas, facilitar la coordinación entre niveles y garantizar la trazabilidad de los procesos.

Desarrollo futuro de los manuales de procesos

Los manuales de procesos de atención integrada se desarrollarán de manera progresiva, a partir de este marco general, incorporando la experiencia de los pilotajes y los acuerdos alcanzados en las estructuras de coordinación sociosanitaria.

ANEXO 3. HERRAMIENTAS DE COORDINACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Finalidad

Clarificar qué herramientas se utilizan, para qué sirven dentro de los procesos de atención integrada y cómo contribuyen a la continuidad asistencial.

Identificación de personas usuarias que viven en centros residenciales en los sistemas de información del SMS

Un elemento estructural del modelo es la identificación automática de las personas usuarias que viven en centros residenciales en los sistemas de información del SMS, como resultado del intercambio de información entre el IMAS y el SMS.

Este proceso es dependiente del alta de la persona usuaria en el sistema ICC-SANSONET por parte del centro residencial. Una vez los sistemas social y sanitario comparten esta información, se despliega de forma automática una marca de atención social y sanitaria en los sistemas del SMS.

Esta marca incluye, como mínimo:

- el colectivo al que pertenece la persona usuaria (persona mayor o persona con discapacidad),
- el tipo de prestación que recibe (atención residencial),
- y el nombre del centro residencial en el que vive.

Actualmente, esta marca es visible en el entorno hospitalario a través del sistema SELENE, y está prevista su incorporación progresiva a los sistemas de Atención Primaria (OMI-AP / SIGA-AP).

La identificación automática permite que los profesionales del SMS reconozcan de forma inmediata la situación residencial de la persona usuaria y ajusten su intervención al marco del modelo de atención integrada.

Visor corporativo Ágora como espacio de información compartida

Las personas usuarias identificadas con marca de atención social y sanitaria disponen de una pestaña específica y homóloga en el visor corporativo Ágora, que actúa como espacio de consulta compartida de información relevante para la atención integrada

A través de Ágora, los profesionales autorizados de los centros residenciales pueden acceder, entre otros contenidos, a: episodios activos en Atención Primaria, receta electrónica, informes de atención urgente, hospitalización y consultas

externas, resultados de pruebas diagnósticas, incluidas pruebas de imagen, resultados analíticos y de microbiología y citas pendientes.

El acceso de los profesionales de los centros residenciales a Ágora está sujeto al cumplimiento previo de los requisitos de seguridad, confidencialidad y protección de datos, de acuerdo con la normativa vigente y mediante un procedimiento específico de autorización. Dicho acceso se limita exclusivamente a la información de las personas usuarias que viven en su propio centro residencial, garantizando en todo momento los principios de proporcionalidad, minimización de datos y trazabilidad de accesos.

Valoraciones y solicitudes como herramientas de coordinación

Las valoraciones estructuradas y las solicitudes de coordinación constituyen el núcleo operativo de las herramientas del modelo. Ambas se realizan por parte del centro residencial a través del sistema ICC-SANSONET, donde se generan como documentos oficiales que quedan incorporados al expediente social de la persona usuaria.

- Las valoraciones estructuradas se incorporan al visor corporativo Ágora, permitiendo su consulta por los profesionales del SMS.
- Las solicitudes de coordinación se remiten por medios telemáticos a los Equipos de Atención Primaria, activando la respuesta asistencial correspondiente.

Describir las valoraciones estructuradas que sustentan el Modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria para personas que viven en centros residenciales.



08

AGRADECIMIENTOS

La elaboración del Modelo de Atención Integrada en Residencias SociosanitariasLa elaboración del Modelo de atención integrada social y sanitaria para personas que viven en centros residenciales en la Región de Murcia ha sido posible gracias al trabajo conjunto, el compromiso y la colaboración de numerosas personas, equipos e instituciones de los ámbitos social y sanitario, cuya implicación ha sido determinante a lo largo de todo el proceso.

Se desea expresar el agradecimiento a las instituciones y órganos de gobernanza que han impulsado y acompañado este trabajo y, en particular, a la Comisión Regional de Coordinación Sociosanitaria, a la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria y a la Subcomisión de Cuidados de Larga Duración y Centros Residenciales, así como a sus grupos de trabajo, por su aportación continuada al diseño y validación del modelo.

Asimismo, se agradece particularmente el liderazgo y la dedicación del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), del Servicio Murciano de Salud (SMS), de la Dirección General de Planificación, Farmacia e Investigación Sanitaria y de la Dirección General de Atención Primaria, cuyo compromiso ha sido clave para avanzar hacia un modelo de atención social y sanitaria integrada.

Del mismo modo, se quiere destacar el trabajo de todos los profesionales que han integrado, a lo largo de este tiempo, el Equipo de Coordinación Sociosanitaria SMS/IMAS, cuya contribución ha sido clave para el desarrollo del modelo.

De manera especial, se quiere reconocer la implicación de los profesionales de los centros residenciales, así como de los equipos de Atención Primaria que han participado en los pilotajes, cuya experiencia directa y compromiso han sido fundamentales para contrastar el modelo en la práctica, identificar oportunidades de mejora y asegurar su aplicabilidad en contextos reales.

A continuación, se relacionan los centros residenciales y los equipos de Atención Primaria participantes.

Centros residenciales

- RPM/RPD Altavida
- RPD Apandis
- RPD ASPAPROS
- RPD Aspajunide
- RPM Ballesol Altorreal
- RPD Canteras
- RPM Casa de Campo Perín
- RPM Caser Santo Ángel
- RPD Churra
- RPM Emera Cartagena
- RPM Club de Campos
- RPM/RPD Coliseé Ceutí
- RPD Cristo de los Mineros
- RPM Domusvi Ciudad de Murcia
- RPM El Amparo
- RPM El Palmeral del Mar Menor
- RPM El Molino Site
- RPM Emera
- RPM Escuelas Blancas
- RPM Hermanitas de los Pobres
- RPM Hogar de Betania
- RPM/RPD El Lozar de La Ribera
- RPM/RPD El Lozar Pozo Aledo
- RPD Los Olivos
- RPD Luis Valenciano
- RPM/RPD Montecantalar
- RPM Montepinar
- RPM Nicolás Gómez Tornero
- RPM Nova Santa Ana
- RPM Nuestra Señora de la Asunción
- RPM Nuestra Señora de Belén
- RPM Nuestra Señora de Fátima
- RPM/RPD Nuevo Azahar
- RPM Obispo Javier Azagra
- RPM Bouco
- RPM Amavir
- RPM San Agustín
- RPM San Basilio
- RPM San Diego
- RPM San Francisco de Asís (Ayuntamiento de Ceutí)
- RPM San José
- RPD Santa Ana
- RPM Santa Isabel de Villanueva
- RPM Santa Teresa Jornet
- RPM Sergesa Santomera
- RPM Valle Palas
- RPM Desamparados Santísima y Vera Cruz
- RPM Vitalia
- RPM Vip Suits
- RPM Virgen de la Esperanza
- RPM Virgen de la Fuensanta
- RPM Virgen del Carmen
- RPM Virgen del Mar

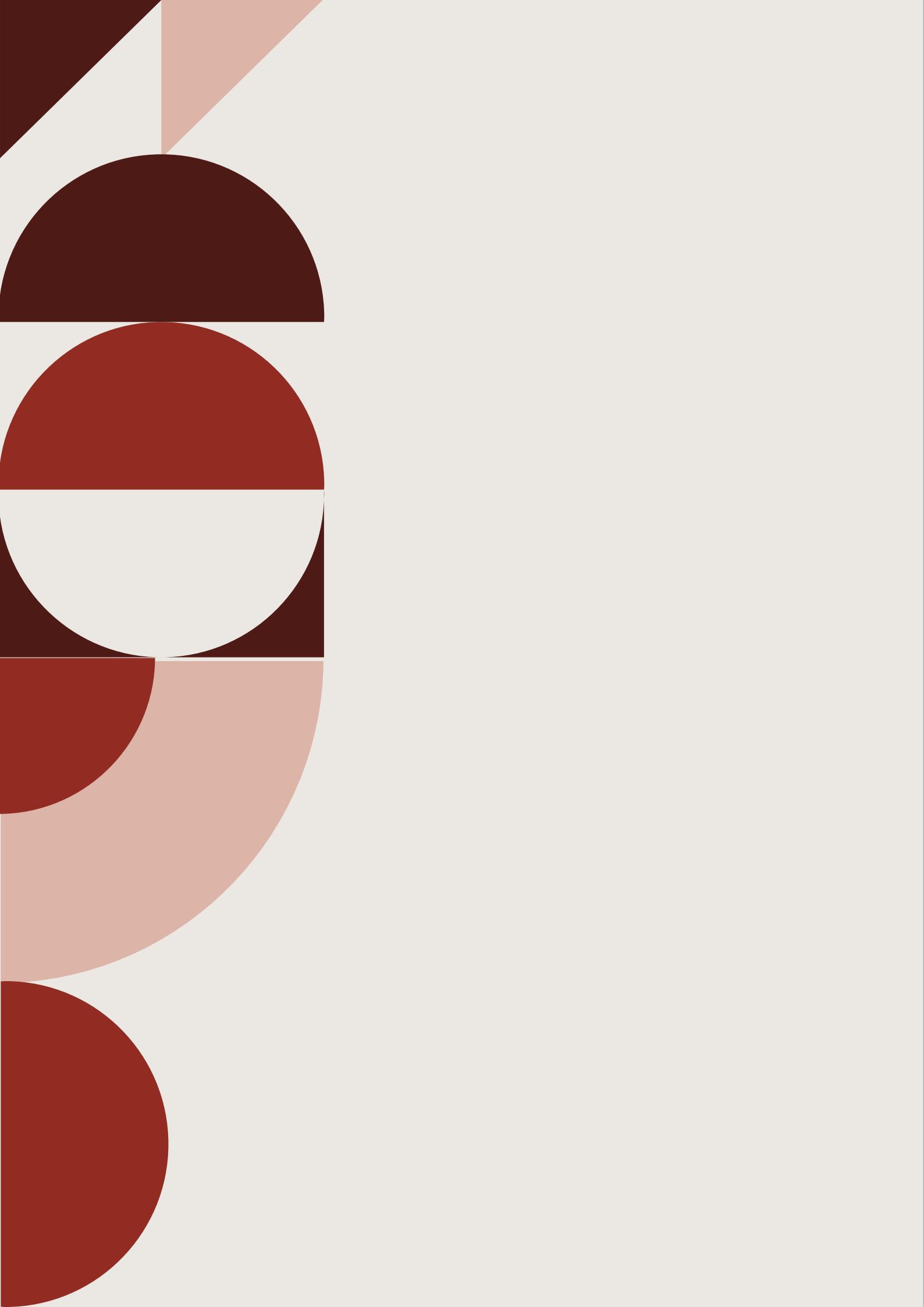
Equipos de Atención Primaria

- Abanilla
- Abarán
- Aljucer
- Molina de Segura Norte
- Molina de Segura Sur
- Archena
- Cabezo de Torres
- Calasparra
- Caravaca
- Cartagena Casco
- Cartagena Este
- Cartagena Los Barreros
- Ceutí
- Cieza Este
- El Palmar
- El Ranero
- Fuente Álamo
- Infante Don Juan Manuel
- Jumilla
- La Unión
- Los Alcázares
- Los Dolores
- Molinos Marfagones
- Monteagudo
- Mula
- Murcia Sur
- Puente Tocinos
- San Antón
- San Diego
- San Javier
- Santomera
- Vistalegre – La Flota
- Yecla Este

Se agradece igualmente el papel de los equipos profesionales de los servicios extrahospitalarios 061, de los servicios hospitalarios y de las Enfermeras Referentes de Área, por su contribución al desarrollo del modelo y al fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria en sus respectivos ámbitos.

Finalmente, reconocer y agradecer el apoyo y asesoramiento de las entidades representativas del sector, en particular al Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad de la Región de Murcia (CERMI), Grupo social Lares y a la Asociación de Dependencia de la Región de Murcia (ADERMUR), por su compromiso y disposición para colaborar en el avance de un modelo de atención integrada y centrado en la persona.

Este modelo es, en definitiva, el resultado de un esfuerzo colectivo e interinsti-
tucional que refleja la voluntad compartida de avanzar hacia sistemas de aten-
ción más coordinados, de mayor calidad y al servicio de las personas y de sus
proyectos de vida.



BIBLIOGRAFÍA

- Almansa, J., & Martínez, M. (2021). La seguridad del paciente en las residencias sociosanitarias. La experiencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Atención Primaria*, 54(1). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102228>
- Comisión Europea. (2021). Informe sobre la atención de larga duración: Tendencias, desafíos y oportunidades en una sociedad que envejece. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Comisión Europea. (2022). Estrategia europea de cuidados. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Comisión Europea. (2025). Marco europeo de seguimiento de la Recomendación del Consejo sobre cuidados de larga duración. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (1994). Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2005). Decreto n.º 69/2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores, de titularidad pública o privada, en la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (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 socio-sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2009). Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2015). Decreto n.º 3/2015, de 23 de enero, por el que se regula la autorización, acreditación, registro e inspección de Entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2021). Convenio de colaboración entre el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la ejecución de proyectos con cargo a los Fondos Europeos procedentes del mecanismo para la recupe-

ración y resiliencia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, (280).

- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2021). Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2021). Programa FSE+ Región de Murcia 2021-2027. Fondos Europeos CARM.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2024). Acuerdo de coordinación para el establecimiento de un entorno cerrado de comunicación que posibilite la interoperabilidad y el intercambio de datos de la historia clínica e información social.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2024). Plan Regional de Servicios Sociales 2025-2028.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2025). Orden conjunta de 9 de mayo de 2025, de las Consejerías de Salud y de Política Social, Familias e Igualdad, por la que se modifica la Orden de 2 de marzo de 2006 de coordinación sociosanitaria. Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- Consejo de la Unión Europea. (2022). Recomendación del Consejo sobre el acceso a cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad (2022/C 476/01). Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud & Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (2022). Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD.
- Departamento de Salud y Departamento de Derechos Sociales. (2022). Atención integrada social y sanitaria: Conceptualización. Generalitat de Catalunya. <https://hdl.handle.net/11351/10217>
- Departamento de Salud y Departamento de Derechos Sociales. (2024). Modelo de atención sanitaria integrada a las personas que viven en centros residenciales para personas mayores. Generalitat de Catalunya.
- España. (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado.
- España. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado.
- España. (2006). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado.

- España. (2008). Instrumento de ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado.
- España. (2013). Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado.
- España. (2021). Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Boletín Oficial del Estado.
- Fundación Pilares para la Autonomía Personal. (2022). Principios y criterios del modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP). <https://www.fundacionpilares.org/modeloaicp/principios-y-criterios/>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia. Población residente en centros. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las personas con discapacidad 2022-2026. https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/discapacidad/docs/Plan_Bienestar_Definitivo.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España.
- Ministerio de Sanidad. (2012). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2023). Modelos integrados de atención a la discapacidad. <https://observatoriodeladiscapacidad.info/estudios-estatales/modelos-integrados-de-atencion-a-la-discapacidad>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Marco sobre los servicios de salud integrados y centrados en la persona.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Marco para lograr un continuo integrado de cuidados de larga duración.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Informe mundial sobre la equidad en salud para las personas con discapacidad.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Manual de atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Orientación sobre la evaluación centrada en la persona y las vías asistenciales en atención primaria.
- Plena Inclusión Madrid. (2023). Estudio sobre el envejecimiento de las per-

sonas con discapacidad intelectual o del desarrollo en la Comunidad de Madrid. <https://plenaclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2023/11/EstudioEnvejecimientoMadrid23.pdf>

- Plena Inclusión Madrid. (2023). Orientaciones para transformar los apoyos a personas en proceso de envejecimiento. <https://plenaclusionmadrid.org/recursos/guia-transformar-apoyos-envejecimiento/>
- Rodríguez Rodríguez, P., & Vila Mancebo, A. (Coords.). (2022). La atención centrada en la persona: Fundamentos y aplicaciones del modelo de apoyos y cuidados. Editorial Tecnos.
- Unión Europea. (2017). Recomendación (UE) 2017/761 de la Comisión, de 26 de abril de 2017, sobre el Pilar Europeo de Derechos Sociales (DOUE L 113, de 29 de abril de 2017). Boletín Oficial del Estado.

