
PASANDO A LA ACCIÓN:

El papel de los gobiernos en la Alianza Sociosanitaria



01

Conclusiones

Pasando a la acción:
El papel de los gobiernos
En la Alianza Sociosanitaria

1. La perspectiva del sector público

- 1.2 La experiencia de Irlanda del Norte
- 1.3 La experiencia del País Vasco

2. El contexto europeo

- 2.1 El nuevo contexto de financiación europeo
- 2.2 La red Europea de Servicios Sociales (ESN)

3. La perspectiva del sector privado y alianzas público privadas

4. Anexo: metodología del workshop

02

Contexto de la Jornada

03

Valoración General

**Valoración general
de la jornada de reflexión**

La Jornada “El papel de los gobiernos en la Alianza Sociosanitaria” y este documento se han realizado con la colaboración de:

PHILIPS

Los contenidos del presente Informe, El papel de los gobiernos en la Alianza Sociosanitaria (a excepción de las imágenes, cuyos derechos son propiedad de sus propietarios) están sujetos a una licencia Creative Commons de Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional. Se permite la reproducción, distribución y comunicación pública siempre que se cite la autoría (DBS Health) y no se haga un uso comercial. Puede consultarse la licencia completa en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed>

Participantes en la Jornada

EL PAPEL DE LOS GOBIERNOS EN LA ALIANZA SOCIO SANITARIA

Albert Ledesma, Responsable del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad Departamento de Salud de Cataluña.

Alberto De Castro, Secretario Provincial de Cruz Roja.

Ana Miquel, Gerente adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

C. Inmaculada Sánchez, Técnico de Coordinación Sociosanitaria del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Cándido Mena, Subdirector médico del Servicio Extremeño de salud.

Carlos Capataz, Coordinador Nacional de Cruz Roja.

Carlos Santos, Jefe de Servicio de Coordinación de Servicios Sociales Comunitarios de la Xunta de Galicia.

Carmen Garde, Coordinadora sociosanitaria del departamento de salud de Navarra.

Cesar Antón Beltran, Director General del Imserso.

Chris Stewart, Director de Modernización de Sanidad en Irlanda del Norte.

Emilio Herrera, Director de Enterprising Solutions for Health.

Genma Botín, Directora de la agencia Navarra para la autonomía de las personas.

Gerardo Amunarriz, Director General en Fundación Matía.

Irati Herrero, Senior Consultant en Schuman Associates.

Javier Oleaga, Responsable de Cruz Roja del País Vasco.

Jesús Marcial Méndez, Consellería de Traballo e Benestar de la Xunta de Galicia.

José María Pino, Director General de Asistencia Sanitaria de Castilla y León.

Juan Bautista Gómez, Director Gerente Dpto. de Salud de la Conselleria de Sanitat de Valencia.

Juan del Llano, Director de la Fundación Gaspar Casal.

Juanjo Rubio, Gerente del Servicio Navarro de Salud.

Karmele Acedo, Gerente en Servicios Sociales Integrados.

Luis Lorenzo, Gerente Adjunto del Consorcio Galego Servizios Igualdade e Benestar.

M^a Teresa Antoñanzas, Subdirectora de Acción Social del Gobierno de la Rioja.

Manuel Ollero, Director del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas.

María José Pérez, Dirección de atención primaria de la Conselleria de Sanidad de Valencia.

María Mercedes, Subdirectora General de Planificación y Programación Asistencial del Servicio Gallego de Salud.

Mayte Sancho, Asesora técnica de la Fundación Matía.

Susana Quintanilla, Directora Ejecutiva Asistencial de Sanitas.

Susana Fernández-Monge, Responsable Organización y Calidad del Hospital Aita Meni.

Susana García-Heras, Directora de la Fundación Sociosanitaria de Castilla La Mancha.

Toni Bruel, Coordinador General de Cruz Roja.

01

Pasando a la acción:
El papel de los gobiernos
En la Alianza Sociosanitaria

01 Pasando a la acción: el papel de los gobiernos en la alianza sociosanitaria

Existe consenso en afirmar que el sistema de prestación sociosanitario está fragmentado y que son los usuarios los que sufren las consecuencias.

También **existe consenso sobre cómo se debe llevar a cabo la planificación en el sector: en función de las necesidades de las personas en particular y de la población en general.**

Igualmente existe **consenso en resaltar la importancia de ofrecer a los usuarios un modelo mejor coordinado e integrado de servicios sociosanitarios.**

Que se está avanzando mucho y bien en el desarrollo del espacio sociosanitario A NIVEL MICRO (a nivel local) es una realidad.

Pero se puede avanzar más rápido y desarrollar más experiencias en esta dirección **si hubiera un liderazgo político más comprometido. Otros países y regiones ya lo están haciendo.**

“¿Cómo se podrían crear condiciones desde el nivel político para desarrollar el sistema sociosanitario?”

No es cuestión de falta de herramientas. Tenemos la **TECNOLOGÍA** y las **CAPACIDADES** para hacerlo.



Cabe preguntarse por tanto, **¿CÓMO SE PODRÍAN CREAR CONDICIONES DESDE EL NIVEL POLÍTICO para dar un salto cualitativo y pasar de experiencias de interés a una REAL TRANSFORMACIÓN Y DESARROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO?**

En esta línea de actuación, el pasado día 21 de enero de 2014 tuvo lugar un workshop de trabajo en el que participaron **directivos y profesionales senior de los sistemas de salud y de los servicios sociales de los diferentes Gobiernos. Personas, todas ellas, que tienen hoy la responsabilidad de liderar estos cambios y disponen de los instrumentos necesarios para empezar a explorarlos.**

El objetivo de la sesión de trabajo se centró en:

- **Compartir experiencias de éxito en la creación de alianzas socio sanitarias dirigidas a transformar el modelo de atención para mejorar las necesidades de cuidado y atención de las personas.**
- Identificar las **políticas y herramientas de gestión que favorecen y estimulan esta «transformación» del sector socio sanitario** en línea con proveer más atención y cuidados en el domicilio del paciente y menos en los centros hospitalarios complejos.
- **Identificar las principales barreras** que existen hoy en los sistemas sanitario y social para avanzar en la dirección pretendida y **reflexionar conjuntamente sobre su eliminación.**

A continuación se exponen las propuestas de avance que formuló el grupo en **seis áreas de trabajo** que se consideran **clave para pasar a la acción y avanzar en el desarrollo de la alianza socio sanitaria.**

Pasando a la acción:

Tareas pendientes de los Gobiernos

- 1 APUESTAS DECIDIDAS VS. GRANDES PLANES
- 2 IMPLEMENTACIÓN: LA ASIGNATURA PENDIENTE
- 3 MÁS VOZ Y PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS
- 4 ¿DE DÓNDE SE OBTENDRÁN LOS RECURSOS?
- 5 INNOVACIÓN ORGANIZATIVA: UNA CLAVE POCO EXPLORADA
- 6 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN:
- 7 FOROS DE APRENDIZAJE COMPARTIDO

01

Apuestas decididas vs. grandes planes

¿Existe hoy alguna comunidad autónoma que NO tenga un Plan Socio sanitario o Plan similar?

La respuesta es negativa. Hoy todos los agentes planificadores del sistema disponen de algún plan guía (Planes Marco Socio sanitarios, Planes Estratégicos Socio sanitarios, etc.).

Se observa que los diferentes planes existentes responden en parte a la constatación desde el nivel político de la fragmentación real existente que se percibe en dichos niveles con el correspondiente nivel de inquietud y con la necesidad de ofrecer respuestas a esta situación.

Coincidimos, por tanto, en que **EXISTEN MUCHOS PLANES QUE NOS GUÍAN EN EL CAMINO Y SIN EMBARGO, ESTOS PLANES NO TERMINAN DE EJECUTARSE, DE IMPLEMENTARSE, AL MENOS A LA VELOCIDAD QUE SE ESPERA.**

“Tenemos muchos planes que luego no se implementan”: hay que pasar a la acción.

Por ello es más y más necesario “ir más allá” y reflexionar sobre qué barreras y qué facilitadores son necesarios gestionar para avanzar en la **IMPLEMENTACIÓN** de las intervenciones más rápido.

A nivel político es necesaria una **MAYOR DETERMINACIÓN** y un **FOCO DE LA INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIA CENTRADA EN EL PACIENTE, PERO DE VERDAD.**

Situar a la persona en el centro **supone un cambio organizativo profundo y pone en cuestión los sistemas actuales.**

Desarrollar un modelo de atención centrado en el paciente conlleva modificar el itinerario actual de atención a los pacientes, incluyendo en dicho itinerario el conocimiento de sus necesidades y de su perspectiva social.

“Es necesario que los representantes políticos comprendan y asuman el objetivo que se persigue con el desarrollo del espacio sociosanitario. Conlleva un cambio de actitud y una enorme valentía.”



Desarrollar un modelo de atención centrado en las personas implica que las personas puedan desarrollar un rol más activo. Son los agentes del proceso que mejor conocen sus necesidades y son los protagonistas de su situación personal. En ese contexto, es la persona o su entorno quien mejor conoce las capacidades y recursos que posee para hacer frente a sus necesidades y, por tanto, quien mejor puede explicitar qué tipo de servicios o ayudas precisa para complementar su falta de capacidad o recursos. Esto es un cambio muy profundo en el modelo organizativo actual que ha sido definido en función de la oferta existente y con una asimetría muy fuerte entre la capacidad del individuo, su empoderamiento y el del sistema que le ofrece atención.

En este cambio **cultural y de mayor empoderamiento de las personas** en su cuidado y en su salud se observa un amplio recorrido de mejora en la educación activa y estructurada a los diferentes tipos de colectivos respecto a su involucración personal y su responsabilidad en dicho cuidado y mantenimiento. **Se hace urgente educar en el autocuidado.**

“Es necesario fomentar la transparencia y la evaluación.”

Todo lo anterior conlleva una necesidad de **trabajar en la flexibilización de los procesos y la información para poder avanzar desde una organización diseñada sobre los recursos hacia otra que priorice a las personas.** A veces las regulaciones existentes en materia de protección de datos dificultan el avance en este sentido. Sería necesario buscar el equilibrio necesario.

Conseguir cambiar el modelo de atención y la forma de trabajar conlleva **reducir el paternalismo y realizar un giro del modelo buscando responder a las necesidades.** Esta afirmación para hacerse real **precisa de una apuesta política clara: QUE EL OBJETIVO QUE SE PERSIGUE CON EL DESARROLLO DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO SEA COMPRENDIDO Y ASUMIDO POR LOS DIFERENTES REPRESENTANTES POLÍTICOS. ESTO CONLLEVA UN CAMBIO DE ACTITUD Y UNA ENORME VALENTÍA.**

“En España no existe un órgano independiente asesor que con criterios técnicos y basados

en la evidencia asesore o sirva de guía a los gobiernos para facilitar el desarrollo continuo de las políticas que requieren ciclos de implementación amplios.”

Para ello, debería desarrollarse **más autocrítica a nivel político, mayor espíritu crítico y FOMENTO DE LA TRANSPARENCIA Y LA EVALUACIÓN**. En este sentido, se apunta que el contexto económico está obligando a la toma de decisiones y **SE ESPERA QUE ESTE CONTEXTO AYUDE AL DESARROLLO DE POLÍTICAS DECIDIDAS EN LA DIRECCIÓN ADECUADA**. Podría ser una “oportunidad de oro” para llevar a cabo alguna de las propuestas formuladas y empezar a constatar cambios reales en un ámbito que nos preocupa a todos.

En línea con el punto anterior, **EN ESPAÑA NO EXISTE UN ÓRGANO INDEPENDIENTE, UNA AGENCIA O GRUPO ASESOR QUE CON CRITERIOS TÉCNICOS Y BASADO EN LA EVIDENCIA ASESORE O SIRVA DE GUÍA A LOS GOBIERNOS PARA FACILITAR EL DESARROLLO CONTINUO DE LAS POLÍTICAS QUE REQUIEREN CICLOS DE IMPLEMENTACIÓN AMPLIOS**. De este modo se podría apoyar con criterio técnico muchas de las decisiones que se toman en el ámbito político guiadas por unas reglas de juego que son diferentes a las que hoy precisa el sector.

“Se precisa trascender los ciclos políticos para enmarcar este tipo de cambios en periodos temporales mayores.”

Existen muchas personas en el nivel micro de la organización que poseen conocimiento y amplia experiencia de qué cosas deben mantenerse y cuáles no. No se suele escuchar al anterior y se opta equivocadamente por el “borrón y cuenta nueva” al inicio de cada ciclo político. En este sentido **SE OBSERVA COMO POSITIVA LA ESTRATEGIA DE LA UNIÓN EUROPEA QUE LANZA UN HORIZONTE TEMPORAL DE 2020**.

02 Implementación: la asignatura pendiente

Un hándicap de nuestro sistema es la asimetría que existe entre la accesibilidad y disponibilidad de servicios entre el ámbito sanitario, de carácter universal, y el social con un modelo en términos comparativos “raquítico”. A priori, la integración de los servicios sociales sin una definición previa de cartera de servicios que diferencie aquellos que se consideran básicos de los complementarios dificulta enormemente el avance.

“Todo proceso de cambio precisa la correspondiente gestión de los recursos económicos asociados.”

¿Ocurre esto en otros países? ¿Cuál es la situación en otros lugares?

La situación en **Irlanda del Norte** es similar. El sistema sanitario es universal y gratuito con apenas copago directo para el usuario. En este sentido, su estrategia “Transforming your care” desde el momento inicial explicó **que se llevaría a cabo con un desplazamiento de recursos desde el ámbito hospitalario hacia el comunitario para poder reforzar los servicios que eran requeridos en este nivel de atención** (atención primaria, atención infantil, atención a mayores). Este desplazamiento económico se cifró en al menos el **2,4% del presupuesto**.

No cabe duda que **DETRÁS DE ESTA INTERVENCIÓN NO SÓLO EXISTE LA INTENCIÓN DE LLEVAR A CABO UN**

“La acción no se considera que sea un elemento del mañana. Es necesario pasar a la acción, hoy.”



PLAN O UNA ESTRATEGIA, SINO QUE ADEMÁS ÉSTA SE ACOMPAÑA DE CAMBIOS EN LOS RECURSOS PARA QUE SEA UNA REALIDAD.

Es necesario priorizar experiencias con resultados y romper barreras y miedos. Es fundamental **convencer a los decisores** para generar movimientos hacia la coordinación e integración. Para lograrlo se propone trabajar en el **DESARROLLO DE ALIANZAS CON OTROS AGENTES, a modo de ejemplo, organizaciones supra territoriales.** Se entiende que hoy **existe una dispersión importante y se necesita aglutinar esfuerzos de diferentes agentes** (comunidad, pacientes, personas) **a través de la evaluación de los resultados de las diferentes iniciativas que permitan ordenar la situación.**

¿Y qué propuestas se formularon para avanzar hacia la acción?:

- **Revisando y analizando de manera sistematizada las evidencias internacionales.**
- **Generando un movimiento positivo en esta dirección entre los diferentes grupos de interés:** el congreso, las sociedades científicas...
- Encendiendo **luces rojas en los programas de inversión y los planes que no contribuyan al objetivo o que carezcan de viabilidad por no contar con los recursos económicos correspondientes.**
- Fomentar el desarrollo de **alianzas con la industria** para el desarrollo de más propuestas de integración y coordinación sociosanitaria de las que aprender.

LA ACCIÓN NO SE CONSIDERA QUE SEA UN ELEMENTO DEL MAÑANA. ES NECESARIO PASAR A LA ACCIÓN, HOY.

“Es fundamental contar con la voz del usuario incorporarlos en las fases de diseño y crear evidencia en cada intervención que ayude a mejorar la siguiente.”

03

Más voz y participación de los usuarios

Para llevar a cabo algunas de las intervenciones que se recogen en “LOS PLANES” va a ser necesario **contar con la participación de los ciudadanos en la organización de servicios.**

Es necesario desarrollar un modelo de liderazgo que permita la “emergencia local”.

¿Cómo se lleva a cabo esto? ¿Cómo lo están haciendo otros?

En opinión del **experto irlandés** no existe una única solución para hacerlo. **LA RESPUESTA ES TRABAJANDO Y DIALOGANDO CON DIFERENTES PERSONAS Y CENTRÁNDOSE ESPECIALMENTE EN LOS COLECTIVOS QUE TIENEN VOLUNTAD DE APORTAR VALOR Y OPINIÓN AL PROCESO Y QUE REPRESENTEN EL GRUPO REAL DE PERSONAS PARA LOS QUE VAN A SER DISEÑADOS LOS NUEVOS SERVICIOS O PROCESOS.**

Es necesario mantener muchas reuniones y encuentros con diferentes personas y colectivos que pueden ayudar a construir el nuevo pathway de atención o a definir los servicios que se precisan. Para ello, **debe existir un compromiso político de querer hacerlo así, puesto que requiere la inversión de mucho tiempo y esfuerzo y de mantener una constancia en el tiempo.**

Representantes de la European Social Network (ESN) apuntan la **NECESIDAD DE CONTAR CON LA VOZ DEL**

USUARIO DESDE EL PRINCIPIO. INCORPORARLOS EN LAS FASES DE DISEÑO Y CREAR EVIDENCIA EN CADA INTERVENCIÓN QUE AYUDE A MEJORAR LA SIGUIENTE

Dar voz al usuario en la definición de los servicios implica que el nivel político debe interiorizar que no es posible planificar, definir y realizar desde arriba las múltiples conexiones necesarias. **ES NECESARIO DESARROLLAR UN MODELO DE LIDERAZGO QUE PERMITA LA “EMERGENCIA LOCAL”.**

El concepto de “coproducción” en el que el diseño de los servicios se hace entre los profesionales y los usuarios es aun escaso en España aunque su potencial es enorme. En el sector sanitario las experiencias de auto gestión de enfermedades en las que el usuario se hace más responsable de las decisiones que le conciernen y de la gestión de su enfermedad son más y más comunes y algunas de las lecciones obtenidas se podrían extender a la gestión sociosanitaria.

Respecto a cómo se puede lograr que el ciudadano tenga más voz en un sistema donde la orientación de los servicios ha respondido a las necesidades de la oferta más que a las necesidades del ciudadano, se **SUGIERE VIRAR LOS SISTEMAS ACTUALES DE FINANCIACIÓN HACIA OTRO TIPO DE MODELOS (CÁPITA, BUNDLE PAYMENT, ETC.) DONDE SE VAYA ADECUANDO EL PRESUPUESTO A LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y FINALMENTE EL PRESUPUESTO SIGA AL PACIENTE.**

Nuevamente es necesario **reducir el nivel de paternalismo del sistema y generar conciencia ciudadana.**

En línea con generar un gran consenso en esta dirección se hace más necesario que nunca **ENGANCHAR AL CIUDADANO Y A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN CON EL CAMBIO PRETENDIDO Y PARA GANAR ESTA CONFIANZA ES NECESARIA LA TRANSPARENCIA.**

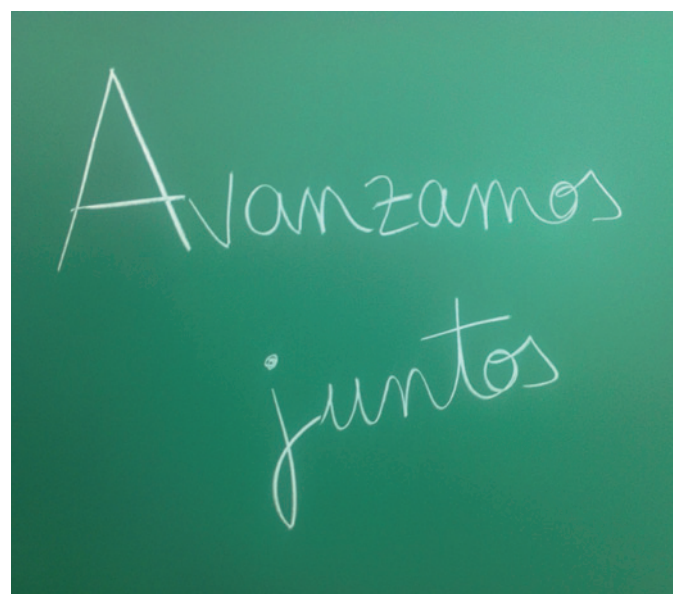
“El concepto de “coproducción” en el que el diseño de los servicios se hace entre los profesionales y los usuarios es aun escaso en España aunque su potencial es enorme.”

Un área de trabajo es la **GENERACIÓN DE CONCIENCIA CIUDADANA QUE AYUDE A COMPRENDER QUE EL DESARROLLO DE ALGUNAS INTERVENCIONES SON UN DEMÉRITO MÁS QUE UN ÉXITO. "MÁS NO ES SINÓNIMO DE MEJOR"**. Este ejercicio debería desarrollarse en alianza con los movimientos asociativos.

En esta línea se apunta que existen generaciones de personas, a modo de ejemplo, "la conocida como el baby boom" que tiene más desarrollada esta cultura asociativa. Ante la necesidad existe capacidad de organización para desarrollar nuevas respuestas y exigir los cambios que el nuevo contexto requiere.

EL GRUPO ENTIENDE QUE SE ESTÁ DANDO UN CAMBIO DE PARADIGMA FUNDAMENTAL "DESDE LO SANITARIO HACIA LO SOCIAL" POR RAZÓN DE LOS CAMBIOS DEL CONTEXTO DEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL. "O CAMBIAMOS O NOS MUEVEN". SE DEBE PROMOVER UN CAMBIO ORDENADO FRENTE A "CIERTO INMOVILISMO POLÍTICO" EN ESTE ÁMBITO. ES TIEMPO DE PASAR A LA ACCIÓN.

"Es necesario reducir el nivel de paternalismo del sistema y generar conciencia ciudadana."



04

¿De dónde se obtendrán los recursos?

LA INTEGRACIÓN O COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA NO PARECE QUE VAYA A DARSE POR UN AUMENTO DE RECURSOS, es decir, no parece que a corto plazo se vaya a disponer de recursos adicionales que inyectar al ámbito sanitario y/o social. Más bien parece que se irá consolidando mediante la redistribución de los actuales recursos desde sus ubicaciones y servicios hoy hacia otros que, respondiendo al nuevo modelo de atención, sean más sostenibles desde el punto de vista de su coste, pero sobre todo sean más adaptados y respondan mejor a las necesidades de cuidados que requieren las personas. Es por ello, que **VA A SER NECESARIO DESARROLLAR PLANES PERO QUE CONTEMPLÉN REDISTRIBUCIONES DE LOS RECURSOS FAVORECIENDO NUEVAS ASIGNACIONES.**

En un entorno en el que no habrá muchos más recursos y en el que la demanda y la demografía continuará creciendo **LA RESPUESTA SE ENCONTRARÁ EN LA REORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS**, ya que **la mayor parte del presupuesto en ambos sectores está relacionado con sus profesionales** (sociales y sanitarios).

"Hay que enganchar al ciudadano y a los medios de comunicación con el cambio pretendido y para ganar esta confianza es necesaria la transparencia."

SECCIÓN I

Muy relacionado con esta utilización diferente de los recursos humanos, **EL RESTO DE RESPUESTAS NECESARIAS Y URGENTES EN UN ENTORNO DE ESCASEZ LA PROPORCIONARÁN LAS INNOVACIONES ORGANIZATIVAS Y LAS TECNOLÓGICAS.**

“Más no es sinónimo de mejor.”

Para ello, **SERÁN NECESARIAS POLÍTICAS ACTIVAS DE APOYO A LA INNOVACIÓN.**

Por otro lado, en relación a **las convocatorias y la financiación disponible por parte de los gobiernos y distintas organizaciones e instituciones para el desarrollo de colaboraciones y alianzas centradas en el paciente**, se observa cierto recorrido de mejora. Se cree que tanto en Europa como en España se ha “gastado mal”, se han diseñado convocatorias en las que no se ha mirado la concentración de recursos, se ha permitido la generación de alianzas o acuerdos como mero trámite sin realmente responder a la necesidad de colaborar para mejorar una necesidad para las personas, con elevados costes administrativos, etc. **Debería desde el nivel político mejorarse las condiciones de estas convocatorias en línea con los objetivos buscados. A veces el propio proceso para la constitución de acuerdos y desarrollo de proyectos entre diferentes agentes resulta muy pesado y poco ágil.**

“La integración o coordinación socio sanitaria no parece que vaya a darse por un aumento de recursos.”

Otra línea a explorar que se propone es avanzar progresivamente en **dar más “poder” desde el nivel político a determinados agentes que actúan en el ámbito local y que podrían ser garantes del empleo de los recursos y el cumplimiento de los objetivos.** A modo de ejemplo, consejos locales, o agentes similares. Flexibilizaría el proceso de avance y mejoraría la robustez en el seguimiento de resultados y de utilización de los recursos.

Una línea clara de avance desde el nivel político es **la financiación. Tradicionalmente no se ha incentivado la obtención de resultados, sino el desarrollo de actividad. Es necesario utilizar instrumentos que permitan articular un trasvase de recursos para conseguir**

una asignación más eficiente y más ajustada a las necesidades finales del paciente (cuidado y mejora de su salud). Esto tampoco tiene por qué esperar, ya sabemos cómo se hace. Es cuestión de voluntad y determinación política.

“Va a ser necesario desarrollar planes pero que contemplen redistribuciones de los recursos favoreciendo nuevas asignaciones.”



05

Innovación organizativa: una clave poco explorada

El desarrollo del espacio sociosanitario requiere de **NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS EMERGENTES Y ORGÁNICOS.**

¿Qué modelos están siendo explorados por otros?

A modo de ejemplo, en Cataluña están evolucionando desde un modelo focalizado en el desarrollo del nivel sanitario, a lo que denominan un modelo de respuesta integral, en el que el ámbito educativo, el social o el sanitario, entre otros, contribuyen de manera integral a dar respuesta a la cronicidad.

“España es uno de los países de Europa con mayor aceptación y uso de internet, un hecho que crea nuevas condiciones para desarrollar esta línea de servicios con mayor escala.”

Para ello, están trabajando en cambiar los determinantes y parten de conocer qué necesidad tiene cada persona, qué activos o recursos tiene cada individuo para dar respuesta a esa necesidad y qué activos o recursos deben desarrollarse

desde las administraciones o los sistemas para cubrir el diferencial.

En esta evolución han ido creando la **necesidad de desarrollar el entorno local, el nivel micro.** Así, conforme avanzan en la integración a nivel local de los servicios para dar respuesta integral a la persona, van trabajando la creación de sensibilidad política, lo que ha permitido hasta el momento conformar diferentes alianzas con el tercer sector y de aprobar recientemente el Plan de integración social y sanitario sobre las bases de un modelo de atención común y transversal para todos.

La idea es avanzar en esta dirección hacia la constitución de un único agente planificador y asignador de los recursos que permita la redistribución de estos, ya que el futuro sociosanitario emergerá de una apuesta por una reorganización de los recursos más que por un aumento de los mismos (situación poco probable).

“Se considera clave avanzar en el desarrollo de una cultura evaluativa de proyectos piloto más robusta, definiéndose indicadores con rigor científico que permitan evaluar el impacto y resultados tanto en el ámbito sanitario como en el social.”

En el País Vasco desde el sector sanitario se promueve, desde hace varios años, una forma de **planificación emergente en la que se da más margen de maniobra a los proveedores locales para reconfigurar sus servicios y la colaboración local.** Esto ha creado un contexto propicio para que aumenten las evaluaciones conjuntas sociosanitarias de los usuarios y más modelos colaborativos. Iniciada esta fase, se puede avanzar en la definición de **procesos estructurados para el análisis de los “proyectos piloto” que emergen, que permita un aprendizaje mutuo más rápido.**

Existen muchas experiencias piloto que algunas veces no se evalúan en términos de impacto y resultados, otras aun

existiendo evidencias en un sentido u otro éstas no son accesibles a los agentes para los que pudieran representar valor, en otros casos el acceso a esta información presenta dificultades derivadas de la dispersión existente, etc.

“La respuesta se encontrará en la reorganización de los recursos humanos. El resto de respuestas necesarias y urgentes en un entorno de escasez la proporcionarán las innovaciones organizativas y las tecnológicas.”

SE CONSIDERA CLAVE AVANZAR EN EL DESARROLLO DE UNA CULTURA EVALUATIVA DE PROYECTOS PILOTO MÁS ROBUSTA, DEFINIÉNDOSE INDICADORES CON RIGOR CIENTÍFICO QUE PERMITAN EVALUAR EL IMPACTO Y RESULTADOS TANTO EN EL ÁMBITO SANITARIO COMO EN EL SOCIAL.

“Es necesario utilizar nuevos instrumentos de financiación que permitan articular un trasvase de recursos para conseguir una asignación más eficiente y más ajustada a las necesidades finales del paciente.”

06 El rol de las tecnologías

Por un lado para que los profesionales de los sectores sanitario y social trabajen juntos deben de poder compartir información sobre las evaluaciones de necesidades de los usuarios, su tratamiento y sus cuidados. **Los sistemas de información actuales que de forma creciente conectan la atención primaria y los hospitales deberían ser progresivamente extendidos a los servicios sociales.**

Las tecnologías ya existentes y futuras tienen el potencial de revolucionar dónde y cómo se prestan los servicios sociosanitarios. Esa revolución se ha dado ya en otros sectores. En cambio **el sector sociosanitario se “resiste” a entrar en la era digital.**

Varias comunidades autónomas han avanzado en esta línea y en ellas el denominador común ha sido una apuesta decidida desde el ámbito político para asegurar nuevas formas de servicio utilizando nuevas modalidades de captura y transmisión de información a los profesionales de los sectores sanitario y social.

ESPAÑA ES UNO DE LOS PAÍSES DE EUROPA CON MAYOR ACEPTACIÓN Y USO DE INTERNET, UN HECHO QUE CREA NUEVAS CONDICIONES PARA DESARROLLAR ESTA LÍNEA DE SERVICIOS CON MAYOR ESCALA.

“Serán necesarias políticas activas de apoyo a la innovación.”



07

Foros de aprendizaje compartidos

Todas las propuestas anteriores van a requerir un aprendizaje, el descubrimiento de nuevas formas de hacer las cosas. Este punto va a ser especialmente importante en el ámbito sanitario, cuyo desarrollo se ha caracterizado por el consiguiente aumento de recursos en forma de profesionales, estructuras, fármacos y tecnologías cuando se encontraba ante la necesidad de hacer más cosas o nuevas cosas. Sin embargo, esta ecuación se ha roto y debemos aprender a hacer “más con lo mismo”.

EN ESPAÑA NO EXISTEN FOROS DE APRENDIZAJE ESTABLES DONDE INTERCAMBIAR EXPERIENCIAS CON EL OBJETIVO DE AVANZAR MÁS RÁPIDO A TRAVÉS DE UN APRENDIZAJE ESTRUCTURADO. CARECEMOS DE ESTOS MODELOS DE TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO Y, HOY MÁS QUE NUNCA, PRECISAMOS DINAMISMO EN EL APRENDIZAJE PARA CONOCER QUÉ ESTAMOS HACIENDO UNOS Y OTROS Y AVANZAR.

Es necesario crear espacios de opinión con perfil experto, alejado del sesgo político, que ayuden a crear opinión y conciencia social sobre los cambios y las transformaciones que es necesario acometer en el espacio sanitario y social de manera continuada. **SE ECHA DE MENOS ESPACIOS MÁS ACCESIBLES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE GRAN DIFUSIÓN PARA ACERCAR AL CIUDADANO REFLEXIONES DE CARÁCTER TÉCNICO Y PERFIL ACCESIBLE SOBRE LA ORGANIZACIÓN Y LAS PRESTACIONES DE LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS QUE RESULTEN DE SU INTERÉS.**

En esta línea se cree que es necesario desarrollar una estrategia de colaboración entre los diferentes agentes que participan en la transformación y los medios de



comunicación, avanzando en la protección de espacios técnicos y expertos para la reflexión y el debate. **ESTA INICIATIVA ES DE GRAN CALADO E IMPLICA EL DESARROLLO CONTINUO DE UN CAMBIO CULTURAL PROFUNDO HACIA LA TRANSPARENCIA Y EL RIGOR TÉCNICO.**

En este sentido, se pregunta al responsable de ESN hasta qué punto la Unión Europea está siendo facilitador en el desarrollo de redes que ayuden a generar conocimiento y aprendizaje. La realidad hoy es que en algunos países se está muy poco acostumbrado a trabajar en red con otras organizaciones y agentes de mismo sector, a modo de ejemplo, organizaciones no gubernamentales.

Las redes de colaboración y trabajo conjunto están generando cada vez más y más evidencia que ayuda en el desarrollo de integración y coordinación, hasta el punto que han provocado que la propia Unión Europea imponga en las condiciones para la asignación de fondos la existencia de partenariados y colaboraciones entre agentes que ayuden en la transferencia de conocimiento. También **se observa que mucha de esta evidencia generada se está convirtiendo en nuevas estipulaciones o regulaciones de ámbito europeo.**

“En España no existen foros de aprendizaje estables donde intercambiar experiencias con el objetivo de avanzar más rápido a través de un aprendizaje estructurado.”

En los últimos veinte años se ha avanzado mucho en el desarrollo del espacio socio sanitario en el nivel micro.

El papel de las asociaciones y sus representantes ha sido clave con un modelo de atención muy vigilado. **Sin embargo, en el nivel macro del sistema se hace necesario arbitrar y organizar un modelo de participación real.** En el ámbito de la planificación se da un problema competencial muy difícil de solucionar. Conviven dos culturas disciplinarias que no se encuentran y que avanzan en paralelo y adicionalmente en los planes participan diferentes niveles competenciales. Por todo ello, **el modelo para avanzar apunta más hacia una integración funcional donde se desarrollen procesos de empoderamiento. Deben**

existir circuitos que permitan a los agentes del nivel micro empoderarse para poder funcionar con cierta autonomía.

Avanzando en la evidencia de resultados iremos descubriendo qué modelo organizativo es el más efectivo para avanzar en cada contexto. **PARA ELLO DEBEMOS INCLUIR MÁS EVALUACIÓN DE IMPACTO VS. EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS QUE INICIAMOS.**

“Se echa de menos espacios más accesibles en medios de comunicación de gran difusión para acercar al ciudadano reflexiones de carácter técnico y perfil accesible sobre la organización y la prestaciones de los servicios socio sanitarios, que resulten de su interés.”

02

1. La perspectiva del sector público

- 1.2 La experiencia de Irlanda del Norte
- 1.3 La experiencia del País Vasco

2. El contexto europeo

- 2.1 El nuevo contexto de financiación europeo
- 2.2 La red Europea de Servicios Sociales (ESN)

3. La perspectiva del sector privado y alianzas publico privadas

4. Anexo: metodología del workshop

02 CONTEXTO DE LA JORNADA

En la actualidad todos de los agentes que intervienen en el espacio sociosanitario coinciden en afirmar que **los retos de futuro son enormes y variados** y coinciden, por tanto, en proponer que **es necesario modificar el estatus quo y ofrecer respuestas que ayuden a enfrentar dichos retos.**

La buena evolución que han experimentado los principales indicadores generales de salud (esperanza de vida) en los últimos 30 años es incontestable: **cada vez vivimos más tiempo.** Esta realidad nos sitúa ante un escenario futuro donde los nuevos retos demográficos y epidemiológicos **demandan de los sistemas sanitario y social nuevas modalidades de atención y cuidados.**

Sin embargo, constatamos hoy que **en nuestros sistemas sanitarios los cuidados están desintegrados, existiendo una elevada fragmentación** que se extiende **a lo largo del continuo de atención requerido** en el nuevo contexto y que **incluye también, al ámbito de prestación de cuidados y servicios sociales.**

Esta realidad nos lleva a **explorar nuevos modelos de funcionamiento entre los niveles de atención sanitario y social en busca de una mayor integración de los cuidados.** Asimismo, **cada vez hay más evidencia a favor de esta integración de cuidados,** de la activación de los pacientes o de la incorporación de tecnologías en la definición de los nuevos modelos de atención; evidencia que va **en una doble dirección: la mejora de la calidad de la atención y una mayor eficiencia económica.**

Todo ello hace que cada vez más países, regiones y organizaciones compartan la visión de **“transformar el actual complejo sistema de prestación de servicios sanitarios y sociales, en otro más simple adaptado a las**



nuevas necesidades que pueda ser desarrollado por perfiles profesionales menos complejos, mejor coordinado y prestado a través de nuevos servicios gracias al desarrollo tecnológico, y que, en último término, lo haga más sostenible en el tiempo”.

Esta visión empieza a concretarse en la creación por parte de diferentes países, regiones y organizaciones de **algún tipo de organización local integrada**. Estas organizaciones se caracterizan por proveer y gestionar el continuo de cuidados, **procurando la prestación de servicios más próxima al domicilio y el ámbito comunitario de las personas mediante una mayor coordinación entre profesionales sanitarios y sociales**, haciendo uso de las estructuras sanitarias más complejas sólo cuando es necesario.

“En nuestros sistemas sanitarios los cuidados están desintegrados, existiendo una elevada fragmentación.”

Para avanzar en esta dirección es necesario **crear espacios e iniciar procesos de planificación y trabajo conjuntos entre los niveles sanitario y social** que ayuden a descubrir estos nuevos modelos de funcionamiento y atención que mejoren la respuesta a las necesidades de cuidados que hoy se requieren.

Estos espacios no son tan fáciles de encontrar. Reconocemos fácilmente entornos de intercambio de conocimiento como los congresos o simposios, si bien, foros como estos no tienen una continuidad estable en el tiempo más allá que las diferentes ediciones anuales, en los mejores de los casos. También reconocemos otro tipo de espacios donde la presión política impide un trabajo técnico sereno que permita avanzar.

Es necesario ir descubriendo conjuntamente qué instrumentos y poleas de gestión en el ámbito macro es necesario mover para avanzar más rápidamente en esta dirección, a modo de ejemplo, nuevos sistemas de pago y financiación en ambos sectores, nuevos mecanismos de evaluación que nos permitan monitorizar los resultados de cada área o experiencia de integración, etc.

La gran mayoría de los agentes que acreditan una mínima trayectoria de actuación en dicho ámbito, coinciden en señalar cuáles son las intervenciones que deberían

desarrollarse, esto es, qué hay que hacer en el sector para avanzar.

Sin embargo, **la mayoría de las barreras y dudas para avanzar se sitúan en el terreno de los CÓMOS**.

Es por ello que **DBS Health propone el desarrollo de jornadas como la Alianza Sociosanitaria con la que iniciar un entorno estable de reflexión y trabajo, fuera de ideologías políticas, que invite a profesionales que hoy desempeñan funciones de gestión en dichos ámbitos, a avanzar en la implementación de los cambios que se deben dar en el entorno sociosanitario** para garantizar un mejor cuidado a las personas a un coste que sea asumible por el sistema.

En definitiva, con el desarrollo de jornadas como esta se trata de trabajar:

- En **cómo implementar cambios** en el entorno sociosanitario que permitan avanzar hacia la mejora del cuidado de las personas de la manera más eficiente posible y en su entorno más próximo.
- **En un espacio neutro**, fuera de ideologías, **que favorezca la reflexión y la elaboración de propuestas**, como es el entorno universitario.
- **Con personas que desempeñan, hoy, cargos de gestión en el espacio sociosanitario en España** y, por tanto, que tienen las competencias y capacidades para llevar a cabo estos cambios.

Para lograr este objetivo, se inició la jornada con la presentación de dos experiencias de avance de sistemas sanitarios que se consideran referentes en Europa en relación a los avances que han ido consolidando para mejorar la coordinación y la integración sociosanitaria: Irlanda del Norte y País Vasco.

“Es necesario transformar el actual complejo sistema de prestación de servicios sanitarios y sociales, en otro más simple adaptado a las nuevas necesidades.”

01

La perspectiva del sector público

01.1.

LA EXPERIENCIA DE IRLANDA DEL NORTE

Para contextualizar la situación socio-sanitaria en Europa se ha elegido la experiencia de Irlanda del Norte por ser un entorno suficientemente amplio (1.800.000 habitantes) donde se ha llevado a cabo una intervención conjunta de desarrollo de cuidados sociales y sanitarios.

En el año 2011, el Ministro de Salud encargó a un comité responsable del cuidado social y sanitario en Irlanda del Norte el desarrollo de la estrategia: **“Transforming your care” (La transformación de su cuidado)**.

Bajo este nombre se escondía el **desarrollo de un cambio muy profundo en la forma, la naturaleza y la apariencia de la prestación de los servicios que es necesario proveer para mantener la salud, el bienestar y el cuidado de cada persona.**

Para llevar a cabo este mandato, se plantearon qué cambios, qué políticas, qué intervenciones era necesario llevar a cabo desde el ámbito “policy” del sistema socio-sanitario para poder transformar la manera en la que se prestaban los servicios socio-sanitarios.

La principal conclusión en este sentido fue la **necesidad de crear un gran consenso en torno al cambio**. Para ello, se dedicaron muchos esfuerzos a **crear una visión del**



cambio, a explicar qué se quería decir con “Transforming your care”. Hoy en Irlanda del Norte todo el mundo conoce la estrategia “Transforming your care” y se ha creado el ímpetu necesario para su desarrollo.

Para la creación de esta visión, fue muy importante comprender desde el nivel “policy” del sistema que no se puede controlar todas las actuaciones en relación a la estrategia que se dan en la periferia del sistema, esto es, en el ámbito local. Era necesario asumir que **el papel del nivel político era generar las conexiones necesarias para avanzar en la integración. Para transformar es necesario integrar la capacidad de todos los agentes.**

“Es necesario crear espacios e iniciar procesos de planificación y trabajo conjuntos entre los niveles sanitario y social.”

Adicionalmente, se entendía que **para avanzar en la integración se debía permitir la flexibilidad y la adecuación de las intervenciones según el perfil de los usuarios.** A modo de ejemplo, si se quiere integrar los servicios dirigidos a personas mayores parece que tiene más sentido hablar de la integración de cuidados sociales y sanitarios. Si por el contrario se pretende mejorar la atención a los niños, se tendrá que hablar de los servicios educativos y los servicios de cuidado social. Si nos situamos en la integración para mejorar la discapacidad, los servicios relacionados serán prioritariamente los de empleo y los servicios sociales. En definitiva, otro factor que hay que tener en cuenta, en función de la experiencia irlandesa para avanzar en **la integración** es que ésta **debe estar orientada a la comunidad.**

“Se vió la necesidad de crear un gran consenso en torno al cambio, de crear una visión del cambio.”

Cada día en el ámbito comunitario irlandés, hay muchos profesionales prestando diferentes servicios: más de 28.000 visitas médicas, 84.000 prescripciones, 2.800 nuevos tratamientos dentales, 12.000 intervenciones de

profesionales de enfermería en los hogares y residencias, 8.500 servicios de ayuda a domicilio, 2.400 servicios de atención a niños, más de 2.000 visitas a servicios de urgencias, 1.200 visitas a profesionales, etc. Un total de 4.000 millones de euros anuales para atender a una población total de 1.800.000 habitantes.

Desde el punto de vista del gasto, también constataron que un 10% de la población consumía el 50% de los recursos. El 90% restante sólo los utilizaban en un 20%.

Han trabajado el desarrollo de la estrategia a diferentes niveles de intervención: el nivel político, el nivel de conceptualización de la estrategia, el nivel de compra y financiación de los servicios requeridos y, por último, el nivel de provisión.

Trabajan estrechamente con los profesionales, pero desde el nivel político entienden que no deben inmiscuirse en el nivel local. Así que desde el nivel político, trabajan especialmente en conseguir apoyos políticos, sin ellos, llevar a cabo una transformación de este calado es muy complicado. Sin embargo, enseguida comprendieron que los objetivos políticos son cortoplacistas (5 años) y que era necesario conocer este contexto y gestionarlo.

Así, se vio la necesidad de crear puentes entre el nivel político y la concreción de la estrategia en el ámbito local. La política siempre tiene expresión local y por tanto, es clave saber comunicarse con el público general. En este sentido, la mayor parte del tiempo de los responsables políticos se destinó en mantener reuniones de presentación y explicación del proyecto con los diferentes grupos de interés.

En estas reuniones, se explicaba por qué era necesario realizar el cambio que proponía la estrategia “Transforming your care”, cómo la población irlandesa estaba envejeciendo, cómo existía un aumento de las enfermedades crónicas y disponían de un sistema organizativo para darle respuesta diseñado en un contexto bien diferente: ahora se requerían de más cuidados a domicilio que atención en grandes hospitales, etc.

Sin embargo, **todo cambio debe basarse en evidencias.** Se explicaba que existían dificultades para cubrir servicios con profesionales los fines de semana y que tenían la necesidad de centralizar servicios especializados. Es necesario dialogar sobre este tipo de situaciones que se dan en nuestros sistemas sanitarios.

Otra evidencia de que el modelo de atención es mejorable, se observa cuando se analizan las visitas de personas



mayores a los médicos de atención primaria. Se necesita conocer mejor cómo actúan estas personas y qué necesidades tienen. A estas personas les da igual el agente o el nivel administrativo que les preste el servicio, lo que les mejora su necesidad es el servicio recibido. Por ello es fundamental definir los servicios, sus puntos de entrada, los pathways de atención según las necesidades de las personas.

Observaron también un incremento de personas mayores que acudían a los hospitales por caídas o complicaciones de problemas de salud. Muchas veces el origen de este problema está en situaciones de aislamiento en su entorno que conllevan diferentes problemas como, por ejemplo, la falta de adherencia a tratamientos.

Por tanto, un paso necesario para avanzar en la integración y mejora de los servicios está en preguntar a los usuarios de los servicios y en analizar su realidad. Generalmente, primero organizamos los servicios y luego preguntamos a las personas por su funcionamiento.

Cuando hablamos de transformar el cuidado de 1,8 millones de personas lo primero es entender su realidad. Si se escucha lo que **las personas piden y utilizan de manera abrumadora, se concluye claramente que se trata de los servicios comunitarios.**

Para la estrategia "Transforming your care" era fundamental crearse y de facto llevar a cabo, que el paciente debe situarse en el centro del sistema. **El centro es su casa, su hogar.** En esta tarea también se ha considerado muy importante el **tejer alianzas con la capacidad y la competencia que ya existía a nivel local.** Esta capacidad es diferente en un sitio y otro. A modo de ejemplo, la integración de redes de voluntariado. Lo primero que ellos realizaron es diseñar

el "paquete de servicios o de atención" que requieren las personas basado en sus necesidades. A veces estos servicios pueden potenciarse con la ayuda de voluntarios. Es el caso de la existencia de conductores que llevan a personas a clubs, centros de ocio comunitarios, etc., donde se pone en contacto a personas mayores. Esto es posible en Irlanda porque existe una cultura de voluntariado muy arraigada y desarrollada entre la sociedad. En unos casos existe esta red de voluntarios muy potente y en otros no y es necesario reforzar la atención.

Otros elementos que, según su experiencia, facilitan el cambio son los siguientes: el **liderazgo profesional o el propio uso del lenguaje** hablando cada vez más de bienestar vs. enfermedad.

"Transforming your care" no es una experiencia perfecta, es un proceso que está en plena travesía, implementando el cambio buscado y que cada vez cuenta con más respaldo de los diferentes agentes: ciudadanos, políticos...

Si se pone en marcha una transformación como esta, lo más importante es mantener el acto de voluntad de llevarla a cabo. Las transformaciones no se producen si no se lucha por ellas y se impulsan y se animan permanentemente.

01.2. LA EXPERIENCIA DEL PAÍS VASCO

En el entorno más próximo tenemos cada vez más experiencias avanzando en la coordinación e integración socio sanitaria. Una de ellas es la del País Vasco.

En opinión del coordinador socio sanitario del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, el avance en el ámbito socio sanitario es una obligación del ámbito político (macro). En el nivel asistencial (micro) existe lo que se denomina el "efecto mariposa": pequeños gestos y avances que dan lugar a una transformación.

En el momento actual, en el espacio socio sanitario vasco existe una bicefalia representada por los dos coordinadores socio sanitarios: el del Departamento de

Salud y el del Departamento de Servicios Sociales. Ambos son los responsables de impulsar el desarrollo de las **Líneas estratégicas sociosanitarias en Euskadi**.

Principales características:

- Identifica los principales colectivos diana.
- Integra los modelos emergentes que existen hoy, a modo de ejemplo, la accesibilidad y la consecuente necesidad de acercamiento de los cuidados al domicilio.
- Se contextualiza en un sistema relacional complejo. Es fundamental que esta visión sea comprendida por los planificadores, los clínicos, las personas...
- En el País Vasco la integración está soportada sobre los poderes y las competencias. Hay que pensar que la integración debe ser funcional y no estructural (profundidad relacional).
- Contexto local: cambios demográficos, creciente atención a la dependencia, mantenimiento del impulso a la cronicidad...
- Es una propuesta estratégica basada en valores, con una misión y una visión explícitas que sitúan a la persona en el centro y con un espacio de confianza visualizado en la coordinación.
- Por la complejidad del entorno, en la atención sociosanitaria va a ser necesario desarrollar algunos servicios.
- Son un total de 5 líneas estratégicas: una de nivel de intervención macro, dos de nivel meso, una micro y una transversal de investigación e innovación que aporta la visión prospectiva.

Línea estratégica 1: Definición de una cartera de servicios sociosanitarios.

Se busca que exista un desarrollo normativo a nivel de Decreto que la detalle.

Línea estratégica 2: Implantación de un sistema de información y comunicación sociosanitaria.

Se pretende avanzar en la idea de contar con información sanitaria y otro tipo de información no sanitaria pero efectiva para la prestación de los servicios sociosanitarios. Para ello es necesario avanzar en un acercamiento cultural y desarrollar un lenguaje común entre los dos espacios (el sanitario y el social).

Se elaborará el historial sociosanitario y para ello está previsto llevar la historia clínica de Osakidetza a las residencias. Adicionalmente se está trabajando en la creación de un equipo de atención sociosanitario. En este sentido existen varias experiencias y todas válidas probándose ya en los diferentes entornos locales del País Vasco.

Para cumplir con este objetivo será necesario ofrecer un marco ético importante a la información generada.

Línea estratégica 3: Formalización de acuerdos sociosanitarios entre sectores.

En este sentido se identifican muchas líneas de colaboración a explorar relacionadas, entre otras cosas, con los flujos financieros de la prestación, los protocolos, la oportunidad de generar economías de escala, avances en coordinación, etc.

Línea estratégica 4: Plan de desarrollo de la atención sociosanitaria en colectivos diana.

Se ha priorizado el desarrollo de intervenciones para mejorar el Trastorno mental grave, la dependencia o discapacidad, para proteger a personas en riesgo de exclusión social, para ayudar a niños con necesidades especiales, en modelos de atención temprana o dirigido a colectivos con enfermedades raras.

Esta línea estratégica pretende mantener en funcionamiento un radar que alerte de los cambios que se producen en la sociedad con la existencia de indicadores de seguimiento.

Línea estratégica 5: Impulso de la formación, investigación, innovación y transferencia de conocimiento.

La interacción constante de los diferentes agentes permite la búsqueda de soluciones locales a problemas concretos. Es necesario favorecer este proceso y además facilitar la generalización de conocimientos. Para ello se ha priorizado el impulso de la formación y la aplicación de metodología de investigación cuantitativa y cualitativa que hagan derivar las experiencias en evidencias.

Como conclusión destacar que la evolución no es determinismo. Es necesario el desarrollo del liderazgo como fuerza transformadora. Y aunque la evolución no la podemos ver con nuestros ojos, una guía de que vamos por el buen camino es la existencia de muchas intervenciones probándose.

02

El contexto europeo

02.1.

EL NUEVO CONTEXTO DE FINANCIACIÓN EUROPEO

Las experiencias descritas se enmarcan dentro de un nuevo contexto europeo, donde las instituciones están llevando a cabo una apuesta fuerte por conseguir un desarrollo armonizado del espacio sociosanitario.

Esta apuesta se concreta en la definición de las áreas claves de intervención, así como, en la determinación de la inversión económica a la que podrán optar los diferentes estados miembros para poner dichas intervenciones en marcha.

Así, la Unión Europea dentro de su programa de **inversión Horizonte 2020** ha priorizado las siguientes tres áreas de intervención:

- Ciencia excelente
- Liderazgo industrial
- Retos sociales

Dentro del área de retos sociales, se sitúa la línea "Salud, cambio demográfico y bienestar", cuyos retos son el envejecimiento de la población, el sistema de salud insostenible, y las desigualdades de acceso a los sistemas de salud. El objetivo de este capítulo es poner la ciencia a disposición del ciudadano, apoyar a un sistema de salud competitivo, testar nuevos modelos de negocio, nuevas herramientas y promover el envejecimiento activo.

El presupuesto dedicado a salud en programas de fondos de desarrollo e innovación de la UE, Horizonte 2020, es para

2014 de **600 millones de euros** y en este momento, los diferentes agentes estudian cómo concurrir a las calls en los temas que se proponen con diferentes socios y aliados.

Como novedad de la convocatoria Horizonte 2020 en comparación con el programa anterior FP7, destaca que la subvención alcanza la totalidad de los costes del proyecto. Adicionalmente, la Comisión Europea ha pretendido mejorar el tiempo de adjudicación de cada subvención que ahora, ascenderá como máximo a 8 meses desde que se presente el proyecto a la Comisión. Ésta tiene 5 meses para informar a los participantes del resultado de la evaluación científica del proyecto y 3 meses posteriores para firmar el acuerdo. La financiación se asigna a modo de calls de un importe aproximado, cada una, de entre 3 y 6 millones de euros.

"Es necesario el desarrollo del liderazgo como fuerza transformadora."

Por lo que respecta a los **Fondos Estructurales en el periodo 2014-2020 la Unión Europea invertirá un total de 336.000 millones de euros para el conjunto de los 28 estados miembros**. España es el tercer estado miembro que más fondos de este tipo recibe, aproximadamente 28.000 millones de euros.

Todas las regiones en España tendrán posibilidades de beneficiarse del programa de Fondos Estructurales 2014-2020. La Comisión Europea ha priorizado 11 temas de inversión y cada región puede acceder a estos fondos con diferentes condiciones de cofinanciación en función de los niveles de desarrollo de cada región y sus necesidades de inversión en los temas previamente priorizados por la Unión Europea:

- Regiones menos desarrolladas: hasta un máx. de 85% de cofinanciación.
- Regiones en transición: hasta un máx. de 60% de cofinanciación.
- Regiones más desarrolladas: hasta un máx. de 50% de cofinanciación.

Las once áreas priorizadas como destino de los Fondos Estructurales son las siguientes:

1. Investigación e innovación
2. Tecnologías de la información y la comunicación (TIC)
3. Competitividad de pequeñas y medianas empresas (PYME)

4. Economía baja en carbono
5. Adaptación al cambio climático
6. Medio ambiente
7. Transporte
8. Empleo y movilidad laboral
9. Promover la inclusión social y la lucha contra la pobreza y la discriminación
10. Educación, competencias y el aprendizaje continuo
11. Mejorar la capacidad institucional de las autoridades públicas y la administración pública eficiente.

En relación a los Fondos Estructurales, es necesario enfatizar que no existe como tal un área específica de destino de los mismos que se denomine Salud, si bien los proyectos de coordinación e integración y la búsqueda de modelos organizativos y de apoyo tecnológico que persiguen las estrategias de atención a la cronicidad son áreas que encajan dentro de algunas líneas prioritarias.

En este sentido, si las diferentes regiones españolas tuvieran entre sus objetivos de inversión llevar a cabo proyectos de coordinación sociosanitaria para los que les gustaría disponer de cofinanciación europea, deberían desarrollar estas iniciativas en los programas operativos de desarrollo de los fondos estructurales que prepara cada región.

En este momento cada región está desarrollando sus programas operativos. Recientemente el comisario responsable de Política Regional de la Comisión Europea manifestó el deseo de finalizar la definición del programa de Fondos Estructurales para el periodo 2014-2020 antes de las próximas elecciones europeas.

Está claro que el cambio que precisa el sector sociosanitario en Europa para poder hacer frente a sus retos futuros, no sólo va a venir por la inversión económica, por mayor destino de recursos, sino también por el conocimiento y lo rápido que este se disemine y se multiplique entre los diferentes agentes del sistema.

“Aunque la evolución no se ve directamente, una guía de que vamos por el buen camino es la existencia de muchas intervenciones probándose.”

02.2. LA RED EUROPEA DE SERVICIOS SOCIALES (ESN)

¿Qué es European Social Network (ESN)?

Es una red formada por directores de servicios sociales, sanitarios y de educación, de ámbito nacional, regional y local en Europa. Adicionalmente incluye entre sus miembros a agencias que trabajan en investigación en materia de servicios sociales públicos, así como, agencias de inspección encargadas de establecer normas de calidad en el ámbito sociosanitario.

Un total de más de cien miembros pertenecientes a 33 países europeos.

Sistemática de trabajo

Inician sus actividades con la realización de un taller o seminario cuya finalidad es analizar el interés de trabajar en un área específica y delimitar el alcance del trabajo. A partir de este trabajo previo se convocan grupos de trabajo en los que participan políticos e investigadores con el objetivo de enlazar políticas a nivel europeo. Finalmente se lleva a cabo el Pacto Europeo con los resultados del trabajo realizado.

Áreas principales de actividad:

ESN es una red activa en **educación, servicios comunitarios y salud mental en todas las políticas**. Otra área clave de intervención es el **envejecimiento activo y saludable**.

Y, ¿por qué la colaboración de profesionales en el ámbito sanitario y social se considera necesaria?

Porque, de manera especial, en las áreas de salud mental y envejecimiento, entre otras, si se quiere situar a la PERSONA en el centro del sistema es necesario que profesionales de diferentes sectores trabajen colaborativamente para abordar las necesidades que estas personas tienen y ofrecerles una mejor respuesta de atención coordinada:

- Apoyo personalizado para la persona mayor y su familia
- Cooperación entre la fuerza laboral formal e informal
- Dar voz a los usuarios y sus familias en los servicios
-

En definitiva, es necesaria la implicación conjunta en el diseño y planificación de los servicios.

¿Y qué se entiende por integración en este ámbito?

En 2009 ESN llevó a cabo una revisión **bibliográfica** con el objetivo de determinar **qué se entiende por integración sociosanitaria**. Las principales características encontradas fueron las siguientes:

- Prestar servicios conjuntos (organización, gestión, suministro,...) con el objetivo de mejorar dichos servicios (acceso, calidad, eficiencia, satisfacción del usuario....).
- Redes de atención, servicios integrales o la provisión de servicios sociales y sanitarios por una sola organización.

Se distinguen dos tipos de **objetivos finales que guían la integración de servicios sociosanitarios**:

- Por un lado, la **motivación económica** que hay detrás de una integración persiguiendo una utilización de servicios mejor para compatibilizar el aumento del envejecimiento y la reducción de los presupuestos para abordarlos.
 - Por otro lado, **mejorar los resultados para los usuarios**. De este último objetivo que guía procesos de integración se conoce más bien poco.

“Inversión Horizonte 2020:El presupuesto para 2014 en esta línea asciende a 600 millones de euros.”

En cada una de las experiencias de integración analizadas se encontraron **factores que favorecían y factores que dificultaban dicha integración**. Estos factores se resumen en las siguientes áreas:

1. Organizativos
2. Los agentes y sus relaciones
3. Los recursos económicos
4. El nivel político
5. La posibilidad de escalar intervenciones que hayan demostrado su contribución a un proceso de integración.

1. Factores organizativos:

• Facilitadores de un proceso de integración:

Desarrollar una cultura compartida, intercambiar información, alinear los procesos y la gestión de los recursos, desarrollar el liderazgo, apostar decididamente por conseguir el compromiso de los profesionales con ubicaciones físicas compartidas y el fomento de eventos y actividades de creación de equipo son, entre otros, elementos que contribuyen a favorecer los procesos de integración.

Por el contrario, la inexistencia de los elementos anteriores o su desarrollo en sentido contrario constituyen enormes barreras a un proceso de integración.

A modo de ejemplo, en Dinamarca el Departamento de Servicios de Psiquiatría decidió llevar a cabo una integración porque estableció que el modelo de atención que se debía llevar a cabo en todos los servicios locales debía ser el mismo e identificó la necesidad de desarrollar una cultura de colaboración entre dichos servicios. Una de las barreras que se detectó fue la reticencia a compartir datos y análisis entre los servicios locales. La existencia de datos comunes se vivió como un elemento facilitador de la integración. Se vio, asimismo, la necesidad de que existiera convergencia entre los profesionales de los dos sectores y que fueran ellos mismos quienes decidieran quién lideraría el proceso.

2. Los agentes y sus relaciones:

Otras veces, las barreras o los elementos facilitadores para el desarrollo de un proceso de integración se sitúan en las personas. Así, se consideran elementos facilitadores los siguientes: la existencia de una visión compartida por todos los agentes, la dedicación de tiempo suficiente a la creación de equipos, la existencia de relaciones positivas entre las organizaciones, la existencia de profesionales involucrados en el desarrollo de los servicios, la existencia de una comunicación efectiva o una predisposición positiva hacia el cambio.

Todos estos elementos en su versión contraria constituyen enormes barreras para poder llevar a cabo un proceso de integración.

3. Recursos financieros:

El nivel financiero en sí mismo se identifica como un facilitador o una barrera para la implementación de un proceso de integración. Se constata que la existencia de objetivos conjuntos a cumplir con un presupuesto compartido es un factor facilitador de un proceso de integración. La principal razón que se encuentra para la existencia de silos muy marcados entre el ámbito sanitario y el social es, precisamente, la existencia de presupuestos diferenciados.

Por el contrario, la gran disparidad en el volumen de financiación existente entre el ámbito sanitario y el social es un hándicap en el proceso de integración. La falta de certeza sobre la financiación y los recortes en el gasto público futuro es otro elemento que debiera combatirse si se busca la integración sociosanitaria. Y por último, es necesario desterrar la creencia de que un proceso de integración siempre conllevará la reducción de costes. En contextos de crisis, la integración no es un tema prioritario de atención y, en general, los sistemas se vuelven proteccionistas en dichos contextos, lo que dificulta el proceso de integración.

4. Nivel político:

En la revisión realizada se ha concluido que la involucración de organizaciones sin ánimo de lucro en las fases iniciales de los procesos de integración sociosanitarios contribuye a facilitar el proceso. En caso contrario, se ha observado cierta desestabilización de la organización.

Adicionalmente se considera que una regulación o gestión con especial énfasis en el rendimiento de la organización vs. en mejorar el rendimiento a través de la mejora del sistema y el conjunto de la organización es una barrera para el desarrollo de procesos de integración.

Y en el contexto europeo, ¿qué labor está haciendo la Unión Europea para favorecer procesos de integración?

Pues principalmente desarrollar un **Paquete de Inversión Social** cuyo retorno de inversión se sitúa en el largo plazo. Se trata de una inversión centrada **en tres áreas prioritarias:**

- La infancia
- La inclusión activa en la edad adulta, haciendo especial énfasis en la salud mental, la reducción de discapacidad y el acceso al entorno laboral.
- El envejecimiento saludable: poniendo el foco más en la prevención que en la curación

En este sentido, este paquete de inversión realiza recomendaciones a los estados miembros en áreas como:

- Desarrollo de políticas integradas para lo que se anima el uso de Fondos Estructurales.
- Plataforma europea contra la pobreza y la exclusión social
- Promoción de la salud mental en todas las políticas.
- Cooperación de Innovación Europea sobre Envejecimiento Activo y Saludable
- Fomento de aprendizaje mutuo.

- Reducción del abandono escolar.
- Directiva sobre contratación pública.
- Inclusión activa en el mercado laboral.
- Educación y cuidado en la infancia.
- Garantía juvenil.

Con todo este paquete de inversión y el conjunto de recomendaciones se pretende identificar y analizar ejemplos y buenas prácticas cuyos resultados puedan ser replicados en otros países y ser escalables.

Y en el contexto europeo, ¿existen diferentes experiencias a nivel de POLÍTICA SANITARIA para ser estudiadas y evaluadas y analizar su replicabilidad?

Existen diferentes países europeos que responden a diferentes modelos de bienestar social de los que poder aprender en relación a las intervenciones que están llevando a cabo. En este sentido, se han identificado cuatro de ellos para compartir en este foro de trabajo:

1. Modelo continental: Francia
2. Modelo anglosajón: Reino Unido
3. Modelo mediterráneo: Italia
4. Modelo nórdico: Suecia



1. FRANCIA

Es un sistema que se caracteriza por la fragmentación de los servicios, con un número creciente de personas con condiciones crónicas y con un desafío enorme para reorganizar sus servicios de salud.

La fragmentación se produce a nivel nacional y local y entre niveles: existencia de Ministerio de salud, de seguros de pensiones, de seguros de salud y servicios sociales, servicios institucionalizados de financiación regional o nacional y servicios comunitarios de financiación local, además de los servicios públicos sin ánimo de lucro.

Hasta el año 2010 los servicios estaban gestionados por las organizaciones regionales y los seguros de salud.

En el año 2010, se lleva a cabo una reforma por la que se crea una única agencia regional (ARS) que termina con la descentralización de la gestión a nivel regional y departamental, las estructuras hospitalarias regionales organizando servicios públicos y privados y los proveedores regionales de servicios de salud.

No existe hasta el momento una evaluación que permita concluir si la intervención de "fusión de servicios" llevada a cabo en Francia ha mejorado la integración.

"Fondos Estructurales en el periodo 2014-2010: 336.000 millones de euros para el conjunto de los 28 estados miembros."

2. INGLATERRA

En Inglaterra la reforma se ha llevado a cabo a través de la legislación. Existen presupuestos compartidos. Una organización es la que posee el liderazgo a la hora de contratar en nombre de los dos agentes (social y sanitario). Se busca, igualmente, la integración de los servicios.

En el año 2001 se desarrolló la primera ley que tuvo como finalidad la creación de los TRUST (organismos que tienen delegada la responsabilidad en materia de salud). Estos trust han servido para financiar, planificar y proveer servicios para personas con problemas de salud mental.

En 2012, se desarrolla una nueva ley de atención socio sanitaria. Esta ley ha sido polémica porque ha creado una junta de contratación de servicios independiente del Sistema Nacional de Salud que promueve la contratación de servicios, la elección del paciente y busca la reducción de los costes administrativos.

Esta ley ha tenido una enmienda para fomentar la competencia entre proveedores para disminuir los costes y aumentar así la integración. Para otros, ha sido vista como un intento de aumentar la competencia y de aumentar la fragmentación en el sistema.

Ahora, la ley tiene un desarrollo que fomenta más la competencia y promueve un mayor trabajo con el sector privado.

No existe tampoco una evaluación de si la intervención regulatoria en este sentido contribuye más o menos a la integración de los servicios socio sanitarios.

3. ITALIA

Se trata de un sistema nacional de salud financiado por impuestos. El Estado determina el nivel de cuidados. Las unidades de salud local y los hospitales controlan los servicios a nivel local.

En 1999, se lleva a cabo una reforma para promover la integración y que las unidades de salud locales pudieran incorporarse a los municipios. Integración gerencial e inserción profesional.

En 2003 se llevan a cabo estudios que demuestran que desde que se desarrolló la reforma han disminuido las estancias y el número de camas hospitalarias.

Sin embargo, se ha constatado que el desarrollo de los servicios comunitarios a nivel local es muy desigual.

4. SUECIA

Se trata de un Sistema Nacional de Salud financiado por diferentes fuentes.

Está organizado a tres niveles: nivel nacional, regional y local. Cuenta con 21 condados y 300 municipios.

Durante los últimos años se han llevado a cabo iniciativas para conseguir la integración socio sanitaria. En concreto, se

ha transferido la responsabilidad de la atención a personas mayores, personas con discapacidad y personas con condiciones a largo plazo a los municipios.

En los municipios se han desarrollado alternativas de trayectorias de asistencia (pathways) a nivel local. Desde el año 2005 estos pathway son específicos en función de la condición del paciente. Se trata de facilitar la colaboración entre los profesionales de la salud y de la atención social y los pathways incluyen toda la atención sanitaria y social en el ámbito local.

Esta integración sociosanitaria ha favorecido la colaboración de profesionales y el desarrollo comunitario en función de las necesidades de cada persona, habiendo demostrado un aumento de coste-efectividad y una reducción de camas hospitalarias.

No existe un modelo único de atención.

Y en el contexto europeo, ¿se pueden identificar INTERVENCIONES ESPECÍFICAS para ser analizadas, evaluadas y poder así valorar su replicabilidad en otros contextos?

A continuación se describen brevemente algunas intervenciones concretas que han constatado éxito en procesos de integración sociosanitarios. Se describe una intervención seleccionada por cada uno de los países para los que se ha señalado, con carácter previo, la política general de integración llevada a cabo:

1. FRANCIA

- **MAIA:** Intervención de atención integral a personas con Alzheimer

En el periodo 2008-2012 se define un plan que introduce la "gestión de casos" para estas personas. Se persigue favorecer la coordinación entre profesionales con un único punto de entrada, con evaluación multidimensional y con el desarrollo de un sistema de información compartido. Se trata de la prestación de servicios individualizados siendo el hogar el centro de cuidados.

2. INGLATERRA

- **TORBEY:** Atención integral a personas mayores

Se trata de equipos de salud y atención social integrados,

que cuentan con presupuestos únicos y que ofrecen servicios a personas mayores en sus domicilios tratando de evitar los traslados hospitalarios. Incluyen poblaciones de intervención de 25.000-40.000 personas. Los equipos están coordinados para facilitar los diferentes servicios sociosanitarios que estas personas requieren en sus entornos.

En 2012 se llevó a cabo una evaluación de esta intervención que evidenció la reducción de las visitas a urgencias y la reducción de las hospitalizaciones entre la población diana. Igualmente se constató la reducción de la utilización de los servicios de residencia y el aumento consiguiente de los servicios de atención domiciliaria.

3. ITALIA

- **VENETO:** Atención integral a personas con problemas de salud mental.

En Veneto, el ámbito de la salud tiene competencia regional y el ámbito social tiene competencia local. Se decidió la incorporación de un departamento de salud mental en cada autoridad local. Este departamento es el responsable de dar respuesta a todas las necesidades sociosanitarias. Para ello, se trabaja en equipos integrados de profesionales, que incluyen, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

Se ha conseguido mayor o menor éxito con esta intervención, según cada área local.

4. SUECIA

- **NORRTALJE:** Cuidado sanitario y social integrado.

Se crea una organización encargada de administrar presupuestos compartidos para el área de salud y el área social. Esta organización planifica, financia y organiza la atención a tres grupos etarios diferenciados: de 0 a 18 años, de 19 a 64 años y más de 65 años.

En el año 2010 se llevó a cabo una evaluación del funcionamiento de esta organización y se encontró que la disponibilidad cultural para el cambio era un motivo clave del éxito, que las culturas ocupacionales eran una barrera según su mayor o menor predisposición a este cambio y que existían escasos incentivos para el desarrollo de cuidados coordinados.

SECCIÓN II

¿Qué principales conclusiones se pueden extraer?

1. Que **cada vez existe más evidencia a nivel local de los beneficios de la integración y coordinación de servicios sanitarios y sociales**, especialmente en:

- Niños y jóvenes con necesidades complejas
- Personas con problemas de salud mental
- Personas con patología crónica
- Personas mayores

2. Que los **ejemplos de integración estructural a gran escala en Europa todavía hoy son pocos**.

3. Que **para poder obtener replicabilidad y escalabilidad de las experiencias analizadas es fundamental evaluar:**

- El **contexto local** de desarrollo de cada intervención
- La **disposición para el cambio existente**
- Las **relaciones individuales y organizacionales** que existen en cada entorno.

4. Que hoy **existen en Europa diferentes estructuras de atención posibles**.

5. Que, en este contexto, **cuanto mayor sea el alcance de las intervenciones la posibilidad de éxito será mayor**.

Como conclusión general se puede destacar la **lógica de generación de evidencia** que existe detrás de todas las experiencias. Parece que todos los países quieren llevar a cambios con una **lógica de análisis de los resultados y generación de evidencia como método de avance**.

En este sentido, la Unión Europea está participando de esta lógica de trabajo y está impulsando la generación de más y más iniciativas que vayan acreditando evidencia y permitan conseguir un volumen suficiente como para provocar los cambios estructurales profundos y necesarios. Este apoyo no sólo es teórico, sino que detrás existe un presupuesto económico muy elevado para hacerlo viable.

En este contexto, si analizamos la situación de España se podría concluir que, por el tipo de intervenciones que se están llevando a cabo sobre los sistemas sanitario y social conjuntamente, o mejor, por "la omisión" de intervenciones en este sentido, estamos perfectamente organizados para obtener los resultados que hoy tenemos: muy mejorables y con amplio recorrido de avance.

Por último y en relación a las **dificultades de escalabilidad de las intervenciones**, existen dudas respecto si la falta de replicabilidad pudiera deberse a la definición, planificación y desarrollo de **intervenciones con alcances muy locales** cuya escalabilidad posterior es muy difícil en términos de gastos y consecución de resultados, o si por el contrario se debe a que en la **evaluación** de las diferentes intervenciones no se toma en consideración con la robustez que se debiera la generación de conocimiento suficiente que permita valorar la capacidad de éxito de replicar la misma intervención **en un contexto muy diferente**.

“El cambio que precisa el sector socio sanitario en Europa para poder hacer frente a sus retos futuros, no sólo va a venir por la inversión económica, por mayor destino de recursos, sino también por el conocimiento y lo rápido que este se disemine y se multiplique entre los diferentes agentes del sistema.”



03

La perspectiva del sector privado y alianzas público privadas

En el contexto de avance que se está abriendo en Europa en relación al ámbito sociosanitario como área prioritaria de trabajo y con las señales claras por parte de la Unión Europea en relación a los recursos económicos que se van a invertir en los próximos años, cada vez hay más agentes sanitarios (públicos y privados) interesados en alinear sus estrategias locales en el área de la salud con las de otros partners con los que probar nuevas experiencias de avance.

Para lograr cambios y transformaciones reales se hace cada vez más necesario iniciar diferentes experiencias que puedan ser evaluadas y replicadas en diferentes contextos y para ello cada vez más se necesita lograr la masa crítica necesaria para hacerlas viables.

“Los países avanzados que están en procesos de transformación apuestan por realizar estos cambios con una lógica de análisis de los resultados y generación de evidencia como método de avance.”

Existen muchos agentes “empujando” en el ámbito europeo para que cada vez sean más los proyectos de coordinación e integración en el espacio sociosanitario. Existen ideas y existen recursos. **Va a ser necesario descubrir qué nuevos modelos de colaboración y de financiación hay que implementar para llevar a cabo las intervenciones que se precisan en nuestros entornos sociosanitarios.**

¿Y cuál es la razón por la que cada vez más compañías de servicios privadas apuesta por aumentar su inversión en el sector salud? Porque son conscientes de los retos que tienen hoy los sistemas sanitarios para suministrar cuidados de salud en un contexto de envejecimiento poblacional y crecimiento de enfermedades crónicas. Los costes directos de atención en Europa de patologías crónicas como la diabetes o las coronarias son inasumibles a largo plazo si no se descubren nuevos modelos de atención.

Para ello es necesario invertir en tecnología innovadora, pero no es suficiente. **Se necesita unir fuerzas de todos los stakeholders para descubrir el nuevo modelo organizativo que permita incorporar la nueva tecnología para mejorar el modelo de atención, a un coste asumible.** Esta afirmación esconde un cambio muy profundo en el modelo de cuidados actual que es necesario descubrir por todos los agentes que hoy lo llevan a cabo: pacientes, profesionales socio-sanitarios, decisores políticos, universidades, centros de I+D, industria, etc.

A modo de ejemplo, **Philips** es una compañía que tiene como **misión: “mejorar la salud de las personas”**. En concreto, hasta el año 2025, se ha propuesto mejorar la vida de tres mil millones de personas.

Este objetivo se hace extensivo a sus **tres sectores de actividad**: cuidado de la salud; iluminación y consumo y estilo de vida.

En concreto, el cumplimiento de este objetivo en el sector salud se llevará a cabo reforzando innovaciones que sitúen al paciente en el centro de la atención.

Algunas de las estrategias que está trabajando para lograr lo anterior son las siguientes:

- Perseguir la mejor calidad del sistema sanitario al coste más bajo posible.
- Ayudar a las personas a vivir saludables, activas y de modo independiente mientras envejecen.
- Desarrollar innovaciones relacionadas con la salud en el hogar: un 15% de la facturación se concentra en cuidados de salud en el hogar.

SECCIÓN II

Así, Philips ha priorizado cinco áreas para reforzar la innovación:

- Hospital to Home
- Image-Guided Intervention& Therapy
- Clinical Informatics
- Value segment
- Consulting Services

En estas áreas Philips se ha propuesto aumentar su inversión de 679 millones de euros en 2009 a 803 millones de euros en 2012 en el desarrollo de su estrategia "Transforming Health Together".

Es decir, cada vez más compañías privadas tradicionalmente focalizadas en la inversión y el desarrollo de tecnologías, ya no sólo están trabajando en mejorar dichas tecnologías, sino que también está participando en proyectos europeos innovadores junto con otros agentes para avanzar en la búsqueda de nuevos procesos de atención y modelos organizativos que hagan viables la incorporación de dichas tecnologías mejorando los servicios que hoy se precisan para ofrecer una atención adecuada a un coste asumible.

La Unión Europea en el marco de su Estrategia 2020, lanzó en 2009 la siguiente iniciativa de colaboración innovadora: **European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.**

Esta iniciativa tiene como objetivo final aumentar en dos años más la esperanza de vida de las personas hasta 2020.

"Va a ser necesario descubrir qué nuevos modelos de colaboración y de financiación."

Para conseguir este objetivo, propuso el desarrollo de una iniciativa de colaboración directa entre regiones y comunidades locales para acelerar el proceso de innovación a través del intercambio de experiencias y recursos que pudieran probarse y posteriormente elevarse al ámbito "policy" generando escalabilidad y contribuyendo así a acelerar el proceso de transformación que se precisa hoy en el sector sociosanitario en Europa.

Esta iniciativa de la Unión Europea encuentra en Philips un aliado en el sector privado, cuya misión también recoge su apuesta por trascender el desarrollo de proyectos pilotos a proyectos de amplia escala que faciliten el acceso

a soluciones innovadoras al mayor número posible de personas.

Dentro de esta iniciativa de colaboración europea se enmarca un grupo de trabajo específico denominado "Integrated care", cuyo objetivo es reducir el número de hospitalizaciones de personas mayores con enfermedades crónicas contribuyendo así a mejorar la eficiencia de los sistemas de salud.

Así, este grupo está trabajando en desarrollar y testar de manera colaborativa, nuevos modelos de atención más proactivos e integrados.

Para ello, este grupo tiene como objetivos específicos para 2015 contar con programas de gestión de pacientes crónicos en más de 50 regiones europeas con una cobertura del 10% de la población. Asimismo, se fija como objetivo entre 2015 y 2020, una vez haya testado los resultados de los proyectos desarrollados en el grupo de "integrated care" replicarlos en más de 20 regiones europeas y en un total de 15 estados miembros.

Actualmente, Philips coordina en Europa el proyecto **"Advancing Care Coordination & Telehealth Deployment"**, que busca identificar las mejores prácticas de procesos organizativos coordinados que apoyan la integración e implementación de soluciones de telehealth en contextos de gestión de pacientes con enfermedades crónicas.

En este proyecto participan 5 regiones de 4 países europeos, están involucrados en su desarrollo profesionales sanitarios expertos y cerca de 3.000 pacientes. En España, en concreto, cuenta con la participación de País Vasco, Cataluña, Valencia y Galicia. La duración prevista es de 36 meses (2013-2015) y cuenta con un presupuesto de 1.8 millones de euros.

Adicionalmente, Philips ha participado en otros dos proyectos europeos de alcance similar:

- **MyHeart:** Centrado en sensors. 30 socios europeos. Presupuesto de 30 millones de euros. Duración 72 meses (2004-2010).
- **HeartCycle:** Centrado en el uso de sensors para mantener a las personas estables fuera del hospital. 21 socios europeos. Presupuesto de 22 millones de euros. Duración 48 meses (2008-2012).

En definitiva, el sector privado también dispone hoy de tecnología innovadora, posee conocimientos y experiencias de participación en diferentes proyectos y se sitúa como un socio colaborador con el resto de agentes sanitarios implicados en la transformación del sector sociosanitario.

Es por ello, que **se considera imprescindible avanzar en la colaboración público-privada para desarrollar nuevas iniciativas que permitan lograr lo antes posible la reorganización de los actuales sectores sanitario y social en línea con la prestación de nuevos servicios que reduzcan la actual fragmentación, ofrezcan cuidados óptimos desde el punto de vista de los usuarios y sus necesidades y además, gracias al desarrollo de las tecnologías, éstos servicios puedan ser prestado de un modo sostenible en el tiempo.**

“Se necesita unir fuerzas de todos los stakeholders para descubrir el nuevo modelo organizativo que permita incorporar la nueva tecnología para mejorar el modelo de atención, a un coste asumible.”



04 Metodología del workshop

Durante la jornada se constituyeron **tres grupos de trabajo** con un **máximo de diez personas por grupo**.

Cada uno estos grupos reflexionó sobre las siguientes cuestiones fundamentales:

1. ¿Cómo se pueden crear condiciones desde el nivel político que faciliten un avance más rápido en la integración o coordinación sociosanitaria? ¿En qué se puede avanzar desde el nivel político para implementar la coordinación e integración sociosanitaria a un ritmo más rápido?

2. ¿Cómo se puede conseguir una cultura más participativa de la ciudadanía? ¿Cómo damos voz a las personas en el desarrollo de estos servicios?

Cada grupo estuvo apoyado por una persona del equipo DBS Health que actuaba de **facilitador**. Esta figura fue la encargada de **dinamizar y moderar el workshop** en cada grupo, **asegurar que se trabajaba sobre las dos áreas de contenido propuestas en el tiempo disponible** y siendo responsable de **recoger las conclusiones de la reflexión y exponerlas en sesión plenaria al resto de los grupos de trabajo**.

03

Valoración general
de la jornada de reflexión

03 VALORACIÓN GENERAL DE LA JORNADA DE REFLEXIÓN

Para finalizar la reflexión del foro se pide a sus miembros una valoración general. Los principales comentarios recogidos fueron los siguientes:

- Se valora positivamente el tono de las presentaciones. No se observa interés en demostrar lo buena que es cada experiencia, sino más bien en compartir aprendizajes y tender puentes de trabajo conjunto.
- Lo anterior ha propiciado el desarrollo de un clima favorable para el intercambio y la reflexión crítica: clima de sinceridad y tranquilidad.
- Formato favorable para la escucha y el aprendizaje en relación a la integración y coordinación sociosanitaria:
 - Se han compartido experiencias concretas de coordinación e integración sociosanitarias locales y se han abordado perspectivas más globales (contexto europeo).
 - Se han repasado experiencias que buscan fines similares pero desde enfoques diferentes, a modo de ejemplo, se resalta el enfoque de Irlanda del Norte por la capacidad de aunar el apoyo y el liderazgo político con el desarrollo de los servicios a nivel local. Cómo hacer que la política sanitaria baje al nivel local y cómo se dinamiza este proceso.
- En un formato ágil, se ha permitido compartir diferentes realidades. En este sentido, los representantes de

SECCIÓN III

organizaciones que operan en espacios más globales han tenido la oportunidad de conocer mejor las diferentes realidades de los diferentes territorios, los diferentes lenguajes que se utilizan, las diferentes vías que se están desarrollando para el cambio en el entorno socio sanitario, etc. Se valora muy positivamente la diversidad para el aprendizaje.

- Por su parte, los representantes pertenecientes a niveles de provisión más concretos, han valorado la oportunidad de conocer las diferentes estrategias que se están desarrollando a nivel macro, especialmente en Europa, así como, la posibilidad de identificar a otros agentes, en este caso a la industria representada a través de Philips, como posibles aliados para llevar a cabo nuevas iniciativas y proyectos de colaboración.
- Se valora como un gran paso el acercamiento de experiencias y el espacio para la reflexión conjunta de diferentes agentes que están hoy trabajando en el desarrollo del espacio socio sanitario: administraciones públicas, proveedores de servicios, industria, organizaciones sin ánimo de lucro, etc.
- Se ha valorado positivamente el desarrollo de un espacio en el foro para situar a la PERSONA en el centro y reflexionar conjuntamente sobre lo que ello significa. Uno de los grandes consensos del grupo es que hoy es necesario cambiar el modelo de atención que tenemos y evolucionarlo hacia otro centrado en las necesidades de las personas.

Según **Chris Stewart, actual Director de Modernización de Sanidad en el Departamento de Sanidad, Servicios Sociales y Seguridad Pública en Irlanda del Norte**, en su país el Plan anterior fracasó por dos razones fundamentales: **la falta de liderazgo político y la falta de diálogo con las personas/usuarios.**

Opina que el papel de las tecnologías es clave para ayudar a conectar, pero considera que para que las personas puedan asumir e incorporar mucha de la información que facilita la tecnología detrás debe existir una mano o un corazón que le dé forma: un modelo organizativo amable y cercano. **En su opinión, España se está moviendo en la línea de desarrollar los cuidados y orientarlos hacia el ciudadano. Prueba de ello es que antes sus referentes para compartir experiencias de éxito eran Inglaterra y Escocia. Ahora cada vez tienen más contactos en regiones aquí con las que aprender y compartir experiencias. Valora muy positivamente disponer de estos foros para hacerlo.**

Por último, se propone que **este Foro se constituya en un espacio para la transferencia de conocimiento en relación al espacio socio sanitario, así como un referente para el conocimiento de las políticas europeas y el acceso a los fondos derivados de las mismas.**





Bilbao
Hermanos Aguirre 2
48014 Bilbao
Tel. +34 944 139 450

Donostia- San Sebastián
Mundaiz 50
20012 - San Sebastián
Tel. +34 943 326 460
Fax +34 943 297 277

Madrid
Castelló 76,
28006 Madrid
Tel: +34 91 577 61 89

Email: info.dbs@deusto.es
www.dbs.deusto.es/dbshealth

