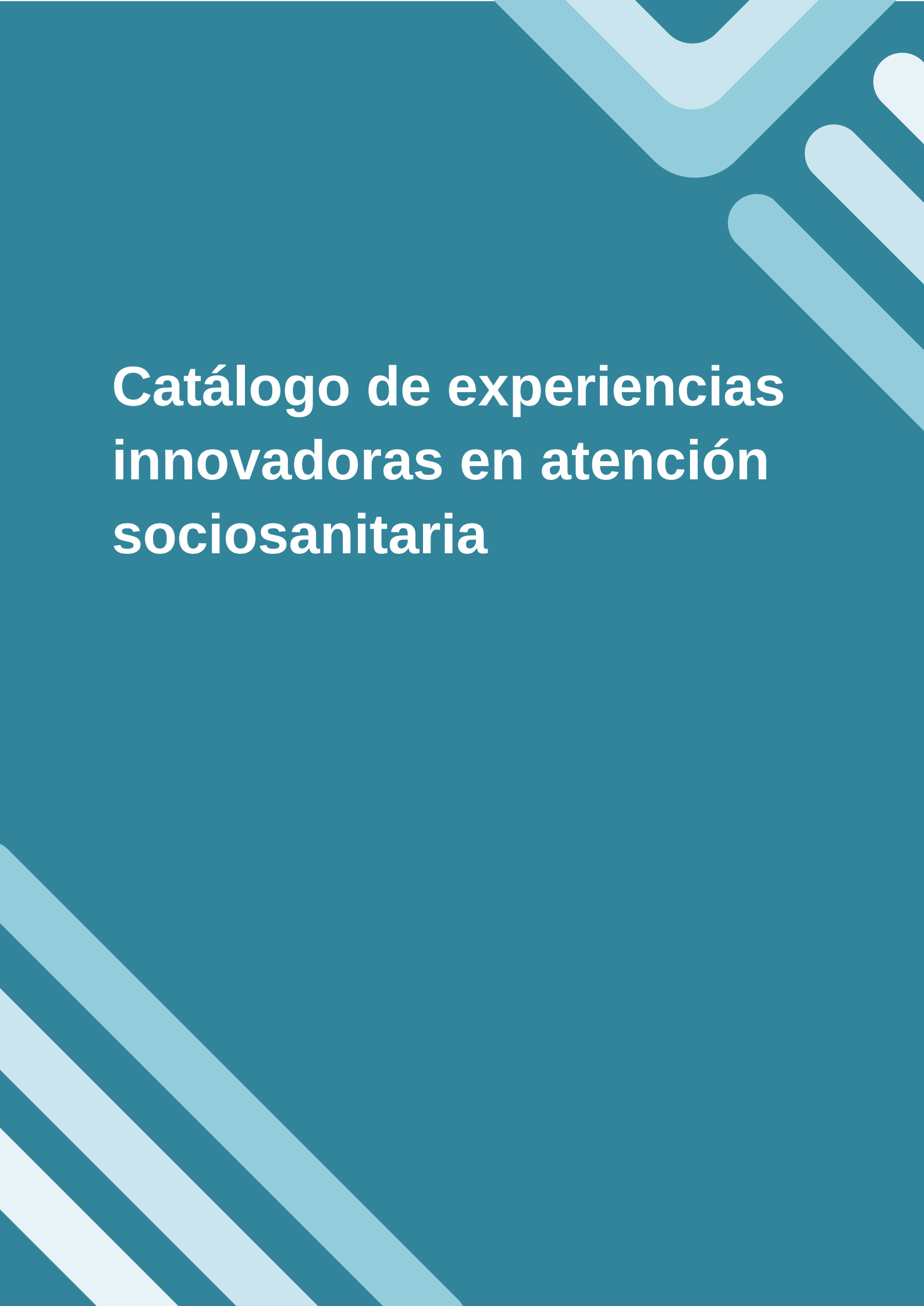


The background features a solid teal-blue color. In the top right corner, there are several overlapping, light blue and white geometric shapes, including chevrons and rounded rectangles, pointing towards the center. In the bottom left corner, there are several parallel diagonal stripes in shades of light blue and white.

Catálogo de experiencias innovadoras en atención sociosanitaria

Catálogo de experiencias innovadoras en atención sociosanitaria

Diciembre 2024

Dirección Atención Sociosanitaria

Departamento de Salud

Gobierno Vasco

Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024

Atención Sociosanitaria

Despliegue de la Atención Sociosanitaria



Índice

Índice tablas.....	3
Presentación.....	4
Introducción	5
La Atención Primaria Sociosanitaria en Euskadi: enfoque y profesionales	5
Colectivos diana de la atención sociosanitaria.....	6
Marco estratégico y objetivos.....	7
Acciones para el despliegue de la Atención Primaria Sociosanitaria	7
Objetivos	7
Metodología.....	8
Iniciativas y experiencias innovadoras en atención sociosanitaria.....	9
Iniciativas ámbito autonómico.....	9
Iniciativas de ámbito comarcal.....	18
Iniciativa ámbito local	36
Principales aprendizajes	38
Decálogo para la puesta en marcha de proyectos piloto sociosanitarios	38
Recomendaciones de escalado	40
Líneas de trabajo futuro	45

Índice tablas

Tabla 1 Despliegue del instrumento de elaboración del informe de salud para la valoración de la dependencia y la discapacidad	9
Tabla 2 Interoperabilidad en la tramitación de la Teleasistencia	11
Tabla 3 Interoperabilidad en Atención Temprana.....	13
Tabla 4 Interconsulta sociosanitaria	15
Tabla 5 Coordinación sociosanitaria en la atención a personas residenciadas	18
Tabla 6 Agenda sociosanitaria compartida.....	19
Tabla 7 Bidasoa Zurekin	21
Tabla 8 Equipo de Transición de Cuidados (ETC) en la atención de pacientes de residencias geriátricas	23
Tabla 9 Ecosistema de Cuidados en Montaña Alavesa.....	24
Tabla 10 Farmacias comunitarias	27
Tabla 11 Estudio de las necesidades percibidas por las personas cuidadoras de pacientes diagnosticados de demencia.....	28
Tabla 12 Diagnóstico y atención a mujeres con patología dual	30
Tabla 13 PARTEKAGUNE: Gestión y Coordinación de la OSI Uribe con las asociaciones de pacientes del ámbito comunitario	32
Tabla 14 BOTIKA ETXEAN ESKURA	34
Tabla 15 Desarrollo de la gobernanza del Centro Sociosanitario de Aretxabaleta	36
Tabla 16 Recomendación de escalado: Equipo de Transición de Cuidados (ETC) en la atención de pacientes de residencias geriátricas	40
Tabla 17 Recomendación de escalado: Coordinación sociosanitaria en la atención a personas residenciadas.....	41
Tabla 18 Recomendación de escalado: Interoperabilidad en Atención Temprana	42
Tabla 19 Recomendación de escalado: Interconsulta Sociosanitaria.....	42
Tabla 20 Recomendación de escalado: Despliegue del instrumento de elaboración del informe de salud para la valoración de la dependencia y la discapacidad	43

Presentación

El documento que se presenta a continuación recoge un conjunto de experiencias destacadas desarrolladas en la Comunidad Autónoma del País Vasco dirigidas a impulsar la Atención Primaria Sociosanitaria (APSS) a partir del desarrollo de proyectos piloto que favorezcan la coordinación interinstitucional y faciliten las intervenciones realizadas por las y los profesionales de salud y/o de servicios sociales.

Para la Dirección de Atención Sociosanitaria del Departamento de Salud, la atención a las personas con necesidades sociosanitarias constituye un pilar fundamental de nuestra estrategia, y; desde esta perspectiva se ha adoptado un enfoque dirigido a reforzar dicha atención buscando cauces y prácticas que permitan innovar y experimentar nuevas formas de coordinar el trabajo interdisciplinar de los equipos.

Así, el Catálogo de experiencias innovadoras en atención sociosanitaria no es más que la compilación del trabajo generado durante estos cuatro años, si bien sirve también para poner de manifiesto las necesidades presentes de la atención primaria social y sanitaria, los retos actuales y lo complejo del camino a recorrer en materia de innovación sociosanitaria.

En esta línea, desde la Dirección se elabora este documento que busca dar luz a las iniciativas puestas en marcha por los equipos asistenciales y las figuras de referencia de la coordinación sociosanitaria, fomentando su desarrollo a partir del apoyo metodológico y la difusión de los resultados generados.

El documento en cuestión se estructura en ocho apartados, los primeros dirigidos a la presentación del documento, la introducción de los aspectos centrales de la atención sociosanitaria, el marco estratégico, los objetivos y la metodología empleada. El núcleo central lo componen los apartados dedicados a las experiencias innovadoras y a los aprendizajes extraídos de éstas (en forma de decálogo para la puesta en marcha de proyectos piloto sociosanitarios); y, por último, se recogen las recomendaciones de escalado, así como las líneas de trabajo futuro de la atención sociosanitaria.

Así, este catálogo es el resultado del trabajo de las/os profesionales que en su día a día se esfuerzan por ofrecer una atención acorde a las demandas de las personas a las que atienden, introduciendo nuevas formas de hacer y pilotando experiencias innovadoras dirigidas a coordinar intervenciones y dar una respuesta integral ajustada al principio de continuidad asistencial.

Ellas y ellos, las y los profesionales gestores y asistenciales de la Atención Primaria Sociosanitaria han sido las y los protagonistas de las experiencias que se presentan en este documento, constituyéndose en agentes de cambio para el sistema.

A todas y todos ellos, nuestro más sincero agradecimiento.

Introducción

La Atención Primaria Sociosanitaria en Euskadi: enfoque y profesionales

En términos generales, la atención sociosanitaria en Euskadi comprende “el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención” (Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales).

Desde esta perspectiva, la atención sociosanitaria busca favorecer la coordinación de las/os profesionales que desde los distintos sistemas o niveles de atención deben proveer una **respuesta conjunta** a las necesidades que presentan determinados grupos poblacionales.

Habitualmente, las necesidades que presentan estos grupos se detectan en el ámbito de actuación primario bien desde los servicios sociales municipales o bien desde los servicios de salud; por esta razón, la denominada Atención Primaria Sociosanitaria supone la “puerta de entrada” al sistema sociosanitario.

Conceptualmente, la Atención Primaria Sociosanitaria se enmarca en el **nivel micro** de lo asistencial, sin embargo, para su prestación se requiere de una **visión holística de la atención** que contemple las necesidades que acompañan a las personas en su conjunto. Precisamente por esta visión de conjunto, la atención debe ser provista por equipos flexibles y cercanos a la ciudadanía que funcionen a partir de procedimientos basados en el trabajo colaborativo y en relaciones de mutua confianza.

Este abordaje coordinado se articula sobre la base de lo que denominamos **equipos de Atención Primaria Sociosanitaria**¹ junto con el apoyo de profesionales de referencia para la coordinación de cada sistema².

En el primer caso, se trata de equipos funcionales que actúan ad hoc en torno a la persona con necesidades sociosanitarias; es decir, no son equipos estructurales de las organizaciones, sino profesionales coordinados/as que trabajan en equipo. Por perfiles, son fundamentalmente profesionales médicos, de enfermería y de trabajo social. Constituyen el primer recurso de atención directa y sus intervenciones se sustentan en una metodología de gestión compartida del caso.

En el caso de las/os referentes sociosanitarias/os, son profesionales cuya experiencia y solvencia les convierte en figuras clave para garantizar la coordinación. Fundamentalmente

¹ Los equipos pueden ser ampliados mediante la participación de otros agentes o profesionales de diferentes niveles asistenciales cuando las circunstancias del caso así lo requieran.

² Para conocer más detalle sobre estas figuras consulte el [Decreto 150/2022, de 7 de diciembre, de la gobernanza sociosanitaria de Euskadi](#).

realizan funciones de gestión, interlocución y coordinación con el resto de los niveles asistenciales. También participan en las Comisiones Sociosanitarias comarcales.

Actualmente, la figura del referente sociosanitario está presente en todas las Organizaciones Sanitarias Integradas, las tres Redes de Salud Mental, las tres Diputaciones Forales y el 95% de ayuntamientos vascos, sumando más de 160 profesionales de referencia en Euskadi. Los perfiles mayoritarios también se corresponden a personal médico, de enfermería y/o de trabajo social.

Colectivos diana de la atención sociosanitaria

La atención sociosanitaria no tendría razón de ser sin las personas cuyas circunstancias demandan una atención multidisciplinar de las administraciones con responsabilidad en su salud y bienestar. Por ello, la atención sociosanitaria sitúa a las personas en el eje central de sus actuaciones especialmente, a aquellas que, por sus especiales circunstancias, se consideran colectivos diana de intervención estratégica.

Estos colectivos vienen definidos por la contingencia, en ocasiones de manera simultánea, de situaciones de dependencia, discapacidad, exclusión social, entre otras; que requieren una intervención interdisciplinar.

Hablamos pues, de personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, personas en riesgo de exclusión y desprotección, niños y niñas con necesidades especiales, personas afectadas por un trastorno mental, víctimas de violencia de género, entre otros.

Desde esta visión, la innovación y la incorporación de nuevas formas de atender y trabajar con estos colectivos son una de las líneas de trabajo consideradas en las experiencias que se presentan en este documento.

Marco estratégico y objetivos

Acciones para el despliegue de la Atención Primaria Sociosanitaria

En el plano estratégico, el Catálogo se enmarca entre las acciones definidas en la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi para el despliegue de la Atención Primaria Sociosanitaria que se concretan en la identificación y análisis de una serie de las experiencias piloto desarrolladas por las organizaciones sanitarias y sociales conjuntamente.

El planteamiento inicial proponía la implantación de un proyecto piloto de APSS para cada Organización Sanitaria Integrada (OSI) y los municipios de su ámbito de influencia, a fin de asegurar una representación equilibrada de todas las comarcas y territorios y proporcionar el mismo impulso a todas ellas.

Asimismo, también se recogía que el resultado de dicho despliegue debía materializarse en un catálogo de buenas prácticas basado en el análisis de los proyectos piloto desarrollados en cada comarca.

No obstante, la desigual participación e implicación de las organizaciones y de sus profesionales, así como la poca evidencia de muchos de los proyectos (aún en ejecución o en fase de despliegue), impide alcanzar los resultados esperados.

Por ello, el documento que se presenta a continuación adopta la forma de catálogo de experiencias innovadoras que, si bien no pueden ofrecer resultados para una evaluación en los términos que una buena práctica exige, pretende servir de inspiración para otras organizaciones, así como para difundir el conocimiento generado y recomendar las experiencias más proclives de ser escaladas.

Objetivos

Son objetivos del presente catálogo:

- Identificar iniciativas innovadoras en la atención sociosanitaria.
- Conocer, apoyar y realizar el seguimiento de estas iniciativas.
- Difundir el conocimiento generado a partir de las mismas.
- Impulsar aquellas iniciativas potencialmente escalables.

Metodología

De manera previa a la elaboración de este documento, entre 2021 y 2022 se realizan una serie de reuniones y encuentros con profesionales del ámbito de salud y de servicios sociales a fin de dar a conocer el interés de la Dirección por promover el desarrollo de experiencias innovadoras soportadas en pilotajes desplegados en el ámbito de Atención Primaria.

Fruto de estas reuniones, con la información disponible se elabora una ficha técnica de cada una de las iniciativas propuestas apoyando su desarrollo bien a través de la participación directa en el proyecto o bien, a través del seguimiento de la información facilitada por las personas responsables de su despliegue. Anualmente, esta información se publica en las memorias de actividad sociosanitaria (anexo de Proyectos piloto) e internamente, la Dirección de Atención Sociosanitaria elabora mapeos con sobre la evolución y seguimiento de cada iniciativa.

Para la consideración de las iniciativas que se presentan a continuación se deben dar necesariamente, tres condiciones:

1. Existencia de un protocolo marco o norma que articula la coordinación.
2. Intercambio de datos manual o parcialmente digital.
3. Escalabilidad de la iniciativa al conjunto de la CAPV.

En base a estas premisas las experiencias se categorizan en tres tipologías distinguiendo si se trata fomentar de nuevas formas de atención sociosanitaria, desplegar la interoperabilidad sociosanitaria en diferentes entornos asistenciales o, de iniciativas dirigidas a uno o varios colectivos diana de atención sociosanitaria.

Estas tipologías no son excluyentes de manera que pueden estar presentes en una misma iniciativa las tres líneas de actuación. La naturaleza del proyecto determinará su clasificación en una o varias de estas líneas.

Iniciativas y experiencias innovadoras en atención sociosanitaria

A continuación, se listan las experiencias piloto desarrolladas o en desarrollo en diferentes comarcas y territorios de la Comunidad Autónoma del País Vasco ordenadas según ámbito geográfico (autonómico, territorial y comarcal/local).

La información de cada experiencia se recoge en formato ficha a fin de sintetizar la información clave de cada proyecto, con indicación de la/s línea/s de actuación estratégica/s en la/s que se enmarcan.

Se recogen un total de quince experiencias.

Iniciativas ámbito autonómico

Tabla 1 Despliegue del instrumento de elaboración del informe de salud para la valoración de la dependencia y la discapacidad

Iniciativa 1	
Título	Despliegue del instrumento de elaboración del informe de salud para la valoración de la dependencia y la discapacidad
Línea de actuación	• Despliegue de la atención sociosanitaria • Promoción de la interoperabilidad sociosanitaria • Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	2015
Ámbito geográfico	Autonómico
Descripción	Implementación de una herramienta para la creación del informe de salud destinado a evaluar la dependencia y la discapacidad de las personas usuarias.
Objetivo/s	Se trata de extender el uso del instrumento electrónico para el intercambio entre Osakidetza y las Diputaciones Forales del informe de salud necesario para la valoración de la dependencia y la discapacidad. Se diseñó para la valoración de la dependencia, aunque también se utiliza para la discapacidad. En el caso de la dependencia la información es completa, pero para la discapacidad resulta insuficiente por lo que surge la necesidad de un trabajo de análisis. Para el correcto funcionamiento, aunque sencilla, es clave

	la formación. Además del despliegue, la consolidación del instrumento requiere abordar un mantenimiento evolutivo.
Población destinataria	Grupos poblacionales en situación o indicios de dependencia y/o discapacidad.
Agentes participantes	• Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. • Dirección de Apoyos a la vida plena. Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico. • Unidad Técnica de Valoración. Instituto Foral de Bienestar Social. Diputación Foral de Álava. • Subdirección Técnica del Área de Organización e informática. Instituto Foral de Bienestar Social. Diputación Foral de Álava. • Servicio de Valoración y Orientación. Diputación Foral de Bizkaia. • LANTIK. Sociedad de Tecnología e Innovación de la Diputación Foral de Bizkaia. • Servicio de Atención a la Dependencia y la Discapacidad. Sección de Valoración y Orientación. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Gipuzkoa. • IZFE. Sociedad Foral de servicios informáticos de la Administración Pública de Gipuzkoa. Diputación Foral de Gipuzkoa. • Subdirección para coordinación de la Atención Primaria. Osakidetza. • Subdirección de Calidad. Osakidetza. • Subdirección de Informática y Sistemas de información. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Barakaldo-Sestao. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Uribe. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Bidasoa. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Debarrena. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Debagoiena. Osakidetza.

	• Organización Sanitaria Integrada Donostialdea. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Goierri-Alto Urola. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea. Osakidetza. • BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.
Estado de la experiencia	El informe de salud para la dependencia conocido como IVD se ha incorporado a la actual versión de Osabide Global Primaria. Esto ha permitido recuperar funcionalidades perdidas de anexar informes de especialistas. Este escenario favorable está permitiendo avanzar con el despliegue en Bizkaia para la dependencia y en Araba se están adaptando los sistemas de la Diputación para poder consumir el circuito electrónico de solicitud de informes de salud. En el caso de Gipuzkoa, se ha completado el despliegue en Bidasoa que era la única que faltaba. La Oficina Técnica de la Dirección de Atención Sociosanitaria en labores de coordinación y promoción de la interoperabilidad ha conformado un grupo motor formado por profesionales de salud y social de Gipuzkoa para identificar y analizar nuevas funcionalidades que permitan mejorar el proceso de intercambio. Con el inicio de 2025 está previsto que se incorpore Bizkaia y representantes de Educación.
Resultados esperados	• Mejorar y facilitar el intercambio de información de una manera precisa y actualizada. • Favorecer el trabajo coordinado mediante el diseño de un plan de intervención compartido. • Creación de un registro estructurado de la información que permita procesarla y obtener conocimiento necesario para facilitar la toma de decisiones.
Más información	dirdsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 2 Interoperabilidad en la tramitación de la Teleasistencia

Iniciativa 2	
Título	Interoperabilidad en la tramitación de la Teleasistencia
Línea de actuación	• Promoción de la interoperabilidad sociosanitaria

	Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	2021
Ámbito geográfico	Autonómico
Descripción	Proyecto dirigido a digitalizar el procedimiento de solicitud de la Teleasistencia.
Objetivo/s	Analizar, diseñar e implementar las posibilidades en el intercambio de información de manera electrónica (interoperabilidad) entre la Dirección de Servicios Sociales del Gobierno Vasco y Osakidetza para la tramitación de la solicitud del Servicio Público de Teleasistencia.
Población destinataria	Personas usuarias del servicio de Teleasistencia.
Agentes participantes	- Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. - Dirección de Apoyos a la vida plena. Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico. - Subdirección para coordinación de la Atención Primaria. Osakidetza. - Subdirección de Calidad. Osakidetza. - Subdirección de Informática y Sistemas de información. Osakidetza. - BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.
Estado de la experiencia	Se dispone de una definición de una estructura de datos de salud y social a intercambiar para la valoración de la solicitud de teleasistencia. Este intercambio de información puede ser consumido periódicamente para actualizar la situación de la persona. En el primer semestre de 2025 está planificado el diseño e implementación de este intercambio que sólo afecta a la aplicación del Gobierno Vasco de Teleasistencia y a Osabide.
Resultados esperados	- Solicitud telemática del informe de salud a Osakidetza e inclusión electrónica en la solicitud de la Teleasistencia. - Eliminación del acto presencial en la elaboración del informe de salud (evitar que la persona solicitante de la Teleasistencia

	deba acudir a su centro de salud para la obtención de dicho informe); y eliminación del tiempo que el/la médico/a dedica a un acto que se puede automatizar. • Intercambio electrónico de información entre los Sistemas de Servicios Sociales y de Salud. • Intercambio de información en la Atención Primaria sanitaria para insertar el perfil social de la persona y obtener así un mejor conocimiento del/la paciente.
Más información	dirsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 3 Interoperabilidad en Atención Temprana

Iniciativa 3	
Título	Interoperabilidad en Atención Temprana
Línea de actuación	• Despliegue de la atención sociosanitaria • Promoción de la interoperabilidad sociosanitaria • Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	2021
Ámbito geográfico	Autonómico
Descripción	Análisis de los intercambios de información de manera electrónica entre el ámbito de salud, el ámbito de servicios sociales y el ámbito educativo para optimizar la coordinación respecto a la atención temprana.
Objetivo/s	Mejorar la coordinación sociosanitaria-educativa y reforzar el modelo de atención para niños y niñas con necesidades especiales en Euskadi.
Población destinataria	Menores de 6 años

Agentes participantes	• Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. • Instituto Foral de Bienestar Social. Diputación Foral de Álava. • Diputación Foral de Bizkaia. • Diputación Foral de Gipuzkoa. • Departamento de Educación. • Subdirección para coordinación de la Atención Primaria. Osakidetza. • Subdirección de Calidad. Osakidetza. • Subdirección de Informática y Sistemas de información. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Osakidetza. • Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes de Bilbao Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Goierri-Alto Urola. Osakidetza. • EJIE. Sociedad Informática del Gobierno Vasco. • LANTIK. Sociedad de Tecnología e Innovación de la Diputación Foral de Bizkaia. • IZFE. Sociedad foral de servicios informáticos de la Administración Pública de Gipuzkoa. • BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.
Estado de la experiencia	Durante 2023, se han establecido canales de interlocución con los servicios de informática para la adaptación de los sistemas de información de cada institución participante y, se trabaja para que los servicios de informática puedan priorizar la adaptación de los sistemas de información corporativos según el modelo funcional definido y que se desarrollen los puntos de interoperabilidad. En 2024 los tres territorios han validado el modelo funcional para el intercambio de información, llegando a un consenso de la estructura de información de salud, social y educación a compartir en los EVAT (Equipo de Valoración en Atención Temprana). En el primer semestre del año la Oficina Técnica de Interoperabilidad de la Dirección de Atención Sociosanitaria y EJIE han diseñado el gestor de casos sociosanitarios para el intercambio de información que requiere la atención temprana, para poder implementar otros

	casos de uso. EJIE tendrá disponible estas infraestructuras, los servicios básicos para enero y el resto para junio de 2025. Osakidetza, Educación, y las Diputaciones Forales de Bizkaia y Gipuzkoa apuestan conjuntamente por el proyecto y lo incorporan a sus objetivos de 2025 y así tener un primer producto básico en mayo y el resto antes de acabar el año. La Diputación Foral de Araba está buscando alternativas para dotarse de recursos para abordar la interoperabilidad.
Resultados esperados	• Iniciar la provisión de servicios de atención temprana desde cualquiera de los tres ámbitos (sanitario, de servicios sociales y/o educativo). Cuando el caso no requiera inicialmente de la intervención de alguno de los otros ámbitos se realizará una notificación. • Definir un plan de atención personalizado compartido en el que se indique la intervención de cada uno de los tres ámbitos y ponerlo a disposición de las familias. • Establecer de un procedimiento que posibilite el intercambio de información asociado.
Más información	dirdsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 4 Interconsulta sociosanitaria

Iniciativa 4	
Título	Interconsulta sociosanitaria
Línea de actuación	• Despliegue de la atención sociosanitaria • Promoción de la interoperabilidad sociosanitaria
Fecha de inicio	2021
Ámbito geográfico	Autonómico
Descripción	Iniciativa de origen comarcal que por su sencillez tendrá replicabilidad autonómica. En esta experiencia se busca desplegar el intercambio de información inicial básica para la gestión del caso a través de una interconsulta sociosanitaria entre las/os profesionales de Atención Primaria social y sanitaria.

Objetivo/s	Analizar, diseñar e implementar las posibilidades en el intercambio de información de manera electrónica (interoperabilidad) entre los Servicios Sociales y Osakidetza.
Población destinataria	La población diana de la atención integrada entre servicios sociales y Osakidetza en los casos sociosanitarios.
Agentes participantes	• Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. • Dirección de Apoyos a la vida plena. Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico. • Subdirección para coordinación de la Atención Primaria. Osakidetza. • Subdirección de Calidad. Osakidetza. • Subdirección de Informática y Sistemas de información. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Uribe. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Debagoiena. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Donostialdea. Osakidetza. • Organización Sanitaria Integrada Goierri-Alto Urola. Osakidetza. • Hospital Gernika-Lumo. Osakidetza. • EUDEL. Asociación de Municipios Vascos. • Ayuntamiento de Vitoria. Servicios sociales. • Ayuntamiento de Bermeo. Servicios sociales. • Mancomunidad de Servicios Sociales de Busturialdea. • Ayuntamiento de Erandio. Servicios sociales. • Ayuntamiento de Leioa. Servicios sociales. • Ayuntamiento de Aretxabaleta. Servicios sociales. • Ayuntamiento de Azkoitia. Servicios sociales. • BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.
Estado de la experiencia	Durante 2023, se incorporan los Servicios Sociales de Bermeo y Lekeitio al grupo motor, se define el plan de pilotaje y se elabora un informe de viabilidad en materia de seguridad y protección de los datos sociosanitarios.



	Hasta 2024 el equipo motor de la interconsulta, con origen en el proyecto de coordinación sociosanitaria de la UGI Gernikaldea y los servicios sociales, al que se le ha unido Uribe, Goierri, Donostialdea y Vitoria-Gasteiz, ha definido un modelo funcional compartido. Durante 2024 se ha diseñado y desarrollado las infraestructuras de interoperabilidad compartidas y se han adaptado los siguientes sistemas de información: Osabide, Gizarte, Gizanet y el sistema de información del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Esta situación nos permite abordar el despliegue controlado en el primer trimestre de 2025 en los municipios seleccionados de los tres territorios, para su escalado durante 2025 a toda la CAPV. Esto supone un hito en el desarrollo de la interoperabilidad dando un primer paso para identificar casos compartidos, categorizarlos y registrarlos. Es el primer paso, al que le deberán seguir otros, como lo definido para la Atención Temprana, para abordar una atención integral.
Resultados esperados	Procurar, en el contexto del procedimiento de la interconsulta, la interoperabilidad entre los sistemas de información que haga posible el protocolo de atención integrada entre los servicios sociales y Osakidetza.
Más información	dirsaludsociosan@euskadi.eus

Iniciativas de ámbito comarcal

Tabla 5 Coordinación sociosanitaria en la atención a personas residenciadas

Iniciativa 5	
Título	Coordinación sociosanitaria en la atención a personas residenciadas
Línea de actuación	• Despliegue de la atención sociosanitaria • Promoción de la interoperabilidad sociosanitaria • Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	2021
Ámbito geográfico	Comarcal/Territorial
Descripción	Se busca, por un lado, la articulación de mecanismos de coordinación, derivación, comunicación entre la red de residencias de personas mayores de Bizkaia, los centros de apoyo (centros comarcales de referencia), que contarán con equipo de apoyo específico a las residencias en este ámbito, un hospital de referencia en la materia y la red de Atención Primaria del sistema de Salud. Y, por otro lado, la determinación de circuitos asistenciales, funciones a desarrollar, servicios y escenarios de derivaciones.
Objetivo/s	Personalizar y humanizar la atención ofrecida en los centros residenciales. Evitar traslados y derivaciones innecesarias.
Población destinataria	Personas residentes en centros residenciales de Bizkaia.
Agentes participantes	• Centro residencial Birjinetxe. Diputación Foral de Bizkaia. • Organización Sanitaria Integrada Bilbao- Basurto. Osakidetza. • Hospital de Santa Marina. Osakidetza. • Departamento de Acción Social. Diputación Foral de Bizkaia. • Subdirección para la Coordinación de la Atención Primaria. Osakidetza. • Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud.

	BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.
Estado de la experiencia	La práctica cuenta con el respaldo de todas las instituciones involucradas y así se constata con la elaboración y firma de un protocolo de coordinación sociosanitaria entre todas ellas (2022). La experiencia se ha pilotado durante más de un año habiéndose realizado una evaluación integral de su funcionamiento (2023) con resultados muy positivos. Asimismo, ha obtenido importantes reconocimientos como el Premio a la calidad en la innovación (Quality Innovation Award) de Euskalit, en la categoría de innovación en el sector público como respuesta innovadora en los Cuidados de Larga Duración. Actualmente, se continúa capacitando a profesionales de los equipos asistenciales de los centros residenciales y, se está trabajando en introducir elementos para el intercambio electrónico de información sociosanitaria de la persona residente (plan de cuidados y la Planificación Anticipada de Decisiones y Cuidados -PADYC-, así como el acceso al documento de Voluntades Anticipadas).
Resultados esperados	Continuar con la experiencia y expandirla al conjunto de centros residenciales de Bizkaia.
Más información	dirdsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 6 Agenda sociosanitaria compartida

Iniciativa 6	
Título	Agenda sociosanitaria compartida
Línea de actuación	- Despliegue de la atención sociosanitaria - Promoción de la interoperabilidad sociosanitaria
Fecha de inicio	2018
Ámbito geográfico	Comarcal

Descripción	Proyecto dirigido a la creación de un espacio común de trabajo y una agenda compartida de reuniones que deje constancia de su celebración y facilite la planificación de cuidados de la persona con necesidades sociosanitarias. Para tener un espacio común y poder registrar la actividad sociosanitaria en las Unidades de Atención Primaria participantes se crean tiempos de agenda compartidos denominados actos sociosanitarios. Se distinguen tres tipos de actos: presenciales, telefónicos o domiciliarios. Asimismo, los casos compartidos se codifican para facilitar su identificación y seguimiento (en salud mediante Código CIE10: Z65.9).
Objetivo/s	Continuar con la dinámica asistencial generada e implementar las posibilidades en el intercambio de información de manera electrónica (interoperabilidad) entre los Servicios Sociales municipales y la OSI Goierri Alto Urola.
Población destinataria	Profesionales de Atención Primaria del ámbito sanitario y del ámbito social.
Agentes participantes	• Organización Sanitaria Integrada Goierri Alto Urola. Osakidetza. • Servicios sociales de base de todas las UAPs de la OSI (7) y todos los servicios sociales del área de influencia de la OSI (21 municipios). • Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. • BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.
Estado de la experiencia	En el proyecto este año se han gestionado los siguientes casos hasta septiembre del 2024 en toda la comarca: - 685 actos de agenda presenciales con un total de 509 pacientes. - 103 actos de agenda telefónicas con un total de 90 pacientes.
Resultados esperados	Tras varios años de experimentación, la práctica de la agenda compartida continua vigente en la comarca del Goierri. En 2023 esta dinámica se incorpora en el Protocolo Marco de Coordinación Sociosanitaria configurándose como una buena práctica para la gestión asistencial de los casos. Actualmente, esta comarca participa por su trayectoria en el despliegue de la interconsulta sociosanitaria

	y se espera que su presencia aporte nuevas líneas de trabajo a la experiencia.
Más información	dirdsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 7 Bidasoa Zurekin

Iniciativa 7	
Título	Bidasoa Zurekin
Línea de actuación	- Despliegue de la atención sociosanitaria - Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	2020
Ámbito geográfico	Comarcal
Descripción	Bidasoa Zurekin, Comarca Compasiva trata de dar respuesta a las necesidades de la población con enfermedad crónica o en situación de final de vida desde un enfoque holístico. Según este enfoque la atención y el cuidado en dicha etapa debe hacerse dentro de las comunidades de personas que se entienden y se apoyan mutuamente, enfatizando la asociación e interrelación social. En estas comunidades se incluyen tanto servicios profesionales formales como asociaciones, organizaciones y/o comunidades que complementan la respuesta a las necesidades de dichas personas.
Objetivo/s	Concienciar a la sociedad de la necesidad de implicarse en los cuidados y el acompañamiento a las personas con enfermedad crónica avanzada o en la etapa final de su vida. Para favorecer esta concienciación se ofrece información y formación sobre aspectos como: comprensión del dolor, adquisición de capacidades para aliviarlo, rutas de derivación dentro del sistema de salud y del sistema social y la creación de redes de cuidados.

Población destinataria	Personas en situación de final de vida y/o personas en situación de sufrimiento y vulnerabilidad (enfermedad avanzada, soledad, procesos de fallecimiento, etc.).
Agentes participantes	• Organización Sanitaria Integrada Bidasoa. Osakidetza. • Asociación Bidasoa Zurekin, Comarca Compasiva. • Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. • BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.
Estado de la experiencia	Entre diciembre del 2020 y septiembre del 2022 se realizó la primera parte del proyecto, donde se realizó el mapeo de agentes sociales de la comarca y se constituyó Bidasoa Zurekin, Comarca compasiva como asociación. Se llevaron a cabo múltiples acciones de sensibilización, concienciación, información y formación en el área de la enfermedad crónica y los cuidados paliativos. En septiembre de 2022 se inició la segunda parte del proyecto: la intervención comunitaria, sin embargo, no se consiguió poder entrar en la historia clínica de osakidetza hasta marzo del 2023. De marzo del 2023 a octubre del 2024 se realizó el estudio del impacto de la intervención comunitaria en el nivel de soledad y en el nivel de calidad de vida auto percibida en pacientes que se encuentran en fase final de vida y el impacto de su cuidado en el cuidador principal. El análisis de los datos refleja un impacto positivo (disminución del nivel de soledad, aumento de la calidad de vida auto percibida y disminución de la sobrecarga del cuidador), resultados que concuerdan con otros estudios llevados a cabo con la misma metodología (Protocolo "Red Cuida del modelo Todos Contigo" de la Fundación New Health de Sevilla).
Resultados esperados	Continuar con acciones divulgativas de información y sensibilización en el ámbito de actuación establecido. El tamaño de la muestra trabajada en la intervención comunitaria es pequeña (n= 10), lo que hay que tener en cuenta a la hora de validar los resultados del estudio. Actualmente, a nivel de actividad ciudadana se han movilizado en torno a 150 personas de los municipios de Hendaya, Hondarribia e Irún. Las actividades realizadas han consistido en Death cafés existentes, los desayunos y meriendas en compañía para las personas mayores, así como diversas acciones divulgativas, por

	ejemplo, charlas para la elaboración del documento de voluntades anticipadas...
Más información	dirdsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 8 Equipo de Transición de Cuidados (ETC) en la atención de pacientes de residencias geriátricas

Iniciativa 8	
Título	Equipo de Transición de Cuidados (ETC) en la atención de pacientes de residencias geriátricas
Línea de actuación	- Despliegue de la atención sociosanitaria - Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	2022
Ámbito geográfico	Local/Territorial
Descripción	El proyecto se crea por iniciativa del equipo asistencial del Hospital de Santa Marina. Su finalidad es doble, por un lado, minimizar los ingresos hospitalarios de pacientes geriátricos reduciendo así el impacto que los ingresos acarrearán en su funcionalidad y autonomía y por otro, facilitar el retorno al centro residencial haciendo seguimiento del paciente de manera coordinada entre el equipo asistencial del centro y el equipo especializado del hospital.
Objetivo/s	Mejorar continuidad de cuidados y coordinación entre niveles asistenciales en el tránsito del hospital al centro residencial e impulsar la planificación anticipada de decisiones y cuidados.
Población destinataria	Personas mayores institucionalizadas en los centros residenciales pilotados que ingresan en el Hospital de Santa Marina.
Agentes participantes	- Hospital de Santa Marina. Osakidetza. - Subdirección para la Coordinación de la Atención Primaria. Osakidetza. - Departamento de Acción Social. Diputación Foral de Bizkaia.

	- Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. - BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.
Estado de la experiencia	Actualmente el proyecto sigue activo y se espera poder escalarlo a un mayor número de residencias del Territorio Histórico de Bizkaia. Paralelamente, se busca trabajar en la definición y despliegue de la Ruta Fragilidad como circuito asistencial específico para pacientes geriátricos (2023-2025).
Resultados esperados	El proyecto incluye indicadores de proceso y resultado alcanzándose importantes hitos en la disminución de valoraciones e ingresos hospitalarios y en lo relativo a la mejora de la continuidad de cuidados esto es, desde el servicio de urgencias se realiza una previsión de destinos al alta y se establece comunicación con el equipo asistencial de la residencia desde el primer día para asegurar esa continuidad de cuidados. Asimismo, introduce un cambio de paradigma hospitalario basado en la salud digital y la consultoría asistencial específica resultando un enfoque innovador y costo efectivo, por lo que se considera una buena práctica de la coordinación asistencial y, específicamente en la atención al colectivo de personas mayores que residen en centros residenciales.
Más información	dirsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 9 Ecosistema de Cuidados en Montaña Alavesa

Iniciativa 9	
Título	Ecosistema de Cuidados en Montaña Alavesa
Línea de actuación	- Despliegue de la atención sociosanitaria - Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	Febrero del 2024

Ámbito geográfico	Comarcal/Territorial
Descripción	Los ecosistemas de cuidados se basan en el desarrollo de experiencias locales que ayuden a crear modelos de atención más personalizados, flexibles y comunitarios, desde la innovación social, impulsando la atención en el domicilio y mejorando las sinergias entre los sistemas social y sanitario. En concreto, esta actuación persigue el diseño y puesta en marcha de un ecosistema local de cuidados, sociales y sanitarios, desde un enfoque de cuádruple hélice (modelo de reference sites), en la Cuadrilla de Campezo-Montaña Alavesa, trasladando a este ámbito de atención, en el domicilio, el modelo de atención centrada en las relaciones.
Objetivo/s	Establecer las claves de un modelo innovador con epicentro en Arraia Maeztu a construir en colaboración con las instituciones, el sector de los cuidados y con los agentes sociales. Generar una comunidad de cuidados que permita el mantenimiento de las personas mayores en sus domicilios, reforzando medidas de apoyo, pero también a través de tecnologías del bienestar, que de acuerdo primero con las personas y sus familias y/o cuidadoras y en colaboración con las instituciones, permita la evaluación de necesidades, la elaboración de planes de atención personalizados y el seguimiento periódico. Adaptar la oferta de servicios de salud, sociales, comunitarios y privados a las necesidades de cada persona mayor, mediante la metodología de gestión de casos coordinada por un equipo profesional especializado en cuidados que conoce las necesidades de cada persona mayor y de su entorno gracias a herramientas de valoración y diagnóstico. Desarrollar planes de formación y capacitación tanto en el uso de las nuevas tecnologías a implantar en los domicilios como para adquirir las estrategias y conocimientos necesarios para poner en marcha los cuidados en el domicilio. Crear un grupo motor y otra serie de grupos de trabajo operativos que vertebran los cuidados, que lleven a efecto la definición y construcción colectiva del Ecosistema de Cuidados, así como su posible posterior aplicación en otros enclaves del territorio alavés.
Población destinataria	Personas mayores con grados de dependencia 1 a 3 residentes en el municipio de Arraia-Maeztu, Cuadrilla de Mendialdea.

Agentes participantes	• Dirección Director de Innovación, Sistemas de Gestión y Evaluación. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Araba. • Ayuntamiento de Arraia Maeztu y Cuadrilla de Mendialdea • Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza? • Dirección de apoyos para la vida plena. Departamento de Juventud, Bienestar y Reto Demográfico. • Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. • BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud. • Otros: Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), Servicio Público de Teleasistencia BetiOn.
Estado de la experiencia	1. Constitución del grupo motor multinivel. Tras los cambios habidos en las diferentes administraciones tras las elecciones forales y autonómicas hay que proceder a la renovación de las personas que lo integran. 2. Elaboración de un diagnóstico de la situación de la cuadrilla de Montaña Alavesa: Se encargó a la Secretaría de Servicios Sociales del Departamento de Políticas Sociales de la DFA un informe, que aportara datos de la población de cada uno de los municipios de la cuadrilla de montaña alavesa contemplando índices de envejecimiento y sobre envejecimiento, nivel de estudios, etc. Pero también datos sobre dependencia y discapacidad, demandas recibidas en los servicios sociales de base y sobre los recursos sociales y sobre las personas beneficiarias de servicios y prestaciones sociales. 3. Selección de un local para sede del proyecto, facilitado por el Ayuntamiento del municipio. Durante este año se pretenden desarrollar las siguientes acciones: Elaborar un Mapa de la fragilidad y dependencia a nivel local y el desarrollo de la metodología de casos, así como la Plataforma Digital. Creación de un grupo operativo de red comunitaria. Contratación de una secretaría técnica para apoyo del desarrollo del proyecto. Realizar un programa de sensibilización/formación en Atención Centrada en las Relaciones, Gizarea.

	Realizar de forma coordinada entre los diferentes agentes un plan de acción de cara a seguir trabajando en esta línea los próximos años.
Resultados esperados	Atender al mayor número de personas a través de la metodología de gestión de casos, realizando un seguimiento mediante un plan de cuidados continuados y dar respuesta a sus necesidades de manera coordinada desde las diferentes esferas y recursos de provisión de cuidados.
Más información	dirsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 10 Farmacias comunitarias

Iniciativa 10	
Título	Farmacias comunitarias
Línea de actuación	- Despliegue de la atención sociosanitaria - Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	2024
Ámbito geográfico	Comarcal/Territorial
Población destinataria	Personas usuarias del servicio de Teleasistencia residentes en el Territorio Histórico de Araba.
Agentes participantes	Dirección Director de Innovación, Sistemas de Gestión y Evaluación. Departamento de Políticas Sociales. Diputación Foral de Araba
Más información	dirsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 11 Estudio de las necesidades percibidas por las personas cuidadoras de pacientes diagnosticados de demencia

Iniciativa 11	
Título	Estudio de las necesidades percibidas por las personas cuidadoras de pacientes diagnosticados de demencia
Línea de actuación	- Despliegue de la atención sociosanitaria - Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	Octubre 2021
Ámbito geográfico	Comarcal
Descripción	En este estudio se pretende conocer la situación de los pacientes con demencia y sus cuidadores en Tolosaldea, haciendo especial hincapié en sus necesidades. Para ello, los cuidadores de los pacientes registrados con el diagnóstico de demencia serán entrevistados por su enfermera mediante la auto cumplimentación de varios cuestionarios. En una segunda fase (2024) se abordarán una o varias necesidades que el equipo investigador, junto con la dirección de la OSI, determine. Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo con un componente cualitativo ya que se llevará a cabo un grupo focal.
Objetivo/s	- Identificar las necesidades percibidas por los cuidadores principales informales de los pacientes diagnosticados de demencia en Tolosaldea. - Relacionar las necesidades de los cuidadores principales con el estadio de la enfermedad, el tipo de parentesco del cuidador con el paciente y el grado de sobrecarga del cuidador. - Evaluar el grado de sobrecarga del cuidador principal. - Identificar los trastornos psicológico-conductuales de los pacientes con demencia. - Relacionar estos trastornos psicológico-conductuales con las necesidades del cuidador y su sobrecarga.
Población destinataria	Personas cuidadoras de pacientes diagnosticados de demencia residentes en la comarca de Tolosaldea.

Agentes participantes	• Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea. Osakidetza. • Buru-Bihotzez elkarte. • Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. • BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.
Estado de la experiencia	En junio 2022 se realiza una actualización de la muestra obteniendo 430 pacientes con criterios de inclusión. así mismo, se procede a la reunión informativa y formación de las enfermeras y la asignación de sujetos, comenzando el trabajo de campo en Julio de 2022. Primer análisis e informe con los datos obtenidos hasta septiembre del 2022 para continuar durante 2023 hasta finalizar el proyecto. Difusión de información acerca de la asociación Buru Bihotzez mediante trípticos y de los recursos disponibles en la comunidad en la Atención Primaria. 2023 organización de taller de formación de cinco sesiones en el centro de salud de Tolosa dirigido a cuidadores de personas con demencia: formación en cuidados, alimentación a la persona con demencia, cuidados para el cuidador, etc. 2024/ 2025 Colaboración con el Centro de Formación profesional Inmakulada ikastetxea de Tolosa con el profesorado y alumnado de los grados de Técnico o Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería y del grado de Técnica o técnico en atención a personas en situación de dependencia: voluntariado en paseos saludables semanales y talleres de fisioterapia para cuidadoras y cuidadores (movilizaciones, ejercicio y actividad física para prevenir lesiones ...). Coordinación permanente entre trabajadora social, enfermera del Centro de Salud de Tolosa, enfermera comunitaria de la OSI de Tolosaldea, la técnica de prevención del ayuntamiento de Tolosa y la asociación Buru Bihotzez para dar respuesta a las necesidades de las cuidadoras y cuidadores y para mejorar la difusión de las iniciativas.
Resultados esperados	• Identificación las necesidades de los cuidadores de pacientes con demencias en la OSI Tolosaldea, incluyendo sus características sociodemográficas. Esta identificación permitirá determinar las acciones que habría que realizar para prestar una atención adecuada y apoyo en el proceso de cuidado.

	- Descripción de buenas prácticas: - La importancia de identificar al cuidador de pacientes con demencia y realizar una continuidad de cuidados al cuidador. - Trabajo de coordinación del equipo sociosanitario. - Ofrecer recursos de apoyo e información existentes en la comunidad en el proceso de cuidado.
Más información	dirsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 12 Diagnóstico y atención a mujeres con patología dual

Iniciativa 12	
Título	Diagnóstico y atención a mujeres con patología dual
Línea de actuación	- Despliegue de la atención sociosanitaria - Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	2022
Ámbito geográfico	Comarcal
Descripción	Incluir la perspectiva de género en el abordaje de la Patología Dual supone tener en cuenta que mujeres y hombres tienen que dar respuesta a condicionantes que son diferentes, por lo que es necesario analizar por separado los aspectos que condicionan a ambos. Por este motivo, se propone realizar una intervención específica en mujeres con consumos y trastorno mental. Se ha descrito que el género es un factor que influye en la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas, su expresión sintomática, curso, pronóstico, demanda y respuesta al tratamiento. Sin embargo, a pesar del papel que el género tiene como condicionante de la salud, muchas investigaciones no tienen en cuenta este factor, algo especialmente evidente en el campo de las adicciones y la Patología Dual.

	En el área concreta de las adicciones, por un lado, las investigaciones actuales muestran, por un lado, que las mujeres con drogodependencias difieren de sus homólogos varones respecto de sus patrones de uso de drogas, características psicosociales y fisiológicas, prácticas, sentidos y motivaciones, así como en las consecuencias de dichos consumos. Por otro lado, las evidencias científicas apuntan a que esas diferencias no proceden tanto del hecho de consumir drogas como de las experiencias o vivencias vinculadas, así como de factores sociales y culturales. A pesar de las recomendaciones de las guías clínicas y de la influencia del género tanto en las formas de consumos de sustancias como en la patología mental comórbida, no hay programas en nuestro entorno que atiendan la Patología Dual desde la perspectiva de género. Consideramos que, si bien hay programas por separado que atienden a mujeres con adicciones y, en otros casos, con patología mental; no hay programas específicos que atiendan de manera conjunta la patología dual desde una perspectiva de género. La investigación se realiza con una muestra de conveniencia, es decir, con las mujeres que accedan voluntariamente a la red de tratamiento de adicciones de la OSI Barrualde, en el contexto de un plan terapéutico coordinado entre la Red de Salud Mental de Bizkaia y la Unidad Dual del servicio de Psiquiatría. En este sentido, no hay grupo control, ni se realiza una asignación aleatoria de personas que puedan tener problemas de adicciones.
Objetivo/s	PRINCIPAL Mejorar la estabilidad emocional de las mujeres y su calidad de vida. Mejoría medida por comparación de escalas de calidad vida, discapacidad, medición síntomas, reducción de ingresos y atención en urgencias hospitalarias, así como evaluación del estadio de cambio Específicos: • Ofrecer herramientas, sensibilizar y formar, para la incorporación de la perspectiva de género en el abordaje de la Salud Mental. • Promover y apoyar el trabajo en red, el contacto y coordinación entre las organizaciones, entidades e instituciones que trabajan en el ámbito de la Patología Dual, para promover la perspectiva de género en el abordaje de las adicciones. • Detección de antecedentes de violencia de género y situación actual.

	Mejorar satisfacción de las mujeres y con ello la de los profesionales que derivan al Programa minimizando el estigma presente en la atención a Mujeres con Patología Dual.
Población destinataria	Mujeres con diagnóstico de patología dual atendidas en la comarca de Barrualde.
Agentes participantes	Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao. Osakidetza. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.
Estado de la experiencia	Finaliza 31/12/24 con grupos de recuerdo más espaciados posteriores y seguimiento en la Red de Salud Mental de Bizkaia.
Resultados esperados	- Mejoras en aspectos tales como prevalencia de las enfermedades psiquiátricas, su expresión sintomática, curso, pronóstico, demanda y respuesta al tratamiento en mujeres con Patología Dual. - Avanzar en coordinación entre las organizaciones, entidades e instituciones que trabajan en el ámbito de la Patología Dual. - Presentación Bottom up en febrero 2025.
Más información	dirdsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 13 PARTEKAGUNE: Gestión y Coordinación de la OSI Uribe con las asociaciones de pacientes del ámbito comunitario

Iniciativa 13	
Título	PARTEKAGUNE: Gestión y Coordinación de la OSI Uribe con las asociaciones de pacientes del ámbito comunitario
Línea de actuación	- Despliegue de la atención sociosanitaria - Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	Noviembre 2023

Ámbito geográfico	Comarcal
Descripción	Diseñar la sistemática de relación de la OSI con las asociaciones de pacientes del entorno: identificándolas, creando canales de comunicación y colaboración, mejorando la implicación en la estrategia de la OSI y reconociendo su labor en la mejora del bienestar de los y las pacientes. Este proyecto está dirigido, en primer lugar, a conocer las asociaciones de nuestro entorno (Comarca Uribe y territorio de Bizkaia) cuyas misiones interactúan de una manera más importante con la OSI Uribe. En segundo lugar, se pretende establecer canales de comunicación bidireccionales, estructurados y estables en el tiempo.
Objetivo/s	Principal: elaborar una sistemática de relación entre la OSI Uribe y las asociaciones de pacientes del entorno para conocer sus necesidades y expectativas e incorporar su voz en los procesos de la OSI. Específicos: • Conocer las asociaciones de pacientes activas en el entorno de la OSI Uribe. • Diseñar una sistemática de relación documentada y difundirla entre asociaciones y profesionales. • Crear canales estables de comunicación bidireccionales con las asociaciones. Por un lado, se pretende informarles acerca de los proyectos propios de la OSI y, por otro lado, recoger las necesidades y proyectos de las OSIs. • Asegurar que la voz de las asociaciones llega a las unidades/servicios de la OSI de una manera estructurada.
Población destinataria	Asociaciones de Pacientes presentes, principalmente, en la Comarca Uribe y en el Territorio de Bizkaia.
Agentes participantes	• Organización Sanitaria Integrada Uribe. Osakidetza. • Asociaciones de pacientes del TT.HH. de Bizkaia.
Estado de la experiencia	Pilotaje: Contacto inicial con Asociación Vizcaína de Diabetes (ASVIDIA), Asociación de Ostomizados de Bizkaia (ARGIA) y Asociación de Cáncer de Mama y/o Ginecológico de Bizkaia (ACAMBI). En las actas de las reuniones se destaca la necesidad de coordinación.

	Se prevé la próxima reunión en enero 2025 del grupo de la OSI Uribe para decidir los pasos a seguir
Resultados esperados	• Implantación de la sistemática en las asociaciones identificadas. • Divulgación del proyecto. • Registro y análisis de posibles áreas de mejora durante el pilotaje. • Divulgación pertinente de la sistemática revisada
Más información	dirsaludsociosan@euskadi.eus

Tabla 14 BOTIKA ETXEAN ESKURA

Iniciativa 14	
Título	BOTIKA ETXEAN ESKURA
Línea de actuación	• Despliegue de la atención sociosanitaria • Acciones dirigidas a colectivos diana de la atención sociosanitaria
Fecha de inicio	Abril 2024
Ámbito geográfico	Comarcal
Descripción	Se trata de un proyecto piloto que pretende garantizar la entrega de medicamentos a domicilio además de ofrecer una mejor atención farmacéutica.
Objetivo/s	Garantizar la entrega de medicamentos a domicilio y ofrecer una mejor atención farmacéutica a las personas residentes en las comarcas de Añana y Montaña Alavesa. Contribuir a que el/la paciente reciba los medicamentos prescritos conforme a las pautas establecidas por su médico/a. Revisar y controlar el uso de la medicación.

	Identificar problemas para prevenir o evitar los resultados negativos asociados al uso de los medicamentos.
Población destinataria	Población del ámbito rural de las Comarcas de Añana y Montaña Alavesa de Álava.
Agentes participantes	• Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud • Departamento de salud del Gobierno Vasco. Dirección de Farmacia. • Departamento de equilibrio territorial. Diputación Foral de Álava. • Colegio de farmacéuticos/as de Álava. • Cuadrilla de Campezo-Montaña Alavesa y Cuadrilla de Añana y Juntas administrativas correspondientes. • Departamento de salud del Gobierno Vasco. Dirección de Atención Sociosanitaria. • BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud. BIOEF.
Estado de la experiencia	En junio del 2024 se firma un convenio con una vigencia de 2 años y que permite que el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el Departamento de Equilibrio Territorial y Ordenación del Territorio de la Diputación Foral de Álava financien el proyecto con un total de 125.000€ anuales, con una aportación de 95.000€ por parte del Gobierno Vasco y 30.000€ desde la Diputación Foral.
Resultados esperados	
Más información	dirsaludsociosan@euskadi.eus

Iniciativa ámbito local

Tabla 15 Desarrollo de la gobernanza del Centro Sociosanitario de Aretxabaleta

Iniciativa 15	
Título	Desarrollo de la gobernanza del Centro Sociosanitario de Aretxabaleta
Línea de actuación	• Despliegue de la atención sociosanitaria • Promoción de la interoperabilidad sociosanitaria
Fecha de inicio	2021
Ámbito geográfico	Local
Descripción	Proyecto dirigido a profesionales de la Atención Primaria de los ámbitos sanitario y social que busca definir la gobernanza del centro sociosanitario de Aretxabaleta.
Objetivo/s	Desarrollar un modelo de gobernanza para el centro sociosanitario de Aretxabaleta que incorpore de forma integrada en los programas sociosanitarios de primaria tanto al personal de servicios sociales como al de los servicios sanitarios.
Población destinataria	Personas en situación de dependencia, exclusión (mujeres víctimas de violencia machista, menores en situación de desprotección, personas adultas en riesgo de exclusión, menores con problemas de conducta, jóvenes y adultos con problemas graves de salud mental y personas mayores víctimas de malos tratos físicos y económicos) y trabajo comunitario (trabajo comunitario y de prevención que aborda problemáticas grupales en menores en riesgo, jóvenes, consumos, uso de drogas, salud mental, igualdad, educación sexual.).
Agentes participantes	• Organización Sanitaria Integrada Debagoiena. Osakidetza. • Ayuntamiento de Aretxabaleta. Departamento social. • Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. • BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias. Departamento de Salud.



Estado de la experiencia	En 2023 el proyecto se presenta como proyecto bottom-up sociosanitario y se finalizó el trabajo y se elaborará un informe que incluya los elementos de integración sociosanitaria. Está previsto que entre en funcionamiento en el primer trimestre de 2025.
Resultados esperados	Mayor integración en los programas sociosanitarios tanto de atención individual como comunitaria.
Más información	dirdsaludsociosan@euskadi.eus

Principales aprendizajes

El análisis y seguimiento de estas iniciativas ha permitido extraer importantes aprendizajes que merece la pena señalar para tomar en consideración a la hora de diseñar e implantar experiencias piloto en el ámbito sociosanitario. A continuación, se listan las más relevantes en forma de decálogo.

Decálogo para la puesta en marcha de proyectos piloto sociosanitarios

1. **Liderazgo de las experiencias.** Es de suma importancia que la experiencia a pilotar cuente con uno/a o varios/as profesionales de referencia que **lideren** el desarrollo del proyecto e intervengan en todas las fases del proyecto (diseño, formación, pilotaje y evaluación).

Asimismo, dada la necesidad de coordinar diferentes áreas de atención (social y sanitaria), es recomendable se defina un **co-liderazgo** o **liderazgo compartido** de ambos ámbitos de actuación para favorecer la equidad y la representatividad de las/os profesionales.

2. **Alianzas estratégicas.** También es importante contar con todos los agentes y servicios involucrados en la práctica para evitar obstáculos posteriores que puedan impedir el desarrollo de la misma (desinformación de algún servicio u organización, resistencias para la implementación de la práctica, etc.). Y no sólo para su desarrollo e implementación, sino también, llegado el caso, para **favorecer el escalado** de la experiencia pilotada. Realizada la práctica se recomienda definir **protocolos marco o procedimientos de coordinación sociosanitaria** entre los agentes participantes para formalizar la iniciativa pilotada y facilitar su extensión.
3. **Trabajo en equipo.** Es el principal elemento a considerar en la puesta en práctica de las experiencias pilotadas. La necesidad de que profesionales de distintos sectores se coordinen y trabajen como un **equipo multidisciplinar y cohesionado**, debe constituir la esencia de la experiencia a pilotar, ya sea para poner en práctica una nueva forma de trabajar, de responder a necesidades concretas de un grupo poblacional o de intercambiar información necesaria para la gestión de casos.
4. **Fortaleza ante las adversidades.** Los aprendizajes no son sólo técnicos, sino que incluyen también habilidades que deben entrenarse para **afrontar los retos y los imprevistos** que puedan surgir a lo largo del despliegue del proyecto. En este caso, la fortaleza es un factor clave a tener en cuenta para no desestimar o abortar el desarrollo del proyecto en cuestión.
5. **Resiliencia práctica.** De la mano del anterior, la resiliencia entendida como la capacidad para superar las dificultades, es imprescindible en el desarrollo de este tipo de proyectos cuyo contexto se caracteriza por la **complejidad del entorno** (necesidades sociosanitarias complejas, pero también complejidad institucional, relacional, competencial, etc.).

6. **Compromiso institucional.** Es imprescindible definir desde el inicio el mapa institucional participante en el proyecto, así como el rol de cada organización implicada. Aunque la mayoría de las experiencias recogidas en este catálogo se enmarcan en la Atención Primaria, es fundamental comprometer a los niveles de organización meso y macro para **garantizar su implicación** en la priorización de los desarrollos a ejecutar bien sean informáticos o asistenciales.
7. **Información, comunicación y gestión del cambio.** En proyectos multidisciplinarios como los que se presentan en el catálogo, no sólo es conveniente, sino que se convierte en imprescindible definir una **estrategia de información y comunicación transversal** a todo el proyecto que informe en las diferentes fases del mismo y module el mensaje a trasladar a los diversos agentes participantes.

En este sentido, una mayor fuente de información implica también la aparición de cuestionamientos o dudas asociadas al proyecto por lo que es recomendable que la estrategia comunicativa se acompañe de una **gestión del cambio** eficaz que introduzca espacios para el debate y la **capacitación/formación** de las/os profesionales.

8. **Resultados a largo plazo.** Todo proyecto de innovación/investigación hace necesaria la planificación de una serie de fases e hitos en su desarrollo; sin embargo, en proyectos como los descritos la fecha de inicio y la fecha prevista de fin no siempre se ajustan a lo estimado debido, entre otras causas, a la intervención de múltiples agentes con tareas secuenciales donde la falta de ejecución de una tarea previa impide el desarrollo de tareas posteriores. En este punto, se refuerza la necesidad de aspectos señalados anteriormente como el compromiso institucional o la resiliencia práctica, pero también se evidencia la necesidad de trabajar con **calendarios flexibles y resultados a largo plazo**.
9. **Evaluación basada en la evidencia.** La evaluación es la condición necesaria para valorar si la experiencia pilotada puede considerarse una práctica a escalar. La transferibilidad del conocimiento y la replicabilidad de la misma deberán basarse en **resultados concluyentes y datos objetivables**. Estos elementos no se observan en muchas de las experiencias presentadas por encontrarse aún en desarrollo. Se recomienda la definición de indicadores de proceso y resultado para facilitar esta tarea.
10. **Participación en primera persona.** Muchas de las corrientes metodológicas actuales buscan hacer partícipes a las personas usuarias de los servicios públicos en el desarrollo de las iniciativas propuestas para su mejora. Se trata de **conocer la experiencia de usuario incorporando su voz** en los procesos estratégicos o de cambio de los servicios. Este planteamiento supone un desafío para quienes lideran proyectos como los recogidos en este catálogo, pero garantizan la **legitimidad del proceso** y el **ajuste entre las expectativas y demandas y las respuestas** ofrecidas. En este sentido, es aconsejable considerar la opinión de las personas destinatarias, bien mediante su participación **directa**, por ejemplo, con asistencia a las reuniones y participación en los grupos de trabajo, o **indirecta**, por ejemplo, a través de cuestionarios de medición de expectativas al inicio del piloto y de cuestionarios de satisfacción con el servicio/resultados, al final del mismo.

Recomendaciones de escalado

Según la Real Academia Española, se define escalado como la acción y efecto de escalar. En el marco de este catálogo, se entiende por escalado, **el aumento en extensión o alcance de alguna de las experiencias presentadas**, es decir, la posibilidad de expandir una experiencia por reunir un conjunto de factores, medios y resultados que la habilitan como una buena práctica capaz de implantarse en todo el ecosistema sociosanitario, mejorando el funcionamiento del área de actuación en la que se circunscribe.

Así, si bien todas las iniciativas recogidas en este catálogo han promovido formas innovadoras y/o respuestas necesarias en la provisión de la atención sociosanitaria, no todas cuentan con el suficiente recorrido o la evidencia necesaria para proponer su escalado. No obstante, es probable que con mayor tiempo de pilotaje y un análisis de resultados más exhaustivo, puedan llegar a considerarse en un futuro prácticas candidatas de ser escaladas.

Asimismo, hay experiencias que, bien por el carácter autonómico del servicio que las promueve o bien, por dirigirse a colectivos con demandas sociosanitarias en aumento, se han diseñado desde su inicio desde una perspectiva autonómica (condición característica de las experiencias escalables); sin embargo, en la práctica cuentan con diferentes niveles de despliegue en unos territorios u otros.

En sentido opuesto, también hay iniciativas surgidas de necesidades locales o comarcales que por lo estratégico de su propuesta y/o por su fácil replicabilidad, han conseguido proyectar un alcance mayor del previsto, convirtiéndose en experiencias candidatas de un despliegue autonómico.

Hechas estas aclaraciones, a continuación, se presentan las recomendaciones de escalado de las experiencias analizadas y se exponen los elementos de impacto que lo justifican.

Tabla 16 Recomendación de escalado: Equipo de Transición de Cuidados (ETC) en la atención de pacientes de residencias geriátricas

1. Equipo de Transición de Cuidados (ETC) en la atención de pacientes de residencias geriátricas
Elementos de impacto para su escalabilidad
• Se dirige a un colectivo con necesidades en aumento (población mayor institucionalizada). • Responde a una necesidad emergente: ofrece soluciones orientadas los cuidados de larga duración. • Impulsa la prevención sociosanitaria: el procedimiento realiza una previsión de los destinos al alta. • Mejora de la seguridad del paciente: codificación del paciente, con continuidad de cuidados y comunicación con equipo asistencial de residencia desde el primer día. • Es costo-efectiva: se desarrolla con recursos propios y una mejor coordinación de los mismos.

- Incide en momentos críticos de la coordinación sociosanitaria: planificación precoz de cuidados al alta y valoración y seguimiento del paciente post-alta.
- Fomenta la coordinación sociosanitaria interdisciplinar: reuniones y formaciones conjuntas.
- Genera evidencia en el sistema: hospital de Santa Marina como campo de experimentación de la especialización de los cuidados geriátricos.
- Destaca el alto grado de innovación de la propuesta.

Tabla 17 Recomendación de escalado: Coordinación sociosanitaria en la atención a personas residenciadas

2. Coordinación sociosanitaria en la atención a personas residenciadas

Elementos de impacto para su escalabilidad

- Se dirige a un colectivo con necesidades en aumento (población mayor institucionalizada).
- Responde a una necesidad emergente: ofrece soluciones orientadas los cuidados de larga duración.
- Supone un cambio en la ordenación de los recursos: se establecen unidades convivenciales de menor tamaño apoyadas en lo que se denomina centros comarcales de referencia.
- Promueve la especialización de profesionales: a partir de equipos de apoyo especializado y formaciones para la capacitación del personal de enfermería.
- Es costo-efectiva: se desarrolla con recursos propios y una mejor coordinación de los mismos.
- Incide en la mejora de la calidad de vida de la población destinataria.
- Se basa en el modelo de atención centrado en las personas: implicándoles en la toma de decisiones, en planificación anticipada de deseos y cuidados y en la realización de actividades cotidianas significativas.
- Cuenta con un protocolo de coordinación firmado entre las instituciones intervinientes, estableciendo el compromiso de estas y facilitando el conocimiento y difusión de la experiencia.
- Dispone de una evaluación externa del pilotaje con resultados muy positivos.
- Ha obtenido el Premio a la calidad en la innovación (Quality Innovation Award) de Euskalit, en la categoría de innovación en el sector público como expuesta innovadora en los Cuidados de Larga Duración.
- Destaca el alto grado de innovación de la propuesta.

Tabla 18 Recomendación de escalado: Interoperabilidad en Atención Temprana

3. Interoperabilidad en Atención Temprana
Elementos de impacto para su escalabilidad
• Se dirige a un colectivo diana donde la atención precoz tiene un fuerte impacto en la calidad de vida futura. • Responde a una necesidad emergente entre los equipos profesionales interdisciplinares: compartir e intercambiar información clave para la gestión del caso. • Incorpora la voz en primera persona de las/os profesionales legitimando el proceso y haciendo un producto ajustado a las necesidades (el diseño de la interconsulta ha sido definido por profesionales de primaria). • Ofrece soluciones tecnológicas sencillas para el intercambio de información en un entorno seguro. • Agiliza la evaluación intersectorial de los equipos multidisciplinares. • Garantiza la trazabilidad de la información. • Es posibilista: su puesta en marcha abre camino al desarrollo en otros entornos (más allá de la atención temprana). • Es sostenible: los cambios introducidos en los softwares son mínimos y duraderos (se definen con visión corporativa). • Genera evidencia en el marco de la interoperabilidad: es un área estratégica que cuenta con importantes avances como la creación de la primera comisión interinstitucional para la interoperabilidad sociosanitaria de Euskadi, el abordaje de un marco normativo propio para la regulación de la interoperabilidad o, el estudio sobre la perspectiva ética de la interoperabilidad, entre otros.

Tabla 19 Recomendación de escalado: Interconsulta Sociosanitaria

4. Interconsulta Sociosanitaria
Elementos de impacto para su escalabilidad
• Se dirige a un colectivo diana donde la atención precoz tiene un fuerte impacto en la calidad de vida futura. • Responde a una necesidad emergente entre los equipos profesionales interdisciplinares: compartir e intercambiar información clave para la gestión del caso.

- Incorpora la voz en primera persona de las/os profesionales legitimando el proceso y haciendo un producto ajustado a las necesidades (el diseño de la interconsulta ha sido definido por profesionales de primaria).
- Ofrece soluciones tecnológicas sencillas para el intercambio de información en un entorno seguro.
- Agiliza la evaluación intersectorial de los equipos multidisciplinares.
- Garantiza la trazabilidad de la información.
- Es posibilista: su puesta en marcha abre camino al desarrollo en otros entornos (más allá de la atención temprana).
- Es sostenible: los cambios introducidos en los softwares son mínimos y duraderos (se definen con visión corporativa).
- Genera evidencia en el marco de la interoperabilidad: es un área estratégica que cuenta con importantes avances como la creación de la primera comisión interinstitucional para la interoperabilidad sociosanitaria de Euskadi, el abordaje de un marco normativo propio para la regulación de la interoperabilidad o, el estudio sobre la perspectiva ética de la interoperabilidad, entre otros.

Tabla 20 Recomendación de escalado: Despliegue del instrumento de elaboración del informe de salud para la valoración de la dependencia y la discapacidad

5. Despliegue del instrumento de elaboración del informe de salud para la valoración de la dependencia y la discapacidad

Elementos de impacto para su escalabilidad

- Se dirige a un colectivo con necesidades en aumento y a las contingencias más prevalentes en la atención sociosanitaria.
- Responde a una necesidad emergente entre los equipos profesionales interdisciplinares: compartir e intercambiar información clave en este caso, para la evaluación de la dependencia y/o discapacidad.
- Ofrece soluciones tecnológicas sencillas para el intercambio de información en un entorno seguro.
- Agiliza la evaluación intersectorial de los equipos multidisciplinares.
- Agiliza la tramitación de las contingencias señaladas: eliminando la presencialidad del paciente en las consultas, automatizando actos médicos y contribuyendo a reducir la presión asistencial de la atención primaria.
- Es posibilista: su puesta en marcha abre camino a su aplicación para otro tipo de evaluaciones.
- Es sostenible: los cambios introducidos en los softwares son mínimos y duraderos (se definen con visión corporativa).
- Genera evidencia en el marco de la interoperabilidad: es un área estratégica que cuenta con importantes inputs como la creación de la primera comisión



interinstitucional para la interoperabilidad sociosanitaria de Euskadi, el abordaje de un marco normativo propio para la regulación de la interoperabilidad o, el estudio sobre la perspectiva ética de la interoperabilidad, entre otros).

Líneas de trabajo futuro

En línea con los principales elementos de impacto de las experiencias destacadas, el futuro próximo de la atención sociosanitaria pasa, entre otras, por las siguientes líneas de trabajo:

- Potenciar las prácticas orientadas a la **continuidad de cuidados** con especial énfasis en los cuidados de larga duración.
- Impulsar actuaciones que favorezcan el **trabajo interdisciplinar compartido**, por ejemplo, mediante el **intercambio electrónico** de la información esencial para la gestión del caso.
- Prácticas que se orienten a la **sostenibilidad del sistema** haciendo un uso más eficiente de los recursos.
- Y, que sitúen a las personas con necesidades sociosanitarias en el **centro de sus actuaciones**, buscando fórmulas innovadoras para una mejor atención y cuidados.
- Incorporar la **voz en primera persona** de las personas con necesidades sociosanitarias, haciéndoles partícipes del proceso y acompañándoles en la toma de decisiones.
- Se hace imprescindible la **capacitación** de las/os profesionales en acciones orientadas a la interoperabilidad y la telemedicina para reducir la resistencia al cambio y favorecer profesionales formadas/os y una mejor gestión de los tiempos de agenda de los asistenciales.
- Fomentar **protocolos y programas** que permitan un mejor conocimiento de los equipos de trabajo interinstitucionales para consolidarlos y asegurar una buena **coordinación de las intervenciones, así como una óptima planificación de cuidados**.
- Avanzar en el despliegue de la **interoperabilidad sociosanitaria** orientada a nuevos casos de uso.
- Impulsar la **innovación** como eje transversal de las políticas y programas sociosanitarios.

