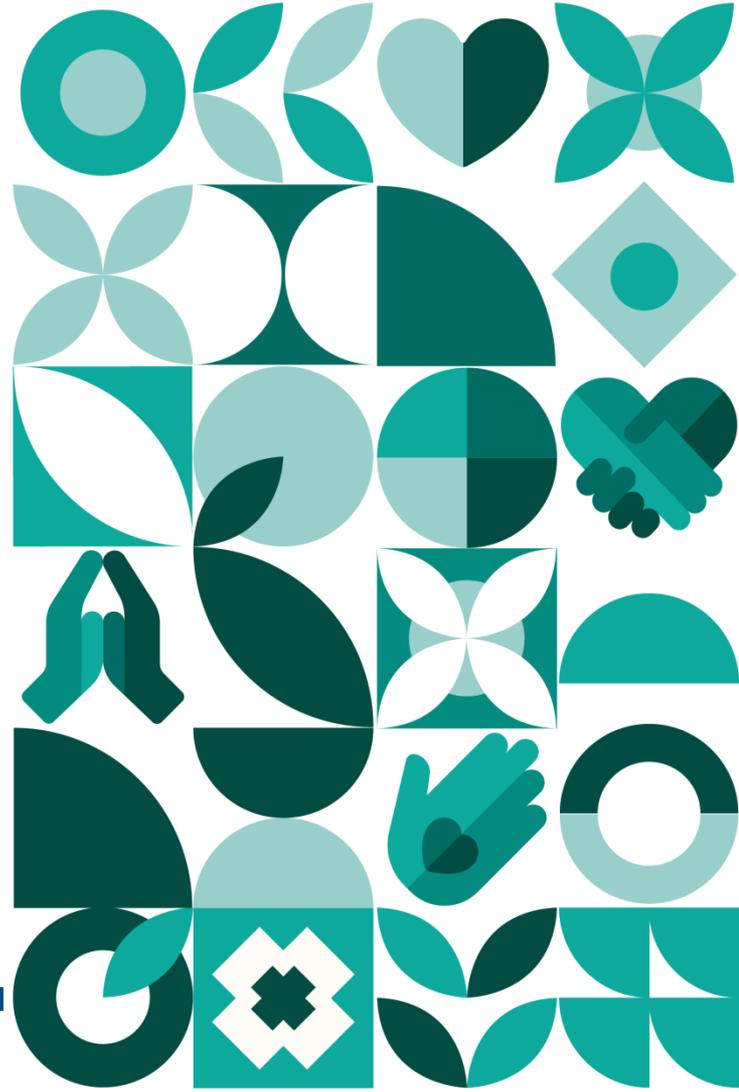




Ekosistema

# Estudio comparado de políticas socio-sanitarias en la Euroregión NAEN



# Presentación

- ✓ Esta presentación recoge un avance del **mapeo de experiencias y buenas prácticas de coordinación sociosanitaria** en Nueva Aquitania, Occitania, Euskadi y Navarra, realizado en el contexto del **Estudio comparado de políticas sociosanitarias de la Eurorregión NAEN** que está realizando el SIIS.
- ✓ El objetivo de la presentación es el de **exponer el marco general de la coordinación sociosanitaria** en cada uno de los tres territorios y **presentar algunas de las experiencias y buenas prácticas** que han sido identificadas en una primera revisión.
- ✓ Se trata de una **presentación preliminar**, ya que el estudio está todavía en fase de elaboración.

# Contenidos de la presentación

- ✓ Estudio comparado de políticas sociosanitarias en la Euroregión NAEN y en Occitania.
- ✓ Qué es la **coordinación sociosanitaria** y cómo se ha desarrollado en cada uno de los ámbitos territoriales:
  - ✓ Definición y objetivos principales
  - ✓ Marco general de la coordinación sociosanitaria en cada territorio
- ✓ **Buenas prácticas y experiencias** de coordinación sociosanitaria en Nueva Aquitania, Occitania, en Euskadi y en Navarra

# Estudio comparado de políticas sociosanitarias en la Eurorregión NAEN y Occitania

Objetivos, enfoque y metodología

# Estudio comparado de políticas sociosanitarias

## Objetivos y enfoque

- ✓ **Objetivos:** Llevar a cabo un análisis comparativo transversal del contexto y las políticas sociosanitarias en Nueva Aquitania, en Occitania, en Euskadi y en Navarra con el fin de crear y unificar criterios en el seguimiento y evaluación de los ecosistemas sociosanitarios de la Eurorregión NAEN.
- ✓ **Enfoque prioritario en las políticas sociosanitarias de transición:** normativas, programas e instrumentos de impulso a la coordinación del espacio sociosanitario en un contexto de transición hacia un nuevo **modelo de cuidados sociales y sanitarios.**

# Estudio comparado de políticas sociosanitarias

## Metodología

- **Cualitativa:** Estudios de caso - Buenas Prácticas de Coordinación Sociosanitaria
- **Multinivel:**
  - ✓ Macro: normativa, estrategias e instrumentos de política pública que promueven la generación de espacios de coordinación o integración desde una perspectiva estructural y sistémica (*de arriba a abajo*)
  - ✓ Meso: programas y dispositivos para la aplicación sobre el terreno de las herramientas de coordinación / integración.
  - ✓ Micro: proyectos de innovación para el impulso de nuevos modelos de atención y cuidados con base sociosanitaria (*de abajo arriba*)
- **Comparada:**
  - ✓ Similitudes y convergencias
  - ✓ Debilidades y fortalezas
  - ✓ Efectividad y potencial de escalabilidad

# Estudio comparado de políticas sociosanitarias

## Avance de resultados

- ✓ **Fase 1:** Descripción global del contexto de la coordinación sociosanitaria en cada región
- ✓ **Fase 2:** Mapeo e identificación de buenas prácticas de coordinación sociosanitaria
- ✓ Fase 3: Análisis comparativo transversal

# Marco general de la coordinación sociosanitaria en la Euroregión NAEN y Occitania

Principales características y elementos

# Coordinación sociosanitaria

- ✓ **Atención Sociosanitaria:** conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y de riesgo de exclusión social, requieren una atención **sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.**
- ✓ **Desafíos:** estructuración tradicional de los sistemas sanitario y de servicios sociales  Vacíos, solapamientos y fragmentación de la atención.

La **coordinación sociosanitaria** busca dar respuesta a situaciones de necesidad mixta, social y sanitaria, garantizando la **continuidad del cuidado** y el uso **eficaz y eficiente** de los recursos públicos.

# Nueva Aquitania y Occitania

- **Mayor pluralidad de agentes** que en el Estado español: Estado (ARS), Región, Departamento, Cajas aseguradoras (CNSA, Seguro de Enfermedad, CARSAT...), profesionales liberales, etc.
- **Múltiples dispositivos** de coordinación que responden (y generan) a un espacio de **complejidad y dispersión**: Centros Locales de Información y Coordinación Gerontológica (**CLIC**), Plataformas Territoriales de Apoyo (**PTA**), Método de acción para la integración de servicios de cuidado y apoyo (**MAIA**), Programa para Personas Mayores en Riesgo de Pérdida de Autonomía (**PAERPA**), de carácter experimental
- A partir de 2019, se establecen los **Dispositivos de Apoyo a la Coordinación de Itinerarios de Salud Complejos (DAC)**. Punto de interlocución único para todos los dispositivos de coordinación presentes en el territorio.
- Actuaciones previstas:
  - Despliegue del **Servicio Público Departamental de Autonomía (SPDA)**, por parte del Ministerio de Solidaridades y Familias.
  - **Nuevo marco de cooperación** entre la CNSA, Agencias Regionales de Salud y Consejos Departamentales

# Euskadi

- **Menor diversidad** de agentes que en el ámbito francés, lo que genera una menor complejidad: Servicios Sociales (locales y forales) + servicios de salud (autonómicos).
- Trayectoria de **más de 30 años** de acuerdos, estrategias y desarrollo normativo.
- Espacio de **confluencia para la búsqueda de estructuras formales** de coordinación, basado en el **respeto competencial** a las administraciones implicadas y desde el **reconocimiento de la diversidad territorial**.
- **Estrategia de Coordinación Sociosanitaria 2021-2024**: Gobernanza, Interoperabilidad, Prevención, Atención Sociosanitaria, I+D+i.
- **Decreto 150/2022**, de 7 de diciembre, de la gobernanza sociosanitaria de Euskadi.
- **Marco de financiación: Acuerdo Marco de Colaboración Financiera** para la atención sociosanitaria en Euskadi (Gobierno Vasco, Diputaciones Forales y Eudel, en representación de todos los municipios vascos) y **Convenios de Colaboración Financiera** (Departamento de Salud y Diputaciones Forales).

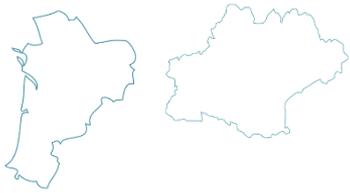
# Navarra

- Modelo pionero en España: **Plan Foral de Atención Sociosanitaria** en 2000.
- Encaje con estrategias sectoriales, como la *Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos (2013)* o la *Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria de Navarra (2019–2022)*.
- Desde 2018, impulso del Departamento de Derechos Sociales y Departamento de Salud con el **Modelo de Atención Integrada Sociosanitaria**. El Modelo busca reforzar y acercar los servicios sanitarios y sociales al entorno habitual de la persona, con el fin de que pueda permanecer en su hogar, previniendo la institucionalización y el ingreso hospitalario. Sus principales elementos son:
  - Intervención conjunta y simultánea de salud y de servicios sociales.
  - Diagnóstico Conjunto de Necesidades, Integral y Multidisciplinar.
  - Plan Integral e Individualizado de Atención.
  - Metodología de Gestión de Casos.
  - Formación y apoyo a las Personas Cuidadoras
- Implantación del Modelo a través del Proyecto de Atención Integrada Sociosanitaria (PAISS) en Tafalla (2018), Estella y Tudela (2021).

# Buenas Prácticas de Atención Sociosanitaria

## Nivel macro, meso y micro

	Nueva Aquitania/Occitania	Euskadi	Navarra	Total (N)
<b>MACRO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marco de financiación de los centros residenciales</li> <li>• Figura de Médico Coordinador en centros residenciales</li> <li>• Dispositivo de Apoyo a la Coordinación (DAC)</li> <li>• Programa PRADO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto de Gobernanza Sociosanitaria</li> <li>• Estrategia de Atención Sociosanitaria</li> <li>• Protocolo de colaboración y coordinación (Osakidetza, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y Diputación Foral de Álava)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de Atención Temprana de Navarra</li> </ul>	8
<b>MESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidades Profesionales Territoriales de Salud (CPTS)</li> <li>• Herramienta digital Paaco-Globule</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaintza HerriLab</li> <li>• Unidades residenciales sociosanitarias (URSS)</li> <li>• Centros Comarcales de Referencia</li> <li>• EtxeTIC – Servicio de Apoyo para la Permanencia en el Hogar</li> <li>• Etxean Bai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención farmacéutica en centros sociosanitarios</li> <li>• Proyecto de Atención Integral Social y Sanitaria (PAISS)</li> </ul>	9
<b>MICRO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Recursos integrado en centro residencial EHPAD</li> <li>• DomCare (Ayuda, Dependencia, Autonomía)</li> <li>• Reuniones Territoriales de Autonomía (RTA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto FRAGICare</li> <li>• Etxean Bizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera Gestora en Equipos de Soporte de Atención en Domicilio (ESAD)</li> <li>• Escuela de Cuidados</li> <li>• Proyecto Vivir Mejor en Casa</li> </ul>	8
<b>Total (N)</b>	9	10	6	25



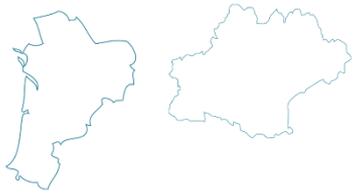
# Nueva Aquitania y Occitania

NIVEL MACRO

## Seguro de Salud en el marco de financiación de los centros residenciales para personas mayores dependientes (EHPAD)

El marco de financiación de los centros residenciales para personas mayores establece que una parte importante de esta financiación provenga del Departamento de Salud, de acuerdo con un sistema de triple tarificación (cuidados, salud, costes hoteleros). De este modo, los cuidados sanitarios en los centros residenciales para personas mayores dependientes están exentos de copago y son financiados íntegramente a través del Seguro de Salud.

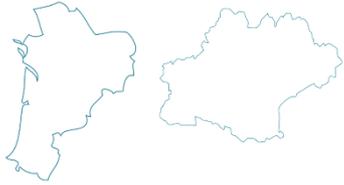
El sistema de salud abona directamente al centro una tarifa destinada a cubrir los costes derivados de la atención sanitaria en el mismo: desde la amortización del material médico, la prestación de servicios, la remuneración del personal de enfermería, médico o farmacéutico e incluso, en ocasiones, el establecimiento de una farmacia en el centro y el suministro de medicamentos.



## Médico coordinador en centros residenciales (EHPAD)

Figura con la que ha de contar cada centro residencial para personas mayores y al que se aplican unas ratios de atención mínimas. Es la figura por la que se articula, fundamentalmente, la atención sanitaria en residencias y la que les dota de una naturaleza “medicalizada”.

Sus funciones principales se refieren a la coordinación y la planificación de los servicios médicos que se prestan en el centro: elaboración y seguimiento del plan de cuidados del establecimiento, valoración médica de las personas residentes y gestión del equipo asistencial. Con formación especializada en geriatría o gerontología y/o en gestión de residencias para personas dependientes, esta figura garantiza la calidad de la atención médica general de los centros residenciales, pero no tiene capacidad de intervención ni de prescripción de medicamentos.



# Nueva Aquitania y Occitania

NIVEL MACRO

## Dispositivo de Apoyo a la Coordinación (DAC)

Dispositivo de apoyo para profesionales del ámbito sanitario, social y sociosanitario en la atención a personas con diversas dificultades y necesidades de salud complejas, incluidas las personas mayores.

Se articula como un único punto de interlocución y coordinación de los diversos sistemas de atención a las necesidades sociosanitarias de la población en cada territorio; esto es, aglutina en un único dispositivo a todos aquellos programas o itinerarios asistenciales de respuesta a las situaciones de necesidades múltiples y complejas, a modo de ventanilla única.





DANS CHAQUE TERRITOIRE, LE DAC EST  
LE REGROUPEMENT DE :

**CTA**  
Coordination territoriale  
d'appui (PAERPA)



**PTA**  
Plateformes territoriales d'appui

Dispositif d'appui  
à la coordination des  
parcours complexes

**DAC**



Réseaux de santé



**MAIA**  
Méthodes d'action pour  
l'intégration des services d'aide  
et de soins dans le champ  
de l'autonomie



**CLIC**  
Centres locaux  
d'information et  
de coordination

[www.solidarites-sante.gouv.fr/dac](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/dac)



SITUATIONS COMPLEXES ? UN INTERLOCUTEUR UNIQUE : LE DAC

Qui sollicite le DAC ...

En priorité, les acteurs de  
l'accompagnement  
(professionnels de santé,  
sociaux et médico-sociaux...)

OU  
les personnes  
(adultes, patients,  
usagers...)

... et dans quelles  
situations ?

Par exemple :  
les personnes âgées  
les personnes en situation  
de handicap  
les personnes atteintes  
de maladies chroniques  
...



Pour ces situations  
complexes, le DAC :  
informe, oriente,  
accompagne...

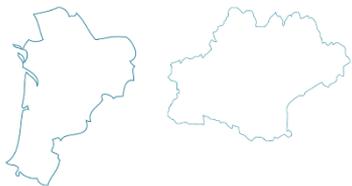
... vers un parcours  
de santé et de vie  
coordonné entre  
différents professionnels

professionnels  
médico-sociaux

professionnels  
sociaux

professionnels  
de santé

[www.solidarites-sante.gouv.fr/dac](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/dac)



# Nueva Aquitania y Occitania

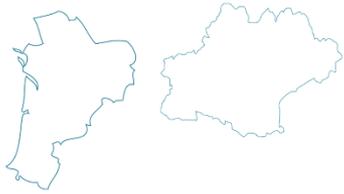
NIVEL MACRO

## PRADO: servicio de retorno al domicilio

PRADO es un servicio de acompañamiento para el retorno al domicilio tras un periodo de hospitalización, provisto por el Seguro de Enfermedad. Está dirigido, entre otras, a personas mayores de 75 años, independientemente del motivo del ingreso.

El servicio de acompañamiento busca preservar la calidad de vida y la autonomía de las personas usuarias, reducir la duración de las estancias hospitalarias, fortalecer la calidad de la atención y maximizar la eficiencia de los recursos hospitalarios. Para ello, el servicio planifica las primeras citas con el personal profesional pertinente tras el alta hospitalaria, evalúa si existe un riesgo de aislamiento o fragilidad en pacientes crónicos y facilita una visita de personal de enfermería en el domicilio. Además, si fuera preciso, el servicio puede organizar un servicio de atención domiciliaria y de comidas a domicilio, en colaboración con los servicios sociales.





## Comunidades Profesionales Territoriales de Salud (CPTS)

Las CPTS son agrupaciones voluntarias territoriales de personal profesional sanitario, en colaboración con otros agentes involucrados en el ámbito de los cuidados, así como personal profesional sociosanitario y social. Se conforma como un dispositivo destinado a favorecer la coordinación de la actividad profesional y contribuir a una organización más eficaz de los itinerarios sanitarios y sociosanitarios de las personas atendidas.

Concretamente, los CPTS persiguen: a) mejorar el acceso a la atención (en particular el acceso al médico de cabecera y a la atención urgente); b) organizar itinerarios multiprofesionales en torno al paciente; c) desarrollar acciones territoriales de prevención; d) mejorar la calidad y la eficiencia de los cuidados; e) proporcionar un acompañamiento a los y las profesionales sanitarios en el territorio; y f) participar en la respuesta a crisis sanitarias.





## Herramienta digital Paaco-Globule

Paaco-Globule es una herramienta digital de coordinación dirigida a personal profesional del ámbito sanitario, social y socio-sanitario a nivel regional. Busca ofrecer una respuesta integral a pacientes crónicos y a aquellos que presentan necesidades de salud complejas, facilitando, para ello, la coordinación y la comunicación entre todo el personal profesional involucrado. Se trata de una herramienta financiado por l'ARS, con aplicaciones regionales específicas.

La herramienta cumple una serie de funciones esenciales de coordinación, entre ellas:

- la planificación, seguimiento y coordinación de los itinerarios sanitarios;
- el acceso a un expediente del paciente compartido;
- la comunicación con el paciente a través de medios electrónicos y telefónicos;
- la comunicación con el equipo de atención;
- la elaboración del Plan Personalizado de Coordinación Sanitaria (PPCS);
- la monitorización de tratamientos;
- la organización y seguimiento de la actividad de dispositivos de coordinación regionales.





# Nueva Aquitania

NIVEL MICRO

## Centro de Recursos integrado en el Centro residencial para personas mayores dependientes (EHPAD) Grand Bon Pasteur

Recurso específico dentro de un centro residencial dirigido a prevenir riesgos relacionados con el envejecimiento y, más concretamente, con el aislamiento social de las personas mayores residentes en el barrio. Tiene por objetivo la detección de situaciones de riesgo y la prevención a través de una oferta de actividades y talleres (arte terapia, teatro, gimnasia) destinada a mantener una vida social activa y retrasar el deterioro cognitivo.



### DomCare Ayuda, Dependencia, Autonomía (Aidance Dependance Autonomie)

Dispositivo de apoyo para la vuelta al domicilio tras una urgencia sanitaria nocturna. Su principal objetivo es de garantizar el retorno seguro al domicilio y la continuidad del cuidado en los días posteriores al accidente.

Para ello, se establecen equipos conformados por personal de enfermería y personal cuidador o de asistencia que atienden llamadas de emergencia, organizan un retorno seguro al domicilio y establecen un Plan de Cuidados. A la mañana siguiente, el equipo informa al personal sanitario correspondiente, garantizando la continuidad de la atención y estableciendo un relevo de cuidados.





# Occitania

NIVEL MICRO

## Reuniones Territoriales para la Autonomía (RTA)

Dispositivo de coordinación basado en reuniones periódicas territoriales entre profesionales del ámbito de la atención a personas mayores en situación de dependencia. El objetivo principal es el de crear y desarrollar mecanismos de coordinación para armonizar los procesos de trabajo y facilitar el acompañamiento sociosanitario a personas mayores. Desde una perspectiva pluridisciplinar, las RTA favorecen el intercambio de información, el reparto del trabajo (evitando duplicidades y paliando posibles vacíos) y la actualización y difusión de información relevante entre el personal profesional.





# Euskadi

NIVEL MACRO

## Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi (2021-2024)

La Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 plantea el marco estratégico de actuación en materia de atención sociosanitaria en Euskadi en la legislatura que ya acaba. Establece las bases para continuar la articulación de la atención sociosanitaria en Euskadi de acuerdo con un modelo de coordinación de los sistemas de servicios sociales y de salud. Para ello, realiza un planteamiento ordenado de proyectos clave que pretenden dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de atención sociosanitaria de la ciudadanía vasca, en particular, de los colectivos diana.

Articula sus medidas en cinco áreas de actuación:

- Gobernanza sociosanitaria
- Interoperabilidad sociosanitaria
- Prevención sociosanitaria
- Atención Sociosanitaria
- I+D+i Sociosanitaria



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO



## Decreto de Gobernanza Sociosanitaria

El Decreto 150/2022, de 7 de diciembre, de la gobernanza sociosanitaria de Euskadi, formaliza estructural y funcionalmente las relaciones profesionales, organizativas e interinstitucionales que componen el ámbito de la cooperación y la coordinación sociosanitaria en el territorio. El Decreto establece dos elementos organizativos básicos (los **Órganos Consultivos y de participación** y las **Figuras de Coordinación**) que se despliegan a nivel macro (de planificación y ordenación), a nivel meso (de gestión organizativa) y a nivel micro (de gestión asistencial).

Entre los **Órganos consultivos** se encuentran: el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria; los Consejos Sociosanitarios Territoriales; las Comisiones Sociosanitarias Territoriales; las Comisiones Sociosanitarias Comarcales; los Equipos de Valoración de Atención Temprana; y la Atención Primaria Sociosanitaria.

Las **figuras de coordinación** son: la Coordinación Sociosanitaria Autonómica; la Comisión Técnica Permanente; la Coordinación Sociosanitaria Territorial; las y los Referentes Sociosanitarios





Euskadi  
Álava

NIVEL MACRO

## Protocolo de colaboración y coordinación entre la OSI Araba de Osakidetza, el Departamento de Políticas Sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava



**Osakidetza**



El objetivo de este protocolo es facilitar la comunicación y la cooperación entre los equipos de Servicios Sociales y de Salud que se dedican al cuidado de personas que requieren atención tanto sanitaria como social de manera simultánea y coordinada. Además de fortalecer y agilizar la comunicación y coordinación de casos, también establece la colaboración de cara al diseño, implementación y evaluación de programas y proyectos de intervención conjunta, y el intercambio de información entre las entidades y profesionales de los dos ámbitos, fomentando la formación conjunta de los equipos de trabajo de los sistemas de salud y de los servicios sociales.

**araba**  **álava**  
foru aldundia diputación foral



# Euskadi

NIVEL MESO

## Unidades Residenciales Sociosanitarias (URSS)

Las URSS son dispositivos residenciales de carácter temporal que ofrecen una atención integral y continua a personas con necesidades intensas de cuidados sociales y sanitarios, en un espacio de transición entre la hospitalización sanitaria y la atención residencial social o el domicilio habitual. Se configuran como plazas específicas en unidades especializadas y se dirigen a personas con necesidades de atención sociosanitaria que no son susceptibles de hospitalización, como personas dependientes en periodo de convalecencia o enfermedad infecciosa, personas al final de la vida, o personas de difícil mantenimiento en el domicilio o residencias por trastornos de conducta.

En la actualidad, existen un total de 336 plazas en URSS, repartidas en 8 centros sociosanitarios del territorio: 4 centros en Bizkaia (con un total de 163 plazas), tres en Gipuzkoa (148 plazas) y uno en Álava (25 plazas).



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO



Euskadi  
Gipuzkoa

NIVEL MESO

## Zaintza HerriLab

Iniciativa liderada por la Diputación Foral de Gipuzkoa para impulsar el desarrollo de ecosistemas locales de cuidados destinados a mejorar la atención y el cuidado de las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia que residen en su domicilio.

Bajo esta estrategia pionera, diversos municipios de Gipuzkoa impulsan ecosistemas locales de cuidados en los que se integra a nivel local, desde las necesidades de las personas usuarias y del municipio, los servicios de salud, los servicios sociales y los servicios comunitarios, conectando la iniciativa social y la iniciativa privada en el diseño y gestión personalizada de itinerarios de atención y cuidados.



Euskadi  
Bizkaia

NIVEL MESO

## Centros Comarcales de Referencia

La Diputación Foral de Bizkaia prevé poner en marcha cuatro equipos comarcales de referencia como soporte a la red residencial organizada en unidades de convivencia. Los equipos restarán servicios sociosanitarios especializados de apoyo a través de un equipo multidisciplinar, con procedimientos comunes, recursos especializados e interlocución preferente con el sistema de salud para velar por la coordinación entre los dos sistemas en el desarrollo de los procesos asistenciales.

El pilotaje de estos centros está realizándose en el centro Birjinetxe como unidad sociosanitaria con un equipo específico de apoyo a centros residenciales de Bilbao, con la participación del Hospital de Santa Marina y OSI BilbaoBasurto. El proyecto se extenderá con la creación de equipos en Enkarterri-Ezkerraldea, Uribe y Barrualdea.



Euskadi  
Bizkaia

NIVEL MESO

## EtxeTIC – Servicio de Apoyo para la Permanencia en el Hogar

Servicio innovador de apoyo para la permanencia en el hogar de carácter preventivo. El servicio busca mejorar la calidad vida de las personas en situación de dependencia y sus personas cuidadoras, favorecer la corresponsabilidad en los cuidados, reducir la sobrecarga de las personas cuidadoras y evitar o retrasar el ingreso en una residencia de aquellas personas que deseen permanecer en su hogar.

Para ello, se configura como un servicio gratuito articulado desde un centro de servicios sociales de carácter comunitario, combinando apoyos relacionales y tecnológicos.



Euskadi  
Álava

NIVEL MESO

## Etxean Bai

Servicio innovador de apoyo para la permanencia en el hogar de carácter preventivo. El servicio busca mejorar la calidad vida de las personas en situación de dependencia y sus personas cuidadoras, favorecer la corresponsabilidad en los cuidados, reducir la sobrecarga de las personas cuidadoras y evitar o retrasar el ingreso en una residencia de aquellas personas que deseen permanecer en su hogar.

Para ello, se configura como un servicio gratuito articulado desde un centro de servicios sociales de carácter comunitario, combinando apoyos relacionales y tecnológicos.



Euskadi  
Bizkaia

NIVEL MICRO

## Proyecto FRAGICare

Plataforma tecnológica de gestión de la fragilidad funcional de personas mayores de 70 años. Se conforma como un proyecto piloto de innovación, enfocado en detectar a las personas frágiles o pre-frágiles, prescribir de una manera fácil y segura actividades y conseguir estilos de vida saludable.

Esta aplicación posibilita a los sistemas social y sanitario la realización de un seguimiento diario, regular y mantenido en el tiempo de los pacientes a través de la observación de la evolución de sus parámetros y facilita la adherencia al tratamiento a través de ejercicios personalizados online.





Euskadi  
Gipuzkoa

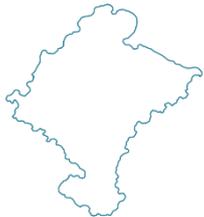
NIVEL MICRO

## Etxean Bizi

Este proyecto, desarrollado entre 2017 y 2019, buscaba reformular el modelo de apoyos y atenciones a las personas en situación de fragilidad y/o dependencia que desearan seguir viviendo en su entorno, a través del desarrollo de una de atención integral en el domicilio. El objetivo del proyecto era el de identificar un modelo sostenible de atención sociosanitaria integrada y centrada en las personas que residían en sus domicilios, desde la coordinación de aquellos servicios y apoyos necesarios para obtener la mejor calidad de vida de estas personas y su entorno familiar.

El proyecto cuenta con una evaluación cuantitativa rigurosa con la que se valora la efectividad y eficacia de las metodologías innovadoras de intervención y coordinación, como la gestión de casos.

matia  
instituto



Navarra

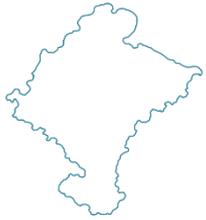
NIVEL MACRO

## Red de Atención Temprana de Navarra

La Red de Atención Temprana en la Comunidad Foral de Navarra promueva la actuación integral de los órganos de la Administración Pública, fortaleciendo y articulando el espacio común de corresponsabilidad, estableciendo mecanismos organizativos y funcionales que lo hagan posible, evitando actuaciones parceladas o disfunciones, garantizando la calidad, eficacia y eficiencia en materia de atención temprana.



**Nafarroako Gobernua**  
**Gobierno de Navarra**



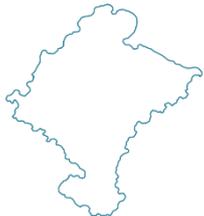
# Navarra

NIVEL MESO

## Grupo de trabajo de atención farmacéutica en centros sociosanitarios en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra

Grupo de trabajo interdisciplinar formado por personal médico, farmacéutico y de enfermería de centros sociosanitarios y creado con el objetivo de mejorar la atención farmacéutica en centros sociosanitarios desde el ámbito sociosanitario y por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Entre las principales funciones del Grupo se encuentran la unificación de criterios en el funcionamiento de los servicios de farmacia y la atención farmacéutica dispensada en los centros sociosanitarios y el análisis e intercambio de información sobre propuestas y programas dirigidos a mejorar el funcionamiento y la coordinación de los servicios de farmacia desde el ámbito sociosanitario.



Navarra

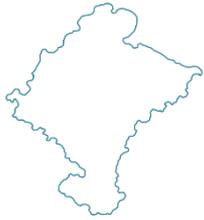
NIVEL MESO

## Proyecto de Atención Integrada Social y Sanitaria (PAISS)

Proyecto piloto, implementado en la comarca de Tafalla en 2018, y actualmente extendido a las áreas de Tudela y Estella, para garantizar la continuidad de cuidados de personas con altas necesidades sanitarias y sociales, desde el modelo de atención centrada en la persona. A partir de una metodología común y coordinada entre profesionales sanitarios y de servicios sociales se desarrollan actividades para la prevención, la educación, los autocuidados y la rehabilitación. El objetivo principal es que aquellas personas que lo deseen puedan permanecer en su hogar durante el mayor tiempo posible, previniendo así la institucionalización y la necesidad de constantes ingresos hospitalarios.



**Nafarroako Gobernua**  
**Gobierno de Navarra**



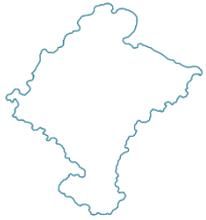
Navarra

NIVEL MICRO

## Enfermera Gestora en ESAD (Equipos de Soporte de Atención en Domicilio) del Hospital San Juan de Dios de Pamplona

Figura de Coordinación introducida en los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria para la asistencia paliativa en el domicilio, con el objetivo de gestionar y liderar equipos multi e interdisciplinarios, maximizando recursos, potenciando el trabajo en equipo y mejorando los indicadores de actividad y de calidad.





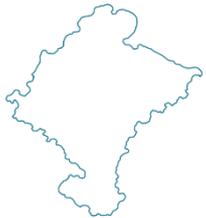
# Navarra

NIVEL MICRO

## Escuela de Cuidados

La Escuela de Cuidados es un proyecto enmarcado dentro de la Escuela de Salud que se coordina desde la Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las Políticas del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Su función es la de complementar las acciones que se vienen realizando desde los centros sanitarios, los servicios sociales y las asociaciones de pacientes y familiares, a través de talleres participativos en los que se trabajan diversas dimensiones de los cuidados y dirigidos a personas cuidadoras del ámbito informal.





Navarra

NIVEL MICRO

## Vivir Mejor en Casa

Proyecto piloto de desinstitucionalización y permanencia en el domicilio de personas mayores, impulsado por Lares y Pilares en el marco de una convocatoria del Ministerio de Derechos Sociales, que contempla actuaciones coordinadas entre autoridades e instituciones autonómicas y locales de los ámbitos de la sanidad y los servicios sociales. El principal objetivo es el de fomentar una atención domiciliaria de calidad e incrementar la calidad de vida de las personas mayores con dependencia.



**VIVIR MEJOR**  
en casa

**Eskerrik asko**