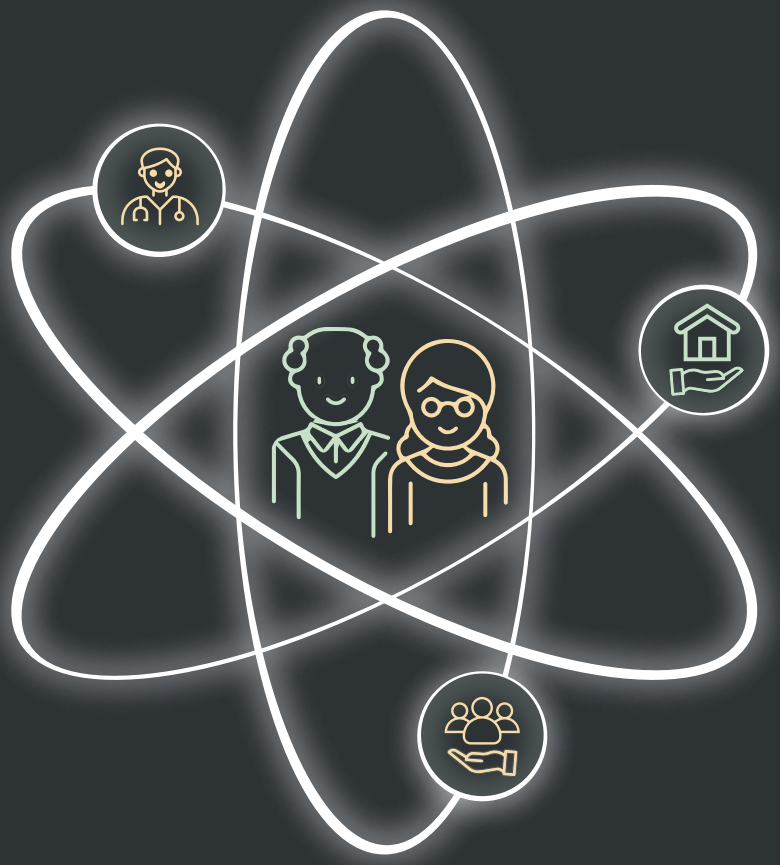
IX CONGRESO INTERNACIONAL DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA

Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

6 - 7 de Nov de 2023. Barcelona

#EdadyVida2023



RESÚMENES Y CONCLUSIONES

Fundación Edad&Vida

ÍNDICE

Conclusiones generales del congreso

Conclusiones de la sesión inaugural y de los cuatro módulos principales 4

Conclusiones de las sesiones paralelas 7

Conclusión final 9

Módulos

Módulo 1: atención integrada sanitaria y social: mirando y reflexionando hacia modelos de transformación de referencia 10

Módulo 2: la experiencia del mayor en el ámbito domiciliario 13

Módulo 3: fragilidad y vulnerabilidad en personas mayores: una visión multidisciplinar 15

Módulo 4: el impulso de la gestión integrada a través de la financiación y sistemas de pago 17

Sesiones paralelas

Abordaje integrado en la soledad y los nuevos retos del envejecimiento en contexto comunitario y asistencial 20

Creación de comunidades para un envejecimiento saludable y satisfactorio 22

Disfagia: problemática y abordaje social y sanitario 25

Experiencias innovadoras en prevención de problemas de salud y promoción del envejecimiento saludable 28

Experiencias de éxito y retos en la coordinación sociosanitaria 30

Costes de los cuidados y papel del sector asegurador 33

Vacunación en el adulto mayor y promoción del envejecimiento saludable 35

Cuidado del paciente crónico en post-pandemia y en el futuro 37

Innovación en la intervención de servicios en el domicilio 39

Gestión de las necesidades sociosanitarias en el entorno privado 42

Prevención de la dependencia en andorra: integración social y sanitaria a través de icope 45

Innovaciones tecnológicas para responder a las necesidades integrales asociadas al envejecimiento 48

Comité 52

Ponentes 55

Fundación Edad&Vida

CONCLUSIONES DE LA SESIÓN INAUGURAL Y DE LOS CUATRO MÓDULOS PRINCIPALES

Josep María Via i Redons

1) Después de nueve ediciones del Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida, el análisis de la evolución de los contenidos y relatos de los mismos, revela, en España, una progresión importante -más en la toma de conciencia y de realización de pruebas piloto, que en el terreno de la aplicación generalizada- de la atención integrada social y sanitaria.

2) Todos los expertos y todos los colectivos profesionales implicados coinciden en que hay un determinado porcentaje de personas, por supuesto no mayoritario, que acumulan una mayor carga de necesidades de atención social y sanitaria.

3) Sin embargo, queda mucho recorrido en materia de adecuación de los recursos asistenciales, sanitarios y sociales, a la realidad demográfica, la morbilidad y la dependencia de la población.

4) Los modelos integrados e integrales de atención, deben aproximarse al lugar donde el paciente quiere estar, tendiendo a evitar contextos asistenciales inhóspitos. En este sentido, la atención domiciliaria y la promoción de alternativas a la hospitalización (idealmente basadas en planteamientos de atención intermedia) debieran constituir el núcleo de la necesaria transformación.

5) En nuestro país, a menudo, cuando hablamos de alternativas a la hospitalización, se piensa, fundamentalmente, en residencias. Y se olvida que estos centros no son recursos sanitarios. Son recursos sociales substitutivos del hogar.

6) El uso indistinto de los términos "residencia" o "centro sociosanitario", para referirse a los recursos residenciales -con la atención sanitaria no siempre adecuada a las necesidades de los residentes y mucho menos integrada- es sintomático de la confusión conceptual, que se traduce en la inexistencia de una verdadera red asistencial sociosanitaria integrada.

7) En las residencias, encontramos cada vez más, personas de 80 años y más, con pluripatología (muchos de ellos enfermos crónicos complejos) y altos grados de dependencia. Teóricamente el personal de los centros de salud correspondientes, debería prestar atención "domiciliaria" en el domicilio residencial. En la práctica, hay gran variabilidad entre territorios, sin que la integración socio(residencia)-sanitaria (centro de salud), sea predominante.

8) Solamente en Cataluña existen, además de residencias, centros sociosanitarios o de cuidados intermedios. Sin embargo, las elevadas tasas de hospitalización -y de hospitalización inadecuada y no pertinente- de mayores de 65 años, nos indican la insuficiencia de dichos recursos.

9) Se recomienda afrontar una reconversión de camas de hospitales de agudos en plazas de hospitales de cuidados intermedios, con servicios sanitarios y sociales integrados.

10) La priorización de la inversión en investigación, particularmente en investigación clínica y biomédica, es el camino para continuar alargando, además de la esperanza de vida, la esperanza de vida con buena salud, reduciendo así la morbilidad -o sus efectos más incapacitantes- y la dependencia y la necesidad de recursos para atenderla.

11) Cuidar es un valor. Todos tenemos la obligación de cuidar y el derecho a ser cuidados. La responsabilidad de cuidar es tanto de las personas individuales, como de los poderes públicos.

12) El cuidado informal presenta unas limitaciones, a partir de las cuales hay que profesionalizar la atención a las persones.

13) Es necesario continuar avanzando en el ámbito de la formación en materia de cuidados profesionales.

14) La ética del cuidar es un pilar indispensable en la formación de los cuidadores domiciliarios. Los principios de autonomía, de veracidad, de justicia, de confidencialidad y de no maleficencia, constituyen las bases de una práctica del cuidado de calidad.

15) Cómo en ediciones anteriores del Congreso, las experiencias internacionales analizadas (en este caso Finlandia, Inglaterra y Flandes), han puesto de manifiesto una vez más, que el ámbito municipal tiene un papel central como punto de integración de la atención primaria de salud y los servicios sociales de base.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Conclusiones Generales

16) Las experiencias de algunos de los países mencionados (Inglaterra y Finlandia) ponen de manifiesto la importancia que tiene para la integración de servicios, el componente del presupuesto común y único entre diferentes proveedores y ámbitos (atención primaria de salud/atención hospitalaria/atención social municipal). La combinación de presupuestos de diferentes organizaciones para comprar servicios persiguiendo un objetivo común, tiene una denominación específica "pooling budgets".

17) Concretamente en Inglaterra, los Integrated Care Systems (ICS) gestionan de manera integrada recursos locales del National Health Service (NHS), de los gobiernos locales y de otros proveedores. Actualmente existen 42 ICS.

18) Con la disponibilidad de fondos compartidos, estas experiencias de integración de servicios sociales y sanitarios de ámbito territorial están avanzando, porque disponen de planes y recursos para actuar en personas y poblaciones vulnerables, de manera más efectiva que en los modelos fragmentados.

19) En Finlandia, como en Inglaterra, se está introduciendo algún modelo de contratación conjunta de servicios, integrada sanitaria y social. Lo que se denomina "joint commissioning".

20) Se introduce la modalidad de gestión del caso para la valoración y abordaje de personas en situación de complejidad. Algunos países han conceptualizado e implantado prácticas de valoración integral y plan de atención compartido, especialmente para las personas con necesidades complejas de atención sanitaria y social.

21) La gobernanza es un elemento clave en el diseño e implementación de modelos integrados sociosanitarios, con diferencias o matices en cuanto a su composición, ámbito territorial (regiones o comarcas) y funciones asignadas a estos órganos de gobernanza.

22) En los órganos de gobernanza, hay que contemplar la representación de los ciudadanos.

23) Los órganos de gobernanza tienen como elemento nuclear de su actividad, tanto a nivel corporativo como a nivel territorial, la elaboración de planes estratégicos y operativos.

24) En la mayoría de experiencias presentadas, destaca la implantación de instrumentos de evaluación y cuadros de mando en atención Integrada, social y sanitaria. Predominan, de todos modos, los indicadores de impacto esperado en utilización de servicios como hospitalizaciones potencialmente evitables ("potentially avoidable hospital admissions"), o retraso al alta ("delay of transfer"). Hay pocos indicadores sensibles o relacionados con el ámbito de los Servicios Sociales y muy pocas métricas de indicadores que recojan la experiencia de atención de las personas o entorno cuidador, lo que denominados "PREMs (mecanismos de medición de Experiencia Reportada por el Paciente).

25) Finlandia avanza en disponer de plataformas tecnológicas adecuadas para compartir información clínica y social. Inglaterra y Flandes, como otros países, refieren dificultades en el ámbito de protección de datos para conseguir compartir esta información.

26) El colectivo de personas con mayor carga de necesidad de atención social y sanitaria, se caracteriza por la complejidad y por concentrar un porcentaje significativo y destacado de los costes en servicios públicos sociales y de salud. En Finlandia, el 10% de los usuarios, consume el 80% del gasto total, sanitario y social.

27) La complejidad de las necesidades de estas personas viene dada por un cúmulo de problemáticas, que habitualmente interaccionan entre ellas y dificultan la capacidad de respuesta, en un contexto de incertidumbre e imprevisibilidad. Por ello, el éxito de la actuación de los profesionales y los servicios no es posible desde planteamientos fragmentados: sólo las miradas multidisciplinares tienen la oportunidad de responder a lo que estas personas –y sus cuidadores– necesitan.

28) A pesar de esta evidencia, los profesionales mantienen miradas específicas, con frecuencia dispares, que parten de sesgos denominativos, conceptuales, dialécticos y procedimentales característicos del colectivo al que pertenecen. Así, y como ejemplo simplificado, en el campo de la geriatría predomina el relato de la fragilidad, en el ámbito hospitalario el de la pluripatología, en los recursos comunitarios de salud se tiende a hablar de complejidad o en los servicios sociales la narrativa se centra en la vulnerabilidad.

29) Sin duda, estas ópticas tienen parte de razón al reivindicar su singularidad, pero en ningún caso se duda de que a) una gran parte de personas atendi-

das acaban siendo comunes y b) no hay otra opción que los modelos de atención colaborativos, que apliquen un mayor o menor grado de integración de los procesos asistenciales.

30) Esta visión debe abarcar colectivos de personas que habitualmente son infravalorados. Ejemplo paradigmático de ello es la complejidad relacionada con la patología mental o la vulnerabilidad en colectivos no geriátricos.

31) Transformar los modelos de atención a las personas con mayores necesidades comporta un trabajo complejo de cambio cultural de los grupos profesionales interpelados. Este cambio cultural sólo se consigue con un trabajo a largo plazo –hablamos de décadas- y una determinación perseverante e inequívoca, tanto desde las políticas top-down como desde de la promoción del talento y las iniciativas bottom-up.

32) En este proceso, es prioritario fortalecer y empoderar los servicios sociales. Las condiciones de pobreza, empleo, vivienda o soledad son grandes condicionantes de la salud y bienestar de las personas y, a pesar de ello, se sigue priorizando la respuesta sanitaria, más poderosa profesionalmente y, seguramente, más atractiva políticamente.

33) La colaboración entre el sector público y privado resulta indispensable para poder garantizar un cuidado de calidad a las personas en situación de vulnerabilidad, tanto en el presente como en el futuro.

34) La tecnología, bien utilizada, puede ser un instrumento eficaz para mejorar la práctica del cuidado y garantizar la calidad asistencial.

35) Es necesario superar el pensamiento dicotómico (tecnología sí, tecnología no) y afrontar el reto tecnológico, el cuidado con discernimiento. El artefacto no va a sustituir al cuidador, pero puede ser un complemento decisivo a su tarea y liberarle de funciones mecánicas que puede desarrollar con más precisión la máquina.

36) Es fundamental garantizar una extensión de la tecnología de los cuidados a toda la población vulnerable. Para ello, es necesario hacer pedagogía y superar la brecha digital/tecnológica.

37) Las licitaciones públicas deben contemplar el coste real de la asistencia y ofrecer unos contratos que no estimulen la precariedad laboral y la inestabilidad; y estimulen la innovación con corresponsabilidad.

38) Resulta imprescindible auditar éticamente las organizaciones de cuidado y combatir cualquier forma de maltrato o de abandono a las personas de grupos vulnerables.

39) La implementación de sensores en el domicilio puede ser un método preventivo, pero requiere del consentimiento del usuario que, en muchas circunstancias, no quiere conceder.

40) El cuidado de personas en situación de vulnerabilidad debe evitar la caída en el paternalismo, en el despotismo y en el edadismo. Se deben respetar las decisiones libres y responsables de la persona en situación de vulnerabilidad y ayudarla a desarrollar su proyecto vital.

41) Para el paciente es fundamental recibir una atención de calidad, cercana, humana, centrada en sus preferencias, que construya un vínculo y que evite la soledad no deseada.

42) Los cambios en el sistema de pago a proveedores pueden reducir la fragmentación, causa mayor de atención inadecuada e innecesaria, costosa y que no considera suficientemente las perspectivas de los pacientes.

43) Pagar de forma diferente a diferentes proveedores no incentiva la colaboración profesional y la coordinación de la atención, y pueden llegar a suponer barreras a la integración.

44) La mayor parte de sistemas de pago para la atención integrada son específicos de sector y enfermedad.

45) Financiar modelos de atención integrada por valor requiere reconocer y analizar la eficiencia/equidad de los distintos subsistemas, que presentan claros vasos comunicantes.

46) Los esquemas de pago por valor presentan resultados diversos, son muy contextuales y dependientes de detalles en su implementación.

47) Hasta el momento, a pesar de la retórica de la importancia de los nuevos mecanismos de pago para implementar la atención integrada, la implantación es escasa.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Conclusiones Generales

48) Resulta necesario explorar espacios de experimentación y evaluación

49) Los sistemas de pago tradicionales (como los que se aplican en España) no crean necesariamente incentivos a la atención integrada y los sistemas alternativos se están introduciendo sin una definición uniforme.

50) En España, en el sector residencial se paga por día de estancia, en general sin incentivos por objetivos.

51) La variabilidad de las tarifas residenciales -según datos de 2023, el monto por residente y día, va desde 112,98€en Guipúzcoa hasta los 43€en Asturias, con una media de 68,84€para el conjunto de las CCAA- es -incluso aceptando destinos niveles de riqueza y costos relativos por territorios- excesiva y puede actuar como limitante de la actualización de sistemas i de la innovación.

52) En Cataluña, el sistema de pago a los centros de cuidados intermedios, formalmente, se basa en el pago de una parte fija (la mayor parte) de estancias (pactando el número de estancias y de altas), programas y visitas y el pago del 5% por objetivos. Sin embargo…

53) Se incentiva la actividad (dentro de los parámetros pactados) pero no su valor.

54) Las tarifas de la actividad están por debajo de costes y las instituciones sanitarias necesitan programas y ayudas complementarias. La categorización de los episodios según la clasificación RUG III no aproxima la facturación a la realidad de los costes de los pacientes ingresados.

55) No hay incentivos específicos para la integración y transformación digital

CONCLUSIONES DE LAS SESIONES PARALELAS

Josep María Via i Redons

56) Se identifican retos importantes para el abordaje de la longevidad. En primer lugar, es esencial crear una red de cuidados comunitarios teniendo en cuenta todos los recursos profesionales y no profesionales, para paliar la soledad, ya que vivimos en una "sociedad aislante". Además, se destaca la transformación de los recursos asistenciales hacia un modelo más comunitario y participativo, la disponibilidad de profesionales adecuadamente formados y motivados, el posible enfrentamiento intergeneracional, la búsqueda del sentido a vidas cada vez más largas. Finalmente, se subraya la necesidad de vivir una buena vida para tener un buen final de vida. [Sesión Paralela: Abordaje integrado en la soledad y los nuevos retos del envejecimiento en contexto comunitario y asistencial]

57) La creación de comunidades saludables sustentadas en los principios de promoción de la actividad física (donde caminar sea una prioridad con la naturaleza, conviviendo en el espacio urbano), de familiaridad, identidad, elegibilidad, inclusión (fomentando la interacción entre personas y generaciones), confort, estimulación positiva y seguridad, retrasa y enlentece la aparición de procesos patológicos. Se trata de comunidades formadas por personas con diversos niveles de dependencia y deterioro cognitivo, pudiendo comprender tanto a adultos mayores activos que envejecen saludablemente, como personas de cualquier franja etaria. [Sesión Paralela: Creación de comunidades para un envejecimiento saludable y satisfactorio]

58) Los problemas de masticación, deglución y/o disfagia no siempre se detectan adecuadamente, lo que conlleva el aumento el porcentaje de personas con problemas nutricionales. Por ello, es importante establecer programas adecuados de identificación de estas problemáticas, así como promover programas de nutrición y alimentación adecuadas para las personas mayores, con la finalidad de reducir el porcentaje de mayores en esta situación de desnutrición (hasta el 40% en algunos estudios) y deshidratación (hasta el 75% en determinadas poblaciones). [Sesión Paralela: Disfagia: problemática y abordaje social y sanitario]

59) Los adultos mayores se pueden beneficiar de múltiples estrategias de promoción y prevención de la salud. El 80% de los determinantes de salud se encuentran fuera del sistema sanitario. Es necesario, en primer lugar, adaptar las intervenciones a las necesidades y recursos de cada territorio, haciendo fáciles y accesibles

las opciones saludables desde una perspectiva de equidad. En segundo lugar, es necesaria la participación activa de las personas mayores en el establecimiento de prioridades y en todas las fases del diseño de las acciones e intervenciones para garantizar la aceptación de las estrategias de prevención y promoción de la salud. Finalmente, se deben implantar soluciones innovadoras de valoración, intervención y predicción de trayectorias de salud personalizadas y basadas en la amplia evidencia científica disponible. [Sesión Paralela: Experiencias innovadoras en prevención de problemas de salud y promoción del envejecimiento saludable]

60) Uno de los principales retos de la coordinación sociosanitaria es promover la conexión de los sistemas de información sanitaria ya que favorecerá la continuidad asistencial. De esta forma, el uso de los mismos sistemas de información es fundamental para esta coordinación (al desarrollar un lenguaje común entre profesionales, al permitir un modelo de atención compartido y coordinado, por la eficiencia y el potencial de explotación de datos). Por otro lado, es necesario avanzar en una cultura de colaboración ente diferentes organizaciones, operativizando el modelo de relación, y especialmente en las zonas rurales con poca población. [Sesión Paralela: Experiencias de éxito y retos en la coordinación sociosanitaria]

61) El incremento de la longevidad, además de aportar un aumento de los años de vida, conlleva la necesidad de planificar los gastos económicos para esos años. En esta planificación es importante prever no sólo los costes que se tendrán en el día a día, sino el impacto que puede tener un evento inesperado como una enfermedad crónica o una situación de dependencia. Actualmente, existen en el mercado diferentes productos para asegurar la dependencia, pero son productos con poca penetración o directamente desconocidos por la población general. Las compañías aseguradoras tienen el reto de desarrollar soluciones que cubran periodos más largos, que acompañen al cliente en los momentos difíciles de la dependencia (tramitaciones, adaptaciones de vivienda) y, sobre todo, que incidan en la prevención y en la promoción de hábitos saludables que ayuden a retardar la aparición de la dependencia y sus consecuencias. La colaboración público-privada en el desarrollo de estas soluciones, añadiría robustez al modelo. [Sesión Paralela: Costes de los cuidados y papel del sector asegurador]

62) La salud de la población está claramente relacionada con términos como ganancia (de calidad de vida, de rentabilidad y generación de riqueza económica) y valor (en el sentido de poder cumplir sueños a nivel individual pero también de aportación a la sociedad). Las vacunas cumplen un papel central en la prevención de problemas de salud y promoción de una vida saludable. El calendario de vacunación para toda la vida, incluyendo la vacunación del adulto mayor, sirve conseguir el objetivo de envejecer con los mayores niveles de salud, bienestar y calidad de vida posible. [Sesión Paralela: Vacunación en el adulto mayor y promoción del envejecimiento saludable]

63) Tras la pandemia se ha observado un verdadero proceso de transformación de los modelos de atención social y sanitario que viene impulsado, en muchas ocasiones, por procesos de liderazgo "desde abajo". También, se observa, en algunas experiencias de éxito que parte desde la iniciativa de los profesionales de base, una visión compartida entre ambos sectores en relación a la conceptualización de las necesidades de las personas, al interés por su vivencia personal como receptores de esos cuidados, a la implicación de la persona y de sus familiares y entorno afectivo en el proceso de atención y a la necesidad de desarrollar soluciones de prestación de cuidados y apoyos claros, coordinadas y resolutivas. [Sesión Paralela: Cuidado del paciente crónico en postpandemia y en el futuro]

64) El domicilio debe ser un eje clave de la intervención sociosanitaria, para lo que se debe transformar los marcos clásicos de las carteras de servicios hacia la intervención transversal en el domicilio. Además, estos enfoques deben responder a las necesidades territoriales, estar enfocados en la prevención de problemas sociales y sanitarios, con mayor empoderamiento del usuario y del profesional. Finalmente, se debe aprovechar los servicios que ya tienen una amplia penetración en los domicilios y que han demostrado su eficacia (como, por ejemplo, la teleasistencia) aumentado sus recursos y visibilidad. [Sesión Paralela: Innovación en la Intervención de Servicios en el Domicilio]

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Conclusiones Generales

65) En el diseño de un sistema de atención sociosanitario eficiente y eficaz es fundamental desarrollar respuestas coordinadas entre las entidades públicas y las privadas. El actual sistema presenta una serie de complejidades de coordinación a las que se le suman las derivadas de la titularidad, pública o privada, de los servicios que recibe una persona. Es preciso diseñar mecanismos de coordinación que resuelvan la complejidad en la gestión y coordinación de estos servicios (tanto en la gestión del servicio social como del sanitario, coordinación entre profesionales y con la persona beneficiaria). Todo ello con el objetivo de prestar unos servicios eficaces y eficientes que permitan optimizar el sistema global de atención integrada social y sanitaria. [Sesión Paralela: Gestión de las necesidades sociosanitarias en el entorno privado]

66) El modelo andorrano de coordinación sociosanitaria se basa en la estrecha colaboración de los profesionales sanitarios y sociales mediante el desarrollo de experiencias y prácticas que permiten un abordaje e intervención integral de las necesidades de las personas mayores de manera coordinada. Además, se impulsó un proceso de participación, tanto de los profesionales de los ámbitos social y sanitario como de las propias personas mayores en el desarrollo del Plan Nacional Sociosanitario. Todo ello bajo el enfoque del instrumento ICOPE (Integrative Care for Older People de la OMS) que persigue la consolidación a nivel mundial del modelo de atención integral sociosanitaria y centrada en la persona. [Sesión Paralela: Prevención de la Dependencia en Andorra: Integración Social y Sanitaria a través de ICOPE]

67) La tecnología puede servir para dar respuesta a las necesidades derivadas de una población cada vez más envejecida mediante la generación de servicios proactivos y centrados en la persona, favoreciendo además la permanencia de la persona en su domicilio el mayor tiempo posible. Estos servicios deben siempre regirse por principios como la humanización, la ética, la accesibilidad o la equidad y teniendo siempre en cuenta las 6Ps: proactividad, personalización, profesionalidad, predicción, población y participación. [Sesión Paralela: Innovaciones tecnológicas para responder a las necesidades integrales asociadas al envejecimiento]

CONCLUSIÓN FINAL

Josep María Via i Redons

68) Entre los ponentes y los asistentes al Congreso el consenso ha sido alto a la hora de constatar el interés creciente por los temas tratados. La hipótesis explicativa es que la envergadura creciente que adquiere la cronicidad y la dependencia en los mayores supera la capacidad de adaptar el sistema social y sanitario a esta nueva realidad, a un ritmo satisfactorio. Ello lleva a seguir estudiando, investigando y debatiendo, con el fin de recuperar terreno en el mencionado desfase entre "problema" y solución.

Módulo 1: Atención Integrada sanitaria y social: mirando y reflexionando hacia modelos de transformación de referencia

Presidente de la sesión:

David Velasco Mata. *Director del Departamento de Personas Mayores de Fundació "la Caixa"*

Moderador:

Joan Carles Contel. *Dirección General de Planificación e Investigación en Salud Departamento de Salud de Catalunya*

Ponencias:

- Asistencia integrada en Finlandia: transformación en curso de la gobernanza, la financiación y la estructura de servicios
  Linda Soikkeli. *Especialista superior, Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad de Finlandia*
- Integrated Care Systems in England – Joining up Services to Improve population health
  Samantha Boyd. *Directora Adjunta de Prestación de Servicios, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (Reino Unido)*
- Creando una Agencia de Atención sanitaria y social: el modelo de Flandes
  Tom De Boeck. *Jefe de la Sección de Atención Especializada y Atención Primaria, Agencia de Atención y Salud (Bélgica)*

Asistencia integrada en Finlandia: transformación en curso de gobernanza, financiación y estructura de Servicios

Linda Soikkeli

Finlandia ha experimentado una gran transformación de la asistencia sanitaria y social sanitaria y social. La premisa de la reforma era la integración. De ahí que el 1.1.2023 los recién creados comarcas de servicios de bienestar responsables de la organización de todos los servicios sanitarios, sociales y de servicios de rescate. Tener un único organizador para todos estos servicios permite la integración operativa, la innovación y reformas audaces. La reforma hizo que los líderes de los servicios democráticamente elegidos de los servicios comarcas para asignar mejor ja combinar recursos entre atención social y sanitaria social y sanitaria, así como transferir atención especializada a la atención primaria.

A continuación Finlandia transformará la estructura de sus servicios sanitarios y sociales. La próxima reforma de los servicios radicalmente la red de servicios y la prestación de servicios diversificando diversificando los canales de servicio la digitalización. De nuevo, la integración es clave, pero ahora la transformación se produce más cerca del paciente. El objetivo es acelerar en el futuro la innovación que impulsa Resúmenes y Conclusiones Módulo 1 la integración, la continuidad asistencial, la equidad y el valor dentro del sistema de servicios. El futuro sistema asistencial va más allá de los servicios servicios sociales y sanitarios, a la vida cotidiana. El bienestar, la salud y la seguridad de la sociedad mediante un enfoque intersectorial. Los limitados recursos sociales y sanitarios de recursos sociales y sanitarios pueden aprovecharse mejor cuando todos los recursos de la sociedad y la comunidad.

Sistemas Integrados de Atención en Inglaterra servicios para mejorar la salud de la población

Samantha Boyd

La integración de la asistencia sanitaria y social hace tiempo que se reconoce como clave para innovadoras para coordinar coordinar la asistencia en función de las necesidades. Las organizaciones sanitarias y asistenciales de Inglaterra se han organizado en diversas formas de Sistemas Integrados desde 2014.

NHS England y el Departamento de Sanidad y Asistencia Social reconocieron que sistemas integrados de atención coordinar la atención a las personas y gestionar a las personas con múltiples y complejas necesidades. complejas. En 2022 el Gobierno aprobó la Ley de Salud y Asistencia, que creó 42 Sistemas de Atención Integrada (integración de la sanidad y la asistencia sobre una base legal. la integración de la sanidad y la asistencia.

En esta presentación se analizará cómo el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el NHS de Inglaterra pueden y apoyar a los 42 ICS para que evolucionen en sistemas maduros de atención integrados maduros, incluidas las palancas para ello.

Debatiremos las estructuras de gobernanza de los SIC, incluida la rendición de cuentas y el carácter permisivo de la legislación que permite a las ICS basarse en las distintas organizaciones y asociaciones que ya existen en sus zonas. Describiremos cómo una ICS satisface las necesidades de su variada población dentro de una amplia huella geográfica, con ejemplos de éxito en modelos de atención integrada que mejoran la salud de la población.

Una plataforma, un número, un informe. Integrar integrada (gobernanza, datos y finanzas) en Flandes

Tom De Boeck

En respuesta a una serie de tendencias sociales, Flandes lleva tiempo centrándose en la atención primaria y la evolución hacia una atención específica e integrada. La reforma reforma del Estado de 2014 otorgó acelerar la reforma de la atención primaria y realizar el cambio de paradigma hacia una atención integrada.

Desde el 1 de julio de 2020, Flandes cuenta con 60 zonas de atención primaria, cada una como órgano de gobierno. Estas zonas geográficas incluyen entre 75.000 - 125.000 habitantes. Los consejos de asistencia están formados por autoridades locales, proveedores de asistencia, y los propios usuarios. La crisis aceleró su puesta en marcha. Las tareas de los consejos son: adaptar la prestación de cuidados a las necesidades asistenciales, apoyar la política social local, sensibilizar sobre la atención integrada y contribuir a los objetivos sanitarios flamencos de alto nivel.

El centro del conocimiento y la experiencia, "El Instituto Flamenco de Atención Primaria (VIVEL)" apoya los consejos asistenciales en sus tareas específicas.

El Departamento de Asistencia reconoce, financia y regula tanto los consejos asistenciales como el centro de conocimientos y experiencia.

Durante la crisis del covid-19, los consejos asistenciales se convirtieron en socios clave (localización de contactos, vacunación, etc.). Los consejos asistenciales pudieron aplicar la gestión de la población por primera vez a través del Atlas Asistencial. El poder de datos transparentes, uniformes y herramientas de apoyo nunca había sido tan concreto. Los datos no son el nuevo petróleo, pero la política basada en datos es la clave. La crisis del covid-19 ha demostrado que los datos pueden actuar como acelerador para trabajar juntos.

Agrupar y acceder a todos los datos via una plataforma única abre una puerta de oportunidades. Un instrumento digital ALIVIA - para el usuario, el cuidador informal, el proveedor de asistencia y el asistente social garantiza esta colaboración.

Por último, una financiación uniforme en igualdad de condiciones, junto con los consejos de asistencia, haciendo la asistencia integrada factible

CONCLUSIONES

Atención integrada sanitaria y social: mirando y reflexionando hacia modelos de transformación de referencia

Joan Carles Contel

Se han identificado 3 países y regiones en los que se está impulsando fuertemente la Atención Integrada Social y Sanitaria: Finlandia, Inglaterra y Flandes.
En todos ellos, de manera explícita existen políticas públicas en Atención Integrada sanitaria y social. Todos estos países han tenido una larga evolución en diferentes versiones y modalidades de Atención Integrada (AI).

La **gobernanza** es un elemento clave en el diseño e implementación de estos modelos con diferencias o matices en cuanto a su composición, tamaño del territorio (regiones o comarcas) y funciones asignadas a estos órganos de gobernanza creados. También en la incorporación de representación de los ciudadanos.

A partir de estos órganos de gobernanza se establece la elaboración de **planes estratégicos y operativos** como elemento nuclear de su actividad tanto a nivel corporativo como a nivel territorial.

En el apartado de **financiación** se ha introducido un componente de "presupuesto común" o parcial entre diferentes proveedores y ámbitos (atención primaria de salud / atención hospitalaria / atención social en los municipios), lo que en entorno anglosajón se denomina "pooling budgets".

La **posición de la Atención Primaria y los Servicios Sociales básicos** organizados por la municipalidad tienen un papel central en todos los modelos, incluso en el caso de Flandes, transicionando desde un modelo liberal y de pago por acto en atención primaria a un modelo más poblacional y capitativo.

Se introduce la modalidad de **gestión del caso** para la valoración y abordaje de personas en situación de complejidad. Algunos países han conceptualizado y modelizado alguna práctica de valoración integral y plan de atención compartido, especialmente para las personas con necesidades complejas de atención sanitaria y social.

En el caso de Finlandia e Inglaterra se está introduciendo algún modelo de **contratación conjunta** servicios integrada sanitario y social, lo que se denomina "joint commissioning".

Todos los modelos introducen marcos evaluativos y cuadros de mando en Atención Integrada. Todavía predominan indicadores de impacto esperado en utilización de servicios como hospitalizaciones potencialmente evitables ("potentially avoidable hospital admissions"), retraso al alta ("delay of transfer"), con pocos indicadores sensibles o relacionados con el ámbito de los Servicios Sociales y muy pocas métricas de indicadores que recojan la experiencia de atención de las personas o entorno cuidador, lo que denominados "PREMs".

Se han empezado a construir plataformas tecnológicas para compartir información sanitaria y social por los servicios de salud y sociales. En este caso, Finlandia está avanzando en incorporar información de los servicios sociales en estas plataformas, aunque todos los países refieren dificultades en ámbito de protección de datos para compartir esta información.

Módulo 2: La experiencia del mayor en el ámbito domiciliario

Presidente de la sesión:

Camino Roldán Fernández. *Subdirección General EULEN Servicios Sociosanitarios*

Moderadores:

Francesc Torralba Roselló. *Director de la Càtedra Ethos d'ètica aplicada, Universitat Ramon*

Oriol Fuertes. *CEO de QIDA y miembro del Consejo Asesor del PAISS*

Paciente de referencia:

Alfredo De Pablos. *Paciente Experto, Asociación de Pacientes con Pluripatologías Crónicas*

Ponencias:

- Tecnología en el domicilio para detectar riesgos y mejorar el bienestar de las personas en situación de vulnerabilidad

  Josep Muñoz. *Gerente de Servicios Sociales, Diputación de Barcelona*

  Natalia Rodríguez Núñez-Milara. *Fundadora y CEO, Saturno Labs*

  Nukul Bhasin. *Presidente, Viv Technologies*

Tecnología en el domicilio para detectar riesgos y mejorar el bienestar de las personas en situación de vulnerabilidad

Josep Muñoz

La transición digital de los servicios públicos de atención domiciliaria es una necesidad recogida en las principales agendas digitales de ámbito europeo, estatal y autonómico y una de las líneas estratégicas del Mecanismo para la Recuperación y la Resiliencia de la UE para relanzar y modernizar las políticas de cuidados aprovechando todas las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías.

En este marco, la Diputación de Barcelona ha iniciado un proceso de "Digitalización del Servicio Local de Teleasistencia" que tiene diferentes implicaciones y sobre todo muchas oportunidades.

La digitalización implica un cambio en el tipo de comunicación que aporta mayor rapidez y robustez tecnológica, mayor seguridad, posibilita la interconexión entre sistemas de atención y permite integrar nuevos dispositivos, tanto propios del servicio de teleasistencia como externos, con funciones de sensorización.

Un ejemplo de esta utilidad es el proyecto "Todo en un sensor", basado en "Internet of Things", que consiste en la instalación en el domicilio de un conjunto de sensores no invasivos (detectores de temperatura, humedad, presencia, luminosidad...), que monitorizan de forma inteligente hábitos de conducta para detectar cambios que puedan predecir un posible riesgo para la persona. Por ejemplo, un cambio en el consumo energético o de agua, no salir de la habitación o del domicilio durante cierto tiempo, o andar mucho más lento de lo habitual, podría estar indicando un empeoramiento de las condiciones de salud física, mental o emocional de una persona mayor. La finalidad es que, en base a los patrones analizados y a las alertas detectadas, el servicio de teleasistencia pueda intervenir de forma precoz, rápida y eficiente, previendo las necesidades y planificando las respuestas con antelación. La digitalización nos permitirá, también, hacer frente a nuevos retos como la accesibilidad universal y nuevos proyectos como la estimulación cognitiva, la vigilancia de la salud y el apoyo a las personas cuidadoras.

En esta presentación expondremos nuestra finalidad de promover un cambio en el modelo de cuidados en los municipios de la provincia de Barcelona que tenga un efecto directo en la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias y cuidadoras, así como en la mejora de la planificación y la prestación de servicios a escala local de las políticas de cuidados en el domicilio.

CONCLUSIONES

Síntesis de la mesa
Ideas clave

Dr. Francesc Torralba y Sr. Oriol Fuertes

1. La colaboración entre el sector público y privado resulta indispensable para poder garantizar un cuidado de calidad a las personas en situación de vulnerabilidad tanto en el presente como en el futuro.

2. La tecnología, bien utilizada, puede ser un instrumento eficaz para mejorar la práctica del cuidado y garantizar la calidad asistencial.

3. La ética del cuidar es un pilar indispensable en la formación de los cuidadores domiciliarios. Los principios de autonomía, de veracidad, de justicia, de confidencialidad y de no maleficencia constituyen las bases de una práctica del cuidado de calidad.

4. Es fundamental superar el pensamiento dicotómico (tecnología sí, tecnología no) y afrontar el reto tecnológico el cuidado con discernimiento. El artefacto no va a sustituir al cuidador, pero puede ser un complemento decisivo a su tarea y liberarle de funciones mecánicas que puede desarrollar con más precisión la máquina.

5. Es fundamental garantizar una extensión de la tecnología de los cuidados a toda la población vulnerable. Para ello, es necesario hacer pedagogía y superar la brecha digital/tecnológica.

6. Las licitaciones públicas deben contemplar el coste real de la asistencia y ofrecer unos contratos que no estimulen la precariedad laboral y la inestabilidad; y estimulen la innovación con corresponsabilidad.

7. Resulta imprescindible auditar éticamente las organizaciones de cuidado y combatir cualquier forma de maltrato o de abandono a las personas de grupos vulnerables.

8. La implementación de sensores en el domicilio puede ser un método preventivo, pero requiere del consentimiento del usuario que, en muchas circunstancias, no quiere conceder.

9. El cuidado de personas en situación de vulnerabilidad debe evitar la caída en el paternalismo, en el despotismo y en el edadismo. Se deben respetar las decisiones libres y responsables de la persona en situación de vulnerabilidad y ayudarla a desarrollar su proyecto vital.

10. Para el paciente es fundamental recibir una atención de calidad, cercana, humana, centrada en sus preferencias, que construya un vínculo y que evite la soledad no deseada.

Módulo 3: Fragilidad y vulnerabilidad en personas mayores: Una visión multidisciplinar

Presidente de la sesión:

Juan Carlos Rodríguez. *Director Corporativo de Clientes y Transformación Digital de DomusVi*

Moderador:

Carles Blay. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Ciencias de la Salud, Director de l'Escola de Salut del Hospital Sant Joan de Déu - Barcelona. Investigador C3RG (Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central - Universitat de Vic)*

Ponencias:

- Modelos de Atención Integral: Un enfoque proactivo para mitigar la fragilidad y vulnerabilidad en personas mayores
  Francisco Javier Martínez Peromingo. *Médico especialista en geriatría y ex Director General de Coordinación Sociosanitaria, Servicio Madrileño de Salud*
- La vulnerabilidad social
  Montserrat Doménech. *Directora de servicios sociales, Ayuntamiento de Vilafranca del Penedès*
- Pluripatología y complejidad clínica
  Beatriz Pascual. *Médica de familia, Servicio Andaluz de Salud*

Modelos de Atención Integral: Un enfoque proactivo para mitigar la fragilidad y vulnerabilidad en personas mayores

Fco. Javier Martínez Peromingo

La fragilidad es una condición clínica. predominante en la población mayor, que se traduce en una disminución de la resistencia frente a estresores externos, lo que conlleva un mayor riesgo de adversidades médicas y sociales. Este estado, originado por una acumulación de déficits en múltiples sistemas fisiológicos, pone de manifiesto la intersección entre las esferas médicas y sociales en la atención geriátrica. La identificación temprana y una gestión adecuada de la fragilidad pueden desempeñar un papel crucial en la mejora de la calidad de vida de los individuos afectados y en la optimización de los recursos sanitarios.

En el marco de la integración sociosanitaria, los modelos de atención integral emergen como una estrategia robusta para abordar la fragilidad y la vulnerabilidad en este grupo demográfico. A través de una colaboración multidisciplinaria, estos modelos buscan una evaluación geriátrica exhaustiva y una intervención temprana, enfocándose en la prevención, la rehabilitación y la educación tanto de los pacientes como de sus familias. La adopción de un enfoque proactivo y colaborativo no sólo contribuye a un manejo más efectivo de la fragilidad, sino que también promueve una mayor integración y cohesión entre los servicios sanitarios y sociales, un paso esencial hacia una atención más humanizada y eficaz para nuestros mayores.

Pluripatología y complejidad clínica

Beatriz Pascual

En las últimas décadas el concepto de enfermo crónico ha ido evolucionando. Mientras que inicialmente se consideraba paciente crónico a aquel sujeto afecto con una única enfermedad incurable, actualmente el perfil del paciente crónico es aquel que padece varias condiciones crónicas de salud que conllevan incapacidad, merma en su autonomía y fragilidad clínica.

En este contexto diferentes autores y organizaciones han introducido un nuevo concepto con diferentes acepciones: "paciente crónico en situación de complejidad", "paciente crónico complejo", entre otros, consecuen-

cia de la inquietud de clínicos y gestores en incluir las condiciones socioeconómicas, el entorno, la cultura y el uso de recursos como condicionantes de la salud.

Este término coexiste con la definición de paciente pluripatológico que identifica a aquellos individuos con dos o más enfermedades crónicas no curables que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía funcional, con riesgo de sufrir nuevas patologías y complicaciones, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas.

En la ponencia se abordará la complejidad clínica y pluripatología en su variabilidad conceptual, las características clínicas de los pacientes, su identificación, su epidemiología y la relevancia e impacto en los sistemas de salud.

Por otra parte se identificará distintos modelos de atención y buenas prácticas que permitan mejorar la atención de estos pacientes.

CONCLUSIONES

10 Reflexiones y lecciones aprendidas

Carles Blay

1. Todos los expertos y todos los colectivos profesionales implicados coinciden en que hay un determinado porcentaje de personas, por supuesto no mayoritario, que atesoran una mayor carga de necesidades de atención social y sanitaria.

2. En estas personas, las necesidades son especialmente complejas y concentran un porcentaje destacado de los costes en servicios públicos sociales y de salud.

3. La complejidad de las necesidades de estas personas viene dada por un cúmulo de problemáticas, que habitualmente interaccionan entre ellas y dificultan la capacidad de respuesta, en un contexto de incertidumbre e imprevisibilidad. Por ello, el éxito de la actuación de los profesionales y los servicios no es posible desde planteamientos fragmentados: sólo las miradas multidisciplinares tienen la oportunidad de responder a lo que estas personas –y sus cuidadores– necesitan.

4. A pesar de esta evidencia, los profesionales mantienen miradas específicas, con frecuencia dispares, que parten de sesgos denominativos, conceptuales, dialécticos y procedimentales característicos del colectivo al que pertenecen. Así, y como ejemplo simplificado, en el campo de la geriatría predomina el relato de la fragilidad, en el ámbito hospitalario el de la pluripatología, en los recursos comunitarios de salud se tiende a hablar de complejidad o en los servicios sociales la narrativa se centra en la vulnerabilidad.

5. Sin duda, estas ópticas tienen parte de razón al reivindicar su singularidad, pero en ningún caso se duda de que a) una gran parte de personas atendidas acaban siendo comunes y b) no hay otra opción que los modelos de atención colaborativos, que apliquen un mayor o menor grado de integración de los procesos asistenciales.

6. Esta visión debe tener en cuenta colectivos de personas que habitualmente son infravalorados. El principal paradigma es la complejidad relacionada con la patología mental o la vulnerabilidad en colectivos no geriátricos.

7. Transformar los modelos de atención de las personas con mayores necesidades comporta un trabajo complejo de cambio cultural de los grupos profesionales interpelados. Este cambio cultural sólo se consigue con un trabajo a largo plazo –hablamos de décadas- y una determinación perseverante e inequívoca, tanto desde las políticas top-down como desde de la promoción del talento y las iniciativas bottom-up.

8. En este proceso, es prioritario fortalecer y empoderar los servicios sociales. Las condiciones de pobreza, empleo, vivienda o soledad son grandes condicionantes de la salud y bienestar de las personas y, a pesar de ello, se sigue priorizando la respuesta sanitaria, más poderosa profesionalmente y, seguramente, más atractiva políticamente.

9. No hay duda de que, en el estado español, se han hecho progresos importantes. Todas las comunidades autónomas trabajan en la mirada integrativa de lo social y lo sanitario y pueden aportar buenas prácticas en este terreno. El relato y los contenidos de los sucesivos congresos de la Fundación Edad&Vida avalan de manera elocuente esta progresión.

10. Finalmente, los modelos integrados e integrales de atención deben acercarse allá donde el paciente quiere estar, tendiendo a evitar contextos asistenciales inhóspitos. En este sentido, la atención domiciliaria y la promoción de alternativas a la hospitalización (habitualmente basadas en planteamientos de atención intermedia) debieran constituir el núcleo de la necesaria transformación.

Módulo 4: El impulso de la gestión integrada a través de la financiación y sistemas de pago

Presidenta de la sesión:
Cristina Bellido. *Directora de Negocio y Analytics de Vidacaixa.*

Moderador:
José Augusto García. *Consorcio de salud y social de Cataluña y presidente de SEGG.*

Ponencias:

- Financianción y sistemas de pago para la atención integrada. Experiencias internacionales
  Tino Martí. *Coordinador, Observatorio La gestión Importa, Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria*
- La financiación de la Atención Integrada basada en Valor
  Roberto Nuño. *Director de Investigación y Formación, Fundación Gaspar Casal*
- Financiación basada en el valor en la atención sociosanitaria
  Jennifer Knäpper. *Directora de Asistencia Sanitaria de la Fundación San Francisco de Asís y Directora del Centro Sanitario de Atención Intermedia de Can Torras*

La financiación de la Atención Integrada basada en Valor

Roberto Nuño

Integrar la atención sanitaria y los cuidados a personas y poblaciones es un reto compartido por los sistemas de salud y de bienestar de todo el planeta. Los beneficios esperados son múltiples, pero los demostrados son todavía limitados y muy contextuales. La presencia de silos en los modelos de prestación es bien conocida y también la fragmentación de los modelos de compra, pago y presupuestación de los servicios sanitarios y sociales.

En esta sesión reflexionaremos sobre esas barreras de índole económico-financiero y propondremos líneas de avance a partir de la evidencia científica y de experiencias nacionales e internacionales de éxito y de fracaso.

En particular, se profundizará sobre el concepto de Atención Integrada basada en Valor, sobre el porqué de la integración como núcleo duro de la transformación sociosanitaria, sobre la importancia de crear valor (y demostrar esa creación) a nivel individual y poblacional, así como la relevancia de medir resultados como principal inductor de la mejora. Todo ello, contemplando la complejidad y retos que comporta la medición del valor del cuidado; y la enorme dificultad de una transformación de los servicios de salud y bienestar que no cuente con una perspectiva sistémica de integración, y con unos incentivos alineados con ese propósito.

Financiación basada en el valor en la atención sociosanitaria

Jennifer Knäpper

La atención integrada social y sanitaria debe garantizar una respuesta de calidad y equitativa a las personas con necesidades de atención: personas mayores, con discapacidad, con problemática social derivada de salud mental y en general a todas las personas con necesidades complejas. La perspectiva de la atención sociosanitaria comprende una visión sanitaria y una visión social que cada vez

cobra mayor consideración. El aumento de la complejidad asistencial y las propias expectativas de las personas dependientes con mayor calidad de vida plantea la necesaria integración de recursos de las actividades sanitarias y sociales.

La atención integrada es una oportunidad para transformar el sistema y requiere de un modelo asistencial que considere una cultura de trabajo interdisciplinar, una filosofía de integración de recursos y la colaboración activa entre profesionales sanitarios y sociales.

Una de las cuestiones destacables relativas a la organización territorial es que solo en algunos de los centros sociosanitarios pertenecen a una organización sanitaria integral que engloba todos los ámbitos asistenciales, lo que lleva al resto a relacionarse con diferentes proveedores de salud y complica la integración dentro del sistema.

El modelo de financiación en la atención intermedia está basado en pago por altas y pago por estancias según el tipo de actividad sea convalecencia o larga estancia, respectivamente.

Además existen otro tipo de incentivos ligados a la consecución de objetivos y basados en indicadores, que pueden dar lugar a una mejora en el desempeño de la organizaciones y que es interesante exponer como instrumento que aporte valor a la atención sociosanitaria.

CONCLUSIONES

Resumen de la mesa redonda: El Impulso de la gestión integrada a través de la financiación y sistemas de pago

José Augusto García

En el módulo 4, **"El impulso de la gestión integrada a través de la financiación y sistemas de pago"** del IX Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida, de la Fundación Edad&Vida, se abordaron las oportunidades y dificultades para ayudar a la implementación de una integración real social y sanitaria a través de la financiación y los modelos de pago.

El **Dr. Tino Martí**, del Observatorio "La Gestión Importa" de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria discutió cómo los sistemas de pago a proveedores pueden reducir la fragmentación, que es la principal causa de atención inadecuada e innecesaria, costosa y que no considera la perspectiva de la persona.

Se abordaron los principales sistemas de pago para la integración: "bundled payment" (pago único para un grupo específico de pacientes), pago por resultados, pago por coordinación, pago capitativo y "blended payment" (combinación de "bundled payment, pago por resultados y compartición de ahorros).

El Dr. Martí presentó ejemplos de tres experiencias internacionales: el "Program of All-Inclusive Care for the Elderly" de Estados Unidos, los "Integrated Care Systems" del Reino Unido y el "Care Chain Frail Elderly" de Holanda.
Las conclusiones de esta mesa fueron que los sistemas de pago tradicionales no crean incentivos a la atención integrada y que los sistemas alternativos se están introduciendo muy tímidamente, por lo que resulta necesario comenzar a introducirlos, explorarlos y evaluarlos.

El **Dr. Roberto Nuño-Solinís**, consultor en Gestión Sanitaria basada en Valor, y editor del International Journal of Integrated Care, introdujo el concepto de atención basada en valor para abordar el coste sanitario, que se acumula claramente en las personas de mayor edad y con mayor número de enfermedades crónicas.

Abordó qué sistemas de pago innovadores pueden promover la atención basada en valor, donde claramente apuntó que aún la mayoría de sistemas de pago se basan en estructura o en actividad y existe poca expansión de los sistemas de pago que estimulan la integración social y sanitaria, como los "bundled payments". Analizó brevemente la experiencia del Reino Unido en la financiación de sistemas integrados de salud (que tienen una financiación integrada social y sanitaria basada en una visión poblacional de un determinado territorio) y presentó un ejemplo concreto realizado en el País Vasco: el caso SAIATU. Esta experiencia demostró claramente que el acompañamiento social profesional de pacientes y familias en situación de final de vida y el mayor conocimiento del pronóstico por parte del paciente y su familia consigue incrementar la probabilidad de morir en la propia casa de la persona con una reducción de costes.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Módulo 4

Claramente, a juicio del Dr Nuño-Solinís la sostenibilidad del Estado de Bienestar requiere dar respuesta a los retos del envejecimiento, la cronicidad y la disrupción tecnológica. Van existiendo avances relevantes en el concepto de valor en salud, en su medición y en modelos de financiación integrada por valor. Pero aún presentan resultados diversos, son muy contextuales y dependen de detalles muy regionales y difícilmente replicables en su implementación.

Finalmente, la **Dra. Jennifer Knäpper** que trabaja en la Dirección Asistencial de la Fundación Sant Francesc d'Assís y es Directora del Centro Sociosanitario Can Torras, intervino para abordar la financiación basada en el valor en la Atención Sociosanitaria en Cataluña.

Después de definir claramente la atención sociosanitaria y sus líneas de atención y contratación como una atención intermedia que se dirige a tratar a personas con pluripatología crónica, dependencia y problemas de salud mental, hizo un análisis exhaustivo de los métodos de pago utilizados (pago por estancia, pago por programa, pago por visita y pago por alta sin case-mix; y con una parte variable de la financiación basada en objetivos de actividad) llega a la conclusión de que el actual modelo incentiva la actividad, pero no el valor y que las tarifas están muy por debajo de los costes, por lo que se necesitan ajustes económicos complementarios.

En cuanto a los indicadores para la valoración de la parte variable, critica que el sistema de case-mix utilizado (el "Resource Utilization Groups" versión 3, RUG-III) está desfasado y también critica que existen muy pocos indicadores de efectividad clínica y de salud percibida y que no existen incentivos para la transformación digital.
Señala, por lo tanto, la necesidad de introducir indicadores de efectividad y percepción del paciente, de continuidad asistencial, de prescripción electrónica basada en valor y de integración real social y sanitaria.

También se señala la prioridad absoluta y urgente de contar con los profesionales para establecer objetivos de atención y la necesidad de introducir incentivos a la progresiva digitalización del sistema.

En la mesa, se señaló, por lo tanto la necesidad de cambiar los sistemas de financiación y pago actuales por nuevos sistemas de financiación y pago basados en valor para la persona. La introducción de esta nueva perspectiva permitirá evitar la fragmentación actual de la asistencia, dar mayor peso a los resultados que importan a la persona, dejar de incentivar la mera realización de actividades y, probablemente, reducir costes. Es necesario, por lo tanto, estimular las nuevas experiencias de financiación y pago en la provisión de servicios integrados de salud y que estas dispongan de una evaluación de resultados rigurosa.

SESIONES PARALELAS: Abordaje integrado en la soledad y los nuevos retos del envejecimiento en contexto comunitario y asistencial

Presidente de la sesión:

Eduardo Rodríguez Rovira. *Presidente de Honor de Fundación Edad&Vida y de CEOMA.*

Moderadora:

Salomé Martín. *Directora técnica y Presidenta del Comité de Ética asistencial de Eulen Sociosanitarios y coordinadora del grupo de trabajo de ética de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.*

Ponencias:

- Solos juntos
  Javier Yanguas. *Director científico Programa de Mayores en Fundación "la Caixa"*
- Impacto de la cronicidad avanzada en el sistema de salud y social
  Xavier Gómez-Batiste. *Director de la Cátedra de Cuidados Paliativos de la Universidad de Vic*

Solos juntos

Javier Yanguas

Desde una mirada compleja de la soledad y las relaciones personales, se abordará la propuesta de intervención que en el programa Siempre Acompañados de la Fundación La Caixa estamos desarrollando, que combina un enfoque personal y comunitario. Además analizaremos los retos de futuro de las relaciones y la soledad, en una vejez cada vez más diversa y compleja.

CONCLUSIONES

Abordaje integrado en la soledad y los nuevos retos del envejecimiento en contexto comunitario y asistencial

Salomé Martín

Tenemos importantes retos como sociedad frente al aumento de la longevidad. Algunos de ellos generaron reflexión en esta mesa.

Por un lado, se destacó la importancia de crear una red de cuidados comunitarios teniendo en cuenta todos los recursos profesionales y no profesionales, para paliar la soledad, ya que vivimos en una "sociedad aislante".

Estamos ante el envejecimiento de una generación diferente que precisará de recursos distintos a lo actuales, con mayor tendencia a viviendas compartidas y a permanecer en casa, las residencias en el concepto actual o con modificaciones son un recurso muy válido que en este momento parece estar mal visto socialmente tras la pandemia y que debe recuperar su gran valor, evitando generalizaciones, mala prensa no siempre realista y una imagen no acorde con la realidad. Se enumeraron algunos factores que han influido en las residencias ante la pandemia, como la localización geográfica, el liderazgo y la motivación de los trabajadores, extraídos estos datos del estudio RESICOVID.

Un gran problema será y lo está siendo ya, encontrar profesionales cualificados y motivados, por ello es necesario recuperar el valor social de cuidar, puesto que es una necesidad humana y la dependencia es consustancial al ser humano, tendremos que repensar los programas formativos, las retribuciones a este trabajo, la imagen social de los cuidadores, el equilibrio entre cuidado familiar y profesional, etc. Para crear un sector profesional atractivo para las generaciones futuras.

Se comentó ampliamente el momento social de cierto enfrentamiento intergeneracional y la forma de evitarlo, especialmente estableciendo programas educativos en menores que ayuden a vincular generaciones y a modificar el edadismo presente, generando puentes y colaboraciones.

Se habló de la prevención, de la necesidad de darle sentido a la vida y de ir envejeciendo con ese sentido y esos objetivos, tratando de generar desde el inicio de la vida vínculos y relaciones significativas que ayuden a evitar la soledad futura.

También se invitó a una reflexión sobre el coste de los cuidados y la decisión de asumir ese coste o no socialmente, especialmente sin crear diferencias de recursos entre distintas regiones.

Por último, se dialogó sobre los procesos de fin de vida y lo importante que es tener una vida buena para tener un buen final de vida.

SESIONES PARALELAS: Creación de comunidades para un envejecimiento saludable y satisfactorio

Presidente de la sesión:

Germán Bandrés. *Presidente del consejo de administración de Nimonter.*

Moderadora:

Rodrigo Rama Dellepiane. *Consultor y experto en temas relacionados con la gerontología y la gestión de recursos humanos.*

Ponencias:

- Entornos físicos y sociales para el buen envejecimiento: Las residencias como hogares en la comunidad
  Ma Victoria Zunzunegui. *Dra. en Epidemiología. Profesora honoraria de la Universidad de Montreal*
- Construyendo ciudades y entornos saludables: diseño y planificación para una mejor calidad de vida
  Elisa Pozo Menéndez. *Arquitecta y socia fundadora de Mita atelier*
- El envejecimiento saludable, el mayor reto al que nos enfrentamos
  Jaime del Barrio Seoane. *Senior Advisor de Healthcare & Life Sciences en EY y Consejero independiente en Atrys Health*

Entornos físicos y sociales para el buen envejecimiento: Las residencias como hogares en la comunidad

María Victoria Zunzunegui

La evidencia científica ha permitido identificar las características de los hogares y barrios que maximizan la probabilidad de mantener el buen funcionamiento físico y cognitivo y retrasar la dependencia en la vejez. Más allá de los determinantes individuales, un hogar cómodo y adaptado a las necesidades de las personas mayores con autonomía y diferente grado de discapacidad y un barrio seguro, con buenos vecinos, comercio de proximidad, servicios sanitarios y sociales, espacios de ocio, actividades culturales y zonas verdes, favorecen el buen envejecimiento.

En el Estado Español estamos empezando a convertir las actuales residencias en alternativas habitacionales que permitan el buen envejecimiento para personas en situación de dependencia moderada e incluso de gran dependencia. En esta presentación se examinarán, bajo una perspectiva de derechos humanos, las transformaciones necesarias para que el buen envejecimiento sea una meta en cualquier etapa de la vida, incluyendo los últimos años de las personas que alcanzan edades muy avanzadas.

Construyendo ciudades y entornos saludables: diseño y planificación para una mejor calidad de vida

Elisa Pozo Menéndez

La salud y la calidad de vida están condicionadas por diversos factores, incluyendo las circunstancias de nacimiento, entorno de vida, desarrollo, empleo y relaciones interpersonales. Todas las actividades diarias se llevan a cabo en diferentes contextos físicos que inciden, de manera directa o indirecta, en la salud.

En este sentido, la *Guía para Planificar Ciudades Saludables* publicada por el Ministerio de Sanidad en colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias en 2022, presenta de manera sistemática una serie de criterios urbanísticos que promueven entornos locales saludables. El objetivo principal de este documento es ayudar a profesionales, técnicos, promotores y otros actores locales en la concepción de entornos que impulsen la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, lo que se traducirá en una mejor calidad de vida para toda la población.

La *Guía para Planificar Ciudades Saludables* se organiza en tres líneas estratégicas esenciales: ciudades para caminar, introducir la naturaleza en la ciudad y la creación de espacios de convivencia. Estos criterios y recomendaciones toman en consideración los principales desafíos de salud pública en España, así como el contexto específico del cambio climático y el envejecimiento demográfico. Además, se incluyen recomendaciones adicionales basadas en buenas prácticas para diseñar entornos acogedores para personas con demencia, derivadas de la investigación doctoral 'Ciudades para las personas con demencia' (2023). Aspectos como la legibilidad, la cercanía y el patrimonio también influyen positivamente en la creación de entornos saludables e inclusivos para todas las personas.

El envejecimiento saludable, el mayor reto al que nos enfrentamos

Jaime del Barrio Seoane

El envejecimiento, es una megatendencia tan grande como la disrupción digital.

Los sistemas sanitarios y sociales están tensionados y lo estarán aún más en un breve espacio de tiempo y ello no puede sino hacer que todos y cada uno de nosotros, en el ámbito de nuestras responsabilidades, nos pongamos manos a la obra para hacer viable una sobredemanda ligada a una mayor expectativa de vida con calidad frente a una menguante oferta en cantidad y calidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%, constatándose que el ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado.
Para la OMS una derivada del envejecimiento es la *soledad no deseada* que define como un problema de Salud Pública, ya que afecta entre el 30% (escala UCLA) y el 50% (evaluación cualitativa) por lo que la salud de los mayores debe estar presente en todas las políticas, con una mirada integral, transversal e interdisciplinar.

Las tecnologías digitales ofrecen un enorme potencial para pasar de las rutinas médicas tradicionales a la medicina en remoto y transformar nuestra capacidad para gestionar la salud y la autonomía e independencia en las poblaciones que envejecen.

El progreso actual y estos desafíos encuentran oportunidades en el aprovechamiento de las tecnologías digitales para un abordaje gerontológico y una atención geriátrica eficaces. Con especial atención al papel de los dispositivos portátiles para ayudar a los adultos mayores a controlar su salud y mantener la independencia en el hogar. Discutiremos los desafíos al uso futuro generalizado de las tecnologías digitales en esta población, junto con una visión de cómo dichas tecnologías darán forma al futuro del envejecimiento saludable.

CONCLUSIONES

Creación de comunidades para un envejecimiento saludable y satisfactorio

Rodrigo Rama

Esta sesión ha desarrollado otras soluciones, más allá de las sociosanitarias, con la creación de comunidades amigables en donde el buen envejecimiento y la independencia sean una realidad. La promoción y prevención de la salud y, con ella, la independencia de las personas hasta avanzadas edades va de la mano de profundos cambios que pasan por el entorno urbano.

El impacto del entorno sobre la salud, es decir, el lugar donde se vive y desarrollan la mayor parte de las relaciones sociales es enorme. Conviene tener las necesidades básicas cubiertas, una buena alimentación, la práctica moderada de algún deporte, una vivienda cómoda y luminosa, una ocupación laboral o intelectual satisfactoria, una red de afectos, - mejor presenciales que virtuales - y todas esas necesidades, tan sencillas y complejas, para poder amar y sentirnos queridos y felices.

La relación entre la salud y el entorno se estableció casi desde los albores del urbanismo. En 1848 se aprueba la primera Ley Sanitaria inglesa, en la que se promovía la higienización de las viviendas y la planificación de las ciudades para hacerlas más higiénicas y saludables.

La salud y la calidad de vida están condicionadas por diversos factores, incluyendo las circunstancias de nacimiento, entorno de vida, desarrollo, empleo y relaciones interpersonales. Todas las actividades diarias se llevan a cabo en diferentes contextos físicos que inciden, de manera directa o indirecta, en la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%, constatándose que el ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado.

Para la OMS una derivada del envejecimiento es la soledad no deseada que define como un problema de Salud Pública, ya que afecta a entre el 30% (escala UCLA) y el 50% (evaluación cualitativa) de la población, por lo que la salud de los mayores debe estar presente en todas las políticas, con una mirada integral, transversal e interdisciplinar.
Las tecnologías digitales ofrecen un enorme potencial para pasar de las rutinas médicas tradicionales a la medicina en remoto y transformar nuestra capacidad para gestionar la salud y la autonomía e independencia en las poblaciones que envejecen.
La creación de comunidades saludables sostenidas en los principios de familiaridad, identidad, legibilidad, inclusión, confort, estimulación positiva y seguridad está comprobada como efectiva en el enlentecimiento de procesos patológicos para comunidades habitadas por personas con diversos niveles de dependencia y deterioro cognitivo y son plenamente extensibles a adultos mayores activos.

Se trata de crear comunidades, incluso ciudades enteras en donde caminar sea la prioridad, la naturaleza conviva con el tejido urbano y existan lugares de encuentro y convivencia adecuados. Estas comunidades deben pertenecer a todas las edades evitando guetos, como algunos experimentos en el continente Norteamericano desafortunadamente han creado.

Finalmente, pero no menos importante, los escalofriantes datos epidemiológicos de la morbi-mortalidad en las residencias durante los primeros meses de la pandemia de Covid-19 como una gran metáfora de todo lo que no debe ocurrir. Las propias residencias se han de repensar de arriba abajo y de estas circunstancias terribles deben surgir enseñanzas orientadas a un futuro en que los que nuevos desarrollos urbanos sirvan de prevención de la salud.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

SESIONES PARALELAS: Disfagia: problemática y abordaje social y sanitario

Presidenta de la sesión:

Inma Ruiz Martín. *Presidenta, Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP).*

Moderadora:

Romina Polo. *Responsable del Área de Nutrición y Desarrollo Health Care de Campofrio.*

Ponencias:

- Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea en personas mayores
  Pere Clavé. *Médico, Director de Investigación y Desarrollo Académico del Consorci Sanitari del Maresme*
- Dietista-nutricionista pieza clave en el tratamiento de la disfagia
  Dra. Roser Martí Cid. *Dietista-Nutricionista. Presidenta del Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya (CoDiNuCat)*

Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea en personas mayores

Pere Clavé

La disfagia orofaríngea (DO) es una afección reconocida por la Organización Mundial de la Salud y definida como la dificultad o incapacidad para mover un bolo de forma segura y eficaz desde la cavidad oral hasta el esófago, y puede incluir aspiraciones, asfixia y residuos.

La DO es pandémica entre diferentes fenotipos de personas mayores, afectando entre el 27% y el 91% de la población de 70 años o más. Aunque la DO puede diagnosticarse mediante métodos clínicos bien definidos y exploraciones complementarias, en el entorno clínico la DO rara vez se examina y trata sistemáticamente, y el conocimiento entre la comunidad médica y geriátrica es escaso. En la actualidad existen herramientas de inteligencia artificial (IA) que permiten el cribado universal de las personas mayores en riesgo de disfagia a partir de los datos de salud recogidos en su historial clínico electrónico (AIMS-OD).
La etiología de la DO en esta población incluye muchos factores de riesgo concomitantes con procesos neurogénicos y neurodegenerativos, debilidad muscular y sarcopenia. La fisiopatología incluye déficits mecánicos en la respuesta de la deglución (principalmente retraso en el tiempo de cierre del vestíbulo laríngeo y empuje lingual débil), reducción de la sensibilidad faríngea y alteraciones del sistema nervioso central sensorial/motor. Recientemente, la DO ha sido reconocida como un síndrome geriátrico por dos sociedades científicas Europeas (ESSD-EUGMS) debido a su alta prevalencia y su relación con muchas comorbilidades y sus malos resultados, incluyendo desnutrición, infecciones respiratorias y neumonía por aspiración, discapacidad funcional y fragilidad, institucionalización y aumento de reingresos, mortalidad y elevado consumo de recursos sanitarios.

Existe un tratamiento multimodal, basado en la evidencia, y eficaz para la DO en las personas mayores de la comunidad, hospitalizadas o institucionalizadas, orientado principalmente a compensar las alteraciones de la deglución mediante la adaptación de la viscosidad de los fluidos y las texturas de los alimentos sólidos para evitar la aspiración y el atragantamiento, y mejorar el estado nutricional y la salud bucal para evitar infecciones respiratorias. Esto se ha

definido como el tratamiento mínimo efectivo que se debe proporcionar a esta población o intervención mínima masiva (IMM). Por otro lado se están investigando nuevos tratamientos destinados a recuperar la función de la deglución con resultados prometedores, y en un futuro próximo nos proporcionarán métodos para estimular la respuesta de la deglución con estímulos farmacológicos o técnicas de estimulación cerebral no invasiva. De la compensación a la recuperación de la función cerebral y deglutoria.

Dietista-nutricionista pieza clave en el tratamiento de la disfagia

Dra. Roser Martí Cid

"El dietista-nutricionista es una persona calificada y legalmente reconocida para poder aconsejar una buena alimentación, tanto para grupos de personas o de individuos, con un buen estado de salud, como de aquellos que necesitan un régimen terapéutico."(European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD).

La disfagia orofaríngea (DO) se define como la dificultad o incapacidad para formar el bolus alimentario y por el transporte de los alimentos desde la boca hasta el esófago. La DO es un trastorno de la motilidad orofaríngea que afecta a la formación del bolus (frecuentemente de forma asociada a los trastornos de dentición y masticación).

La prevalencia de la disfagia es muy elevada y presente en diferentes tipos de pacientes:

- Ictus 38-78%
- más del 80% enfermedades neurológicas graves o neurodegenerativas.
- 55% en ancianos institucionalizados.
- 47% de los pacientes ingresados en unidades geriátricas de agudos.
- 27% de ancianos de la comunidad.

A día de hoy existen muchos usuarios no diagnosticados, es imprescindible una formación específica para que los/las D-N puedan detectar esta patología y poder ayudar en el tratamiento y más ahora que los/las D-N catalanes/as se han incorporado a los equipos de atención primaria y comunitaria, siendo la primera comunidad autónoma en apostar por esta profesión.

La edad, la esperanza de vida, la calidad de ésta, la soledad, la economía y otras patologías afectan a la alimentación de las personas de edad avanzada. Es bien sabido que 7 de las 10 principales causas de enfermedades crónicas no transmisibles están estrechamente relacionadas con la alimentación (hipertensión, sobrepeso/obesidad, alcohol, glucemia elevada, colesterol elevado, disfunción renal, dieta baja en fibra).

Durante la vejez el riesgo de sufrir disfagia aumenta, lo que provoca un gran impacto en la capacidad funcional, la salud y la calidad de vida de los afectados. El envejecimiento demográfico es una de las principales características de la población española.

El tratamiento de la disfagia sólo es posible mediante una actuación multidisciplinar y teniendo en cuenta 3 aspectos clave, en los que Dietistas-Nutricionistas son una pieza clave:

a) Textural (Textura óptima) para facilitar la masticación y deglución y evitar aspiraciones y residuos.

b) Nutricional (calórico-proteica) para contribuir a la cobertura las necesidades nutricionales de los pacientes, especialmente aquellos con riesgo de malnutrición o que ya presentan malnutrición.

c) Organoléptica (apariencia, sabor, olor) dentro de los parámetros de la alimentación tradicional de la dieta Mediterránea para garantizar el cumplimiento de la dieta.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

CONCLUSIONES

Mesa redonda de Edad y vida bajo el titulo Disfagia: problemática y abordaje social y sanitario

Romina Polo

El motivo que lleva a Campofrío Health Care a querer desarrollar esta mesa redonda es fruto de la observación que recoge mediante la labor comercial de la implementación de sus productos adaptados para la disfagia, dónde se da cuenta de la problemática que existe en la no detección de personas que padecen problemas de masticación, deglución y / o disfagia y como consecuencia la desnutrición y deshidratación. Al mismo tiempo que el profesional traslada la falta de formación y métodos rápidos de diagnóstico para poder dar el tratamiento adecuado a estas personas que es la adaptación de dietas de textura modificadas.

Es así como Campofrío Health Care adopta esta responsabilidad de ayudar a la formación e información de la mano de profesionales, asociaciones, fundaciones y colectivos implicados para ser altavoz de dicho trastorno y ayudar a los dos millones de personas que padecen este trastorno y solo un 10 por ciento están diagnosticados.

El Dr. Clavé nos alerta que a los 70 años la mitad de la población tendrá disfagia y que los pronósticos de prevalencia de la disfagia será igual que el número de personas que van a padecer diabetes, con la diferencia que la diabetes es muy conocida en la sociedad y la disfagia apenas la gente sabe lo que es y cómo tratarla.

La punta del iceberg que nos muestra el Dr. Clavé sobre la disfagia es que hay una necesidad inmediata de hacer diagnósticos de rápida valoración, como puede ser el test de volumen-viscosidad, o cribados rápidos, como el programa informático que han desarrollado que en 3 minutos cualquier persona que ingresa en hospital.

El principal objetivo de poder hacer este diagnóstico rápido es poder dar una mejor calidad de vida al paciente, evitarle posibles neumonías y broncoscopias donde el índice de mortalidad el muy alto.

Dicho esto, también existe la parte económica. Un paciente tratado por disfagia tras un ictus tiene un coste en un ingreso de unos 7.000 € mientras que el mismo caso de ictus sin diagnóstico de disfagia puede llegar a un grado de complicación y estancia con broncoaspiración el coste se eleva a 19.000 €.

Es así como entra el término de Seguridad Alimentaria en disfagia, que no está relacionado con la microbiología si no en la seguridad de texturas y viscosidades en líquidos y alimentos para personas con disfagia para garantizar su salud digestiva y todo lo que ello conlleva.

Y eso es vital, ya que la OMS en 2016 reconoce la disfagia como trastornos de la deglución y como una discapacidad que afecta el sistema digestivo y están asociados con un aumento de la morbilidad , mortalidad y los costes de atención.

Es de ahí donde la Dra. Roser Marti reivindica la necesidad de más profesionales y formación para que los tratamientos a la disfagia puedan ser aplicados y llevados al cuidado de las personas.

Con la alimentación adecuada evitamos las principales consecuencias que son la desnutrición con porcentajes de un 40 % de personas mayores de 65 años que la sufren, la deshidratación donde este número se eleva al 75% y la sarcopenia donde en este caso ya es causa de una morbilidad y unos efectos nefastos de calidad de vida.

Concluimos que la disfagia debe ser diagnosticada, hablada, informada y dada a conocer porque es necesario en una sociedad cada vez más envejecida.

SESIONES PARALELAS: Experiencias innovadoras en prevención de problemas de salud y promoción del envejecimiento saludable

Presidente de la sesión:
Raúl Muñiz García. *Vicepresidente Primero Fundación quirónsalud*

Moderadora:
María José Salcedo Camacho. *Jefe Departamento de Calidad Asistencial y Formación Proveedor, Segurcaixa Adeslas.*

Ponencias:

- Promoción del envejecimiento saludable en Cataluña
  Ana Bocio Sanz. *Subdirectora general de Promoció de la Salut, Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya*
- Abordaje de la vacunación en el adulto mayor a través del Barcelona Aging Collaboratory Living Lab
  Ana Ma de Andrés Lázaro. *Jefa del Servicio de Farmacia, Parc Sanitari Pere Virgili, y miembro del equipo motor del Living lab d'Envelliment BALL*
- Sistema integral [ANUBIS] de evaluación del envejecimiento saludable
  Miguel Usabel. *Cofundador y CEO de Anubis AnalyticsSenior Advisor de Healthcare & Life Sciences en EY y Consejero independiente en Atrys Health*

Abordaje de la vacunación en el adulto mayor a través del Barcelona Aging Collaboratory Living Lab

Ana Mº de Andrés Lázaro

Actualmente nos encontramos ante un progresivo envejecimiento de la población. Este cambio demográfico supone un reto para la economía y la sociedad, y hace imprescindible que se desarrollen estrategias dirigidas a integrar a las persones mayores en el sistema (tanto desde el punto de vista de usuarios como de productores). En este contexto los Living Lab ofrecen una plataforma para dar una respuesta sistémica a esta necesidad. Actúan como intermediarios entre ciudadanos, instituciones de investigación, universidades, empresas y administraciones públicas (mediante la llamada 4-hélice) con el objetivo de co-crear valor, prototipar, validar o escalar innovaciones. El Barcelona Aging coLLAboratory (BALL), nace con la finalidad de proporcionar esta plataforma de innovación especialmente dirigida a las necesidades de las personas mayores. A través de una metodología de exploración (análisis de situación), experimentación (co-creación, dinámicas participativas), evaluación y escalada, permite el desarrollo de productos y servicios a medida de las necesidades de los usuarios finales. Un ejemplo real de creación a través de la 4-hélice es el desarrollo de una herramienta destinada a promover la vacunación antigripal en el adulto mayor. A partir de una iniciativa privada, se plantea una necesidad a cubrir. La metodología aplicada incluye una revisión bibliográfica, la definición y reclutamiento del perfil de usuario idóneo y la realización de sesiones con dinámicas participativas realizadas en "La Casa de Pensar", sede del BALL. Actualmente el proyecto se encuentra en curso y se espera que la información obtenida permita la co-creación de un prototipo de herramienta destinado a fomentar y facilitar el seguimiento de la vacunación, considerando las preferencias de aquellas personas a los que va dirigida.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

CONCLUSIONES

Experiencias innovadoras en prevención de problemas de salud y promoción del envejecimiento saludable

María José Salcedo

Los adultos mayores se pueden beneficiar de múltiples estrategias de promoción y prevención de la salud. El 80% de los determinantes de salud se encuentran fuera del sistema sanitario. Cataluña apuesta por la necesaria adaptación de las intervenciones a las necesidades y recursos de cada territorio, haciendo fáciles y accesibles las opciones saludables desde una perspectiva de equidad. Promover por ejemplo un diseño urbanístico de las ciudades y pueblos puede facilitar un envejecimiento activo.

En el ámbito sanitario, La discapacidad está condicionada por un estilo de vida no saludable y por las enfermedades que padece una persona a lo largo de su vida. En el Plan de Salud de Cataluña 2021-2025 se incide entre otros en los factores de riesgo conductuales (la actividad física, lo que comemos, la exposición a sustancias tóxicas, etc.), el bienestar emocional y la salud mental, y en prevenir patologías promoviendo por ejemplo un incremento en el % de vacunaciones.

En la adaptación de los sistemas sanitarios y sociales hacia un envejecimiento saludable, se destaca la situación funcional como medida prioritaria, además de la detección precoz de la fragilidad, prevención de la dependencia y discapacidad. En Cataluña se incide en potenciar la promoción de la salud en todas las etapas de la vida, poniendo énfasis en los colectivos más vulnerables. El proceso de optimización de oportunidades debe ser continuo y a largo plazo para mejorar en salud física, mental y calidad de vida. A nivel social es crítico sensibilizar sobre el edadismo, y reducir la brecha digital de los mayores.

La aceptación de las estrategias de prevención y promoción de la salud dependen en gran medida de las preferencias de los usuarios finales. Es necesaria la participación activa de las personas mayores en el establecimiento de prioridades y en todas las fases del diseño de las acciones e intervención.

Es preciso Integrar procesos de investigación e innovación en la vida real de las comunidades, posicionando a la persona mayor como un eje motor del cambio. En la metodología de trabajo de un Living Lab, se conecta a las partes interesadas, actuándose como intermediarios entre ciudadanos, instituciones de investigación, universidades, empresas y administraciones públicas.

Se presenta un proyecto innovador específico de vacunación en el adulto mayor, donde las tasas de vacunación resultan insuficientes. La investigación a través de un proyecto del Barcelona Aging coLLAboratory (BALL) se centra en identificar posibles barreras y facilitadores. Está en curso el desarrollo de un prototipo adaptado que facilite el cumplimiento del calendario vacunal en el adulto mayor.

Es necesario aprovechar los avances y el nuevo abanico de oportunidades que nos brindan las tecnologías de información para un mejor abordaje en la medición, monitorización y comprensión del envejecimiento saludable.

Anubis Analytics identifica mediante analítica avanzada de datos 4 ejes sobre los que enfocar técnicas innovadoras en la evaluación de los mayores: 1) Tablas de mortalidad y modelos por CCAA. 2) Variables del entorno (Ejem: wearables, vivienda). 3) Variables en literatura científica (Ejem índice de Barthel). 4) Variables de fragilidad y comorbilidad.

Como proyecto innovador Anubis Analytics presenta y aterriza una herramienta de innovación tecnológica basada en el análisis de datos, capaz de hacer predicciones en las trayectorias de salud de personas mayores de 70 años. Identifica de forma personalizada aquellas áreas en las que el adulto mayor debe introducir algún cambio, para optimizar las posibilidades de envejecer saludablemente. Además de la función, destacan como determinantes variables tales como la soledad no deseada o los rasgos de personalidad que tanto condicionan la adopción o no de estilos de vida saludable.

SESIONES PARALELAS: Experiencias de éxito y retos en la coordinación sociosanitaria

Presidente de la sesión:

Agustín Lopesino. *Director corporativo de Sector Público y Servicios de Atención en el Domicilio de DomusVi*

Moderador:

Iñigo Estellés Marcos de León. *Responsable de Comunicación del Equipo de Coordinación de Programas, Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, Comunidad de Madrid.*

Ponencias:

- Logros y Retos en la Coordinación y Atención Sociosanitaria
  Primitivo Ramos Cordero. *Director Coordinador Sanitario Asistencial de la Agencia Madrileña de Atención Social, Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Socisales, Comunidad de Madrid*
- Un nuevo modelo asistencial. Unidades Atención Residencias UAR
  Margarita Barba Calderón. *Coordinadora de la Unidad de Atención Residencial de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid*
- La red de farmacias, estructura sanitaria fundamental en la coordinación sociosanitaria
  Jordi de Dalmases. *Vicepresidente del Consejo General de Colegios de Farmaciade Dietistes-Nutricionistes de Catalunya (CoDiNuCat)*

Logros y Retos en la Coordinación y Atención Sociosanitaria

Primitivo Ramos Cordero

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, determina que las Comunidades Autónomas deberán *"establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención"* (Artículo 11).

Es cierto que en la última década se han producido avances importantes en este sentido, pero no es menos cierto que la brutal pandemia por la COVID-19 puso al descubierto las carencias del sistema en este sentido, muchas de las cuales han sido responsables de muchos eventos adversos y situaciones que podrían haberse evitado con un mejor y más integral desarrollo de la atención sociosanitaria.

En el momento actual todos somos conscientes que no solo es necesario establecer líneas de colaboración entre las redes de servicios sociales y servicios sanitarios, que siempre dejan zonas opacas, de penumbra, de vacíos asistenciales a los que no alcanzan ninguna de las dos redes, cuando trabajan de una forma aislada. Es necesario no solo coordinarse, sino responsabilizarse de forma conjunta de prestar una atención integral y sin vacíos asistenciales a una población altamente vulnerable, en la que de otra forma no se obtienen respuestas completas a sus complejas y cambiantes necesidades, como consecuencia de los múltiples problemas de salud crónicos que padecen 8plutipatología y polimedicación), asociados a situaciones de dependencia que estos han producido.

La atención sociosanitaria *"comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social"* (Artículo 14. Ley 16/2003, de 28 de mayo. Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud). Así mismo, establece que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes. Vamos a desgranar cuáles han sido los avances alcanzados en los últimos años en la atención sociosanitaria, junto a los retos que nos quedan aún por delante para tratar de dar respuesta a las necesidades aún no cubiertas de una forma integral, que limitan la calidad de vida en fases y momentos críticos para esta población como acontece en el "final de vida".

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

Un nuevo modelo asistencial. Unidades Atención Residencias UAR

Margarita Barba Calderón

En la primera ola de pandemia COVID, los centros residenciales sufrieron una incidencia y mortalidad elevada, poniendo de manifiesto la necesidad de mejorar la atención a los residentes. En atención primaria se evidenció la dificultad para dar atención a esta población. En este contexto surgió en la Comunidad Madrid, la unidad de atención a residencias. Los objetivos de estas unidades inicialmente fueron, apoyar en la atención y contención del proceso COVID, optimizar la atención a la población mayor frágil institucionalizada y facilitar la continuidad asistencial.

En Abril de 2022, tras el análisis de situación y con el conocimiento de la actividad implantada, se hacen unidades estructurales con el Plan de desarrollo de las Unidades de Atención a Residencias; dotándolas además de médicos y enfermeras, de administrativo, farmacéutico y técnico en cuidados auxiliares.

Son unidades multiprofesionales, que prestan servicios de cartera, de forma integral en el domicilio del paciente (residencias), trabajando de forma coordinada con los profesionales de los centros de salud y de otros ámbitos asistenciales, geriatrías y salud pública.

La población diana, son usuarios de centros residenciales: públicos, privados y concertados, de personas mayores o personas con discapacidad, de la Comunidad de Madrid.

El conocimiento previo adquirido durante la pandemia, ha hecho que se puedan compartir objetivos con los centros residenciales, con el fin de dar asistencia a una población con difícil acceso al sistema sanitario, y que se hayan creado procesos asistenciales integrados.

En este desarrollo que se inició en Abril de 2022, ya podemos contar con algunos indicadores de actividad, en relación a: valoraciones del paciente frágil, cobertura vacunal, conciliación y revisiones de tratamiento. De participación en proyectos de intervención comunitaria, proyectos de investigación. Así como docencia y colaboraciones en la formación de estudiantes y otros profesionales en formación.

La red de farmacias, estructura sanitaria fundamental en la coordinación sociosanitaria

Jordi de Dalmases

Pluripatología, polimedicación, gran de- pendencia, complejidad clínica o frecuente deterioro cognitivo son algunas de las características comunes a los pacientes que viven en centros residenciales, en los que muchas veces se desencadenan problemas asociados a los medicamentos o a la administración de los mismos. Son personas que requieren una atención integral, en la que los farmacéuticos tenemos una labor fundamental dentro de los equipos asistenciales para obtener el máximo beneficio de los tratamientos, velar por la seguridad y asegurar la mejor calidad de vida. La incorporación de un farmacéutico en el equipo asistencial de los centros para personas mayores como profesional responsable y referente en el uso adecuado, seguro y efectivo de los medicamentos es a todas luces una necesidad. Una colaboración que se sustenta en tres ámbitos de trabajo del farmacéutico en las residencias: dentro del equipo asistencial, en torno a los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos y en la gestión del depósito de medicamentos.

El farmacéutico tiene la misión de velar por la seguridad, efectividad y sostenibilidad de los tratamientos farmacológicos, además de asegurarse de que, tanto los profesionales como los usuarios y su entorno afectivo, tengan la información necesaria para obtener los máximos beneficios posibles de su tratamiento farmacológico. En este objetivo, tanto la red de 22.220 farmacias como los 368 servicios de farmacia hospitalaria de nuestro país son estructuras sanitarias fundamentales de apoyo y atención personalizada, dispuestas a prestar servicios de calidad a los mayores. Una colaboración que permite garantizar plenamente el derecho de los ciudadanos a recibir la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario con las mismas condiciones de igualdad que un paciente que está en su domicilio.

CONCLUSIONES

Experiencias de éxito y retos en la coordinación sociosanitaria

Íñigo Estellés

El diseño de la sesión se articuló como espacio de exposición y reflexión de fórmulas de coordinación sanitaria a partir de la exposición, puesta en común y reflexión a partir de experiencias consideradas como avances en un objetivo general de ofrecer a las personas un servicio sensible a necesidades simultáneas de tipo social y sanitarias.

Del desarrollo de la sesión, se destaca:

I. En cuanto a la población a la que se dirigían las experiencias:

- Se centraron en atención sanitaria de personas en espacios institucionales, residencias de atención a mayores, con importante número de casos de personas en situación de dependencia. Se trata de espacios de atención especializada por las peculiaridades de las personas atendidas, en muchos casos con grandes necesidades de apoyo y atención, derivadas de los procesos que determinan su dependencia. Se trata de espacios en los que concurren casos, frecuentemente complejos, con concurrencia de enfermedades.

  La atención sanitaria en estas residencias es complementada por una organización con recursos asistenciales y de intervención de otros profesionales que contribuyen de forma relevante en aspectos relacionados con la evolución de los procesos y consecuentemente, en la calidad de vida de las personas atendidas.

- En cuanto a la comunidad, se destacó que dispositivos de servicio a la población general, como son las farmacias, cuentan con un considerable potencial en funciones de detección y derivación de casos (como lo de mayores en soledad) que puedan requerir atención o intervención de otros equipos (de salud, sociales, de seguridad, …). La experiencia de colaboración en proyectos con este tipo de finalidades y el alcance del servicio que gestiona el conjunto de oficinas de farmacia (u otros comercios), configura un espacio en el que es oportuno organizar, poner en marcha y consolidar fórmulas de colaboración y coordinación entre diferentes agentes y funciones, de forma sistemática.

II. En cuanto a herramientas o dispositivos de coordinación:

Uno de los principales retos de la coordinación sociosanitaria es promover la conexión de los sistemas de información sanitaria ya que favorecerá la continuidad asistencial.

- El uso de los mismos sistemas de información es herramienta destacada para esta coordinación:

  o Para desarrollar un lenguaje común entre profesionales y, por tanto, el modelo de atención y la complementariedad de actuaciones y sinergias aprovechables.

  o Por la eficiencia (hacia la sostenibilidad) que aporta a los servicios el acceso y uso de una misma historia personal de las personas en atención.

  - Aprovechamiento de recursos humanos
  - Por la mejora de servicios de la cobertura y de la aplicación de tratamientos.
  - Por su aportación para evitar duplicidades asistenciales.

  o El potencial de conocimiento que la explotación de datos puede aportar a las organizaciones de sanidad y de servicios sociales, para el diseño, organización y seguimiento de programas y servicios de prevención, predicción, detección y atención en diferentes contextos.

  o Se propone avanzar en sistemas de información compartidos, si bien, se destaca la necesidad de superar las dificultades derivadas de la normativa en cuanto a tratamiento de datos personales.

- Los equipos necesitan tiempos y fórmulas que dinamicen la convergencia y evolución hacia un modelo de atención integral.

En cuanto a la coordinación entre organizaciones:

- Se estima necesario avanzar en una cultura de colaboración entre diferentes organizaciones implicadas, con fórmulas para su avance y evaluación (de aportaciones).

- Esta coordinación es especialmente necesaria en zonas rurales con poca población y/o dificultades de comunicación.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

SESIONES PARALELAS: Costes de los cuidados y papel del sector asegurador

Presidente de la sesión:

Luis de Ulíbarri. *Socio Fundador de Inversa Prime Socimi*

Moderadora:

Cristina Bellido. *Directora de Negocio y Analytics de Vidacaixa.*

Ponencias:

- El coste de los cuidados a los dependientes: perspectivas desde el estudio SHARE
  Pedro Mira. *Profesor de económicas en CEMFI*
  Oriol Fuertes. *CEO de Qida*
  Maria del Pilar Cañabate. *Antropóloga y trabajadora social, responsable de trabajo social, ACE Alzheimer Center*

CONCLUSIONES

Costes de los cuidados y el papel del sector asegurado

Cristina Bellido

Nos jubilamos a una edad relativamente joven y el incremento de la longevidad nos deja por delante muchos años de vida en los que tendremos que sustentar nuestros gastos crecientes con el paso de los años. Para afrontar estos gastos que vendrán por pérdidas de capacidades físicas o cognitivas hemos de empezar a planificar ahora que somos autónomos pudiendo utilizar diferentes estrategias: adoptar hábitos de vida saludable para retrasar la dependencia, acumular bienes y ahorros, optar por seguros como los de dependencia, entre otros.

Asimismo, hablar de estabilidad financiera para el futuro significa prever no sólo los costes que tendrás en el día a día, sino el impacto que puede tener en tu vida un evento inesperado como una enfermedad crónica, o una situación de dependencia. Ya hemos oído durante la mesa los grandes impactos que hay tanto para el mayor como para la familia. Por ejemplo, una de las ponentes informó que el 98% de las personas con demencia en Barcelona están cuidadas en su propio domicilio por sus familias, lo que conlleva una gran carga económica y psicológica para los cuidadores. Además, las horas de cuidados de los familiares no afloran por lo que son un coste invisible a la sociedad, abaratando las horas de cuidadores profesionales, y produciendo un coste personal hacia el cuidador por pérdida o reducción de jornada laboral. Por otro lado, durante la mesa se indicó que el 55% de las familias que buscan cuidadores profesionales para el hogar, acaban desestimando esta opción por el coste que representa.

Según Pilar, ponente de la mesa y Trabajadora Social, es necesario una planificación a 4 años vista para conseguir las ayudas del estado (residencia, servicios sociales, etc.). Pero igualmente, si hay una situación sobrevenida (ej. Ictus) descompensa la situación familiar y no será posible cubrir los costes que aparezcan.

Si no queremos ser una carga para la familia, debemos prepararnos para estas situaciones: bien a través de ahorro personal reservado para situacio-

nes excepcionales o mediante la contratación de productos de protección como seguros de vida orientados a la protección de enfermedades asociadas a edades avanzadas (enfermedades neurológicas, dependencia).

Como conclusión de la mesa entendemos que cuando se producen situaciones excepcionales que incrementan la necesidad de cuidados (dependencia), las finanzas familiares se pueden ver seriamente afectadas pero los costes personales a nivel psicológico no se pueden olvidar. Ya existen en el mercado productos para asegurar la dependencia, pero son productos con poca penetración, desconocidos. Las compañías aseguradoras tenemos un reto por delante para desarrollar soluciones que aseguren periodos de cobertura más largos, que acompañen al cliente en los momentos difíciles de la dependencia (tramitaciones, adaptaciones de vivienda) y, sobre todo, que ayuden en la prevención y en la promoción de hábitos saludables que ayuden a retardar la aparición de la dependencia y sus consecuencias.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

SESIONES PARALELAS: Vacunación en el adulto mayor y promoción del envejecimiento saludable

Presidente de la sesión:

Josep Carné Teixidó. *Presidente de Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya y Vicepresidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores*

Moderadora:

Bárbara Rey-Actis. *Consultora especializada en longevidad y autora de "Una longevidad con sentido".*

Participantes en el debate:

José Augusto García Navarro. *Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontol*
José Antonio Navarro-Alonso. *Consultor Honorario Área de Vacunas, Ministerio de Sanidad*

CONCLUSIONES

Vacunación en el adulto mayor y promoción del envejecimiento saludable

Bárbara Rey-Actis

- La sesión se articuló alrededor del **Documental "The Shot, vacunas para la historia"**, narrado por Susanna Griso (disponible en la plataforma Prime Video).

- **Bárbara Rey Actis** abordó la temática de la nueva longevidad como una muy buena noticia, no solo para la generación actual, sino para las venideras. Repasó brevemente las tres fases de incremento de la esperanza de vida que se produjeron en un breve período de tiempo: reducción de la mortalidad infantil, manejo de las enfermedades crónicas en adultos y mejora inmunológica en mayores. Destacó la importancia del autocuidado, la prevención y el envejecimiento activo. Puntualizó el importante rol de las vacunas en adultos mayores como gran compañero de viaje.

- **José Augusto García Navarro** profundizo en el concepto de longevidad y detalló en qué consiste el envejecimiento activo. Destacó las tres "S": Salud, Social y Seguridad, como pilares básicos. También compartió los principales factores de riesgo que atentan contra la salud en personas mayores: la soledad, la pobreza, los cuidados (sobre todo en la mujer), la falta de fuerza, entre otros.

- **José Antonio Navarro-Alonso**, nos detalló las fases por las que pasa una vacuna para verificar su calidad, viabilidad y seguridad hasta poder aplicarse en humanos. El proceso es largo y complejo y puede tardar entre 15 y 20 años. Muchas vacunas no logran pasar el llamado "valle de la muerte".

- **José Augusto** explicó en qué consiste el calendario de vacunación para toda la vida. Explicó que en edades avanzadas se produce un bajón en la inmunidad y que las vacunas cobran un rol relevante en la conservación de la salud junto a la práctica de hábitos saludables (dieta mediterránea, ejercicio físico, etc.).
- **José Antonio** contó la historia de las vacunas de ARN, que comienza en el año 1965. Gracias al tra-

bajo conjunto entre científicos, gobierno, laboratorios, organizaciones, entre otros, lograron sacar vacunas basadas en ARN más una cubierta lipídica (combinación de alta eficacia). Gracias a ellas, se pueden combatir numerosas enfermedades infecciosas y se sigue trabajando para poder combatir otras tantas. Después de más de mil millones de dosis de la vacuna contra la COVID-19, se puede afirmar que las vacunas de ARN son seguras.

- **Bárbara** cerró la sesión relacionando la salud con rentabilidad, ganancia y valor. La salud permite a las personas cumplir sus sueños personales e individuales, pero también tiene una contribución a la sociedad como un todo, por eso, la salud, es un derecho, pero también tenemos el deber de cuidarla y las vacunas están a nuestro lado para ayudarnos a prevenir.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

SESIONES PARALELAS: Cuidado del paciente crónico en post-pandemia y en el futuro

Presidenta de la sesión:

Cristina Sansalvador. *Director de Asuntos Gubernamentales, Acceso al Mercado y Asuntos Médicos Responsable de Asuntos Empresariales, Laboratorios Hartmann*

Moderador:

Ana Miquel Gómez. *Responsable Innovación y proyectos internacionales. Dirección General Docencia e Investigación. Consejería Sanidad de Madrid.*

Ponencias:

- Cuidado del paciente crónico en Atención Primaria
  Daniel Ferrer-Vidal. *Director de Atención Primaria Camp de Tarragona en Institut Català de la Salut y Vocal de liderazgo y búsqueda de talento en la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)*
- El modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria en Cataluña como palanca de cambio y tranformación en la atención a las personas en situación de complejidad y con necesidades concurrentes sociales y sanitarias
  Conxita Barbeta. *Responsable de Atención Integrada del Departament de Drets socials de la Generalitat de Catalunya*
- Cuidado de la persona con enfermedad crónica en el ámbito de las residencias en post-pandemia y en el futuro
  Nieves Legua. *Directora Técnica de Enfermería, Grup Mutuam*

El modelo de Atención Integrada Social y Sanitaria en Cataluña como palanca de cambio y tranformación en la atención a las personas en situación de complejidad y con necesidades concurrentes sociales y sanitarias

Conxita Barbeta

Cataluña apuesta por la atención integrada social y sanitaria como herramienta estratégica para garantizar una respuesta de calidad y equitativa a las personas con necesidades de atención: personas mayores, con discapacidad, con problemática social derivada de salud mental y en general a todas las personas con necesidades complejas.

La Atención Integrada Social y Sanitaria es una de las medidas prioritarias del Pla de Govern de la XIV Legislatura. Entre los Objetivos a destacar se encuentran: la Creación de la Agencia de Atención Integrada Social y Sanitaria, 4 linias prioritarias de integración social y sanitaria (ámbito de atención domiciliaria, àmbito residencial, àmbito salud mental y adicciones y sistemas de información) y el despliegue territorial de la atención integrada social y sanitaria.

Especialmente en estos momentos, se hace necesaria una atención integrada entre los servicios sanitarios y sociales. La pandèmia nos ha enseñado que una coordinación entre ambos Servicios mejora la atención y la experiència de las personas y a su entorno cuidador así como el trabajo y la experiència de los profesionales.

Cuidado de la persona con enfermedad crónica en el ámbito de las residencias en post-pandemia y en el futuro

Nieves Legua

Los cambios socioculturales, demográficos y económicos han modificado las características de la personas que viven en residencias, así como sus demandas de atención sanitaria, evolucionando hacia un cambio de perfil clínico más complejo, con un elevado grado de dependencia, que ha supuesto una intensificación de las necesidades de atención sanitaria y que implica que los profesionales que les atienden requieran un nivel adecuado de conocimientos, experiencia y sensibilidad para dar respuesta a estas necesidades de atención.

Desde un modelo de atención centrado en la persona, responder de forma holística a estas necesidades plantea un nuevo paradigma de atención sanitaria que ha de ser integrado, equitativo, próximo y seguro para garantizar la calidad y el continuum asistencial. Requerirá de la intervención y la coordinación de múltiples actores, cuya coordinación será el elemento clave que garantizará el éxito del modelo de atención sanitaria integrada. Así como, garantizar la interoperabilidad e integración entre los sistemas de información, para asegurar el acceso a los datos por parte de todos los actores.

Para que todo lo anterior se pueda llevar a cabo, tendremos que trabajar y superar los retos que se nos plantean en el ámbito de las residencias como punto de partida por la situación actual en la que nos encontramos.

CONCLUSIONES

Cuidado del paciente crónico en post-pandemia y en el futuro

Ana Miquel Gómez

Durante la década previa se extienden en la mayoría de Comunidades Autónomas del territorio español, las estrategias de cronicidad como una respuesta tanto al envejecimiento de la población como del aumento del número de enfermedades crónicas a todas las edades. Estas estrategias perseguían adaptar la atención sanitaria a las necesidades de las personas, y trasformar el sistema trabajando en todos sus elementos.

Es en esta misma década cuando se empieza a hablar de atención integrada (coordinada dentro y fuera del sistema sanitario) y centrada en la persona, como una evolución que incluye las estrategias de cronicidad y que pretende incrementar su alcance.

Durante la pandemia se pone de manifiesto que los elementos de atención integrada permitieron que el sistema se pudiera mantener y orientar al nuevo escenario (historia clínica compartida, acceso a informes, acceso a información por pacientes, etc.), pero también hizo visible las deficiencias del sistema y la necesidad de mantener la atención a la cronicidad como una prioridad.

Durante su exposición en la mesa Daniel Ferrer Vidal ha descrito cómo a partir del 2022 en la zona del Camp de Tarragona donde él es director se implementan con un claro liderazgo directivo los elementos de atención integrada que se habían planteado en Cataluña. Así, se impulsan: las enfermeras gestoras de casos, los nuevos roles y perfiles (nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales), el modelo de "ventana única", la creación de la figura del responsable de cronicidad, y el impulso a la colaboración y a la coordinación con residencias, además del papel de la oficina de coordinación de ingresos sociosanitarios. Estas actuaciones han tenido impacto en algunos indicadores de resultado y es especialmente visible en los centros con mayor tiempo de desarrollo del modelo.

Por su parte, Jordi Amblás nos ha hecho reflexionar sobre la necesidad de atención integrada, para pasar después a compartir con los asistentes cuales son los elementos prioritarios para el despliegue de la atención integrada social y sanitaria en Cataluña. Entre estos están: la atención integrada en el domicilio y la comunidad, la atención integrada en salud mental, la atención integrada en las residencias de mayores, y los sistemas de información compartidos. Durante su exposición se insistió también en cómo lograr esta transformación de los sistemas social y sanitario, destacando la detección de hasta siete experiencias de éxito que sirven de referencia y que contribuyen a que esta trasformación se lidere también "desde abajo".

Por último, Nieves Legua expuso cómo se está desarrollando la implementación del modelo de atención integrada social y sanitaria en una residencia de personas mayores. En este proceso, y desde su experiencia, planteó tres retos fundamentales: la necesidad de profesionales expertos con diferentes perfiles y niveles de implicación, la necesidad de una adecuada coordinación de todos los implicados dando un papel relevante a la "orquestación" por parte del equipo de atención primaria, y la necesidad de innovación tecnológica en las residencias y en concreto la potenciación de la telemedicina.

Para concluir con la mesa, todos los participantes insistieron en que el proceso de trasformación social y sanitaria ya se está produciendo, y que existe una visión compartida desde la vivencia personal como pacientes, como familiares de pacientes, y en general, como personas que precisan un sistema de atención con referencias claras, con coordinación, y con capacidad de resolución.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

SESIONES PARALELAS: Innovación en la Intervención de Servicios en el Domicilio

Presidente de la sesión:

Pedro M. Cano Desandes. *Director de Estrategia, Planificación y Organización, Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí*

Moderador:

Félix López López. *Director Corporativo Área Sociosanitaria de Ingesan-OHLA*

Ponencias:

- La teleasistencia en Andalucía: hacia un nuevo modelo de atención domiciliaria
  José Luis Prieto. *Director de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía*
- La atención a las personas en su contexto social y territorial en Castilla-La Mancha
  Gregorio Gómez Bolaños. *Técnico superior y Ex-Director General de Infancia y Acción Social de la Junta de Castilla-La Mancha*
- Atención integrada social-sanitaria en el sad de proximidad de Barcelona
  Gemma Rubio Mayol. *Médico, especialista en Medicina de família y Comunitària. Directora EAP BCN 8J Cotxeres, CIS Cotxeres, Consorci de Salut i Social de Catalunya*

La teleasistencia en Andalucía: hacia un nuevo modelo de atención domiciliaria

José Luis Prieto

El Servicio Andaluz de Teleasistencia, pionero a nivel nacional en su gestión directa y pública, ha tenido desde sus inicios el objetivo de mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, promoviendo una mayor autonomía e independencia así como la permanencia e integración de las personas en su entorno social, además de favorecer la conciliación familiar.

Este Servicio de Teleasistencia, que atiende actualmente a más de 260.000 personas, siempre se ha caracterizado por aportar seguridad a las personas usuarias y tranquilidad a sus familiares, pero en estos últimos años se ha convertido en un servicio esencial, pues ha sido la conexión con el exterior de gran parte de las personas usuarias, aportando compañía y paliando situaciones de soledad y aislamiento.

El continuo aumento de usuarios del Servicio Andaluz de Teleasistencia así como la necesidad de establecer nuevos modelos de actuación y un servicio más integral, que sean efectivos y adaptados a los distintos perfiles de usuario dentro del servicio, hace necesaria una continua revisión, adaptación y mejora de los actuales sistemas, entendiendo como sistema tanto el hardware como el software necesario para la implantación de nuevos servicios centrados en la atención personalizadas. Y es en estos momentos que la Junta de Andalucía está trabajando en un nuevo modelo de atención domiciliaria incorporando los avances tecnológicos de última generación.

La atención a las personas en su contexto social y territorial en Castilla-La Mancha

Gregorio Gómez Bolaños

El desarrollo de la Ley de Dependencia en las Comunidades Autónomas requiere un doble ejercicio de homogeneidad en el territorio y de adaptación a las

características del mismo, porque ello condiciona, tanto las necesidades y demandas de las personas, como los recursos y la organización de la prestación de los cuidados y atenciones. Adecuar las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) a las características de un territorio como Castilla-la Mancha, con 919 municipios, una densidad de población muy baja y una importante dispersión de la población, requiere un desarrollo estratégico que priorice la teleasistencia y los servicios domiciliarios y de proximidad para atender a las personas en situación de dependencia que viven en el medio rural.

El objetivo de esta acción estratégica parte del impulso del desarrollo tecnológico al servicio de los cuidados en el domicilio y en el entorno, mediante el fortalecimiento de la teleasistencia , la atención domiciliaria y los servicios de proximidad, evitando o reduciendo el desarraigo, la despoblación del medio rural y la institucionalización siempre que sea posible, entendiendo que la atención especializada y residencial sigue siendo necesaria para situaciones complejas y de gran dependencia y cuando no son posibles los apoyos familiares o sociales necesarios para garantizar una digna calidad de vida.

Atención integrada social-sanitaria en el sad de proximidad de Barcelona

Gemma Rubio Mayol

En Barcelona, la oportunidad de integrar la atención social y sanitaria en el domicilio nace con el nuevo modelo de SAD de proximidad que organiza las profesionales de atención directo (TF y AN) en equipos de 10-15 profesionales e islas de atención de un conjunto de 80-90 personas usuarias en un territorio concreto. Esta nueva organización permite identificar referentes de atención directo del SAD por cada persona usuaria, y por tanto, establecer niveles de coordinación con los profesionales de atención sanitaria, ya organizados por territorios.

Las primeras experiencias de atención integrada nacen en la 1a isla de SAD de Vilapicina (SUARA) y cono el equipo sanitario del CIS Cotxeres (año 2018-19). Se empezaron los primeros contactos para extender el modelo en territorios atendidos por el ICS, pero la pandemia supuso un paro del proyecto, que se reanuda con fuerza el año 2022, ampliando hasta 3 las islas en el mismo territorio con los mismos agentes.

Con la firma del protocolo para el impulso de la atención integrada social y sanitaria en Cataluña el 16/1/2023, se propone que uno de los proyectos en desplegar sea el de la atención integrada en el SAD de proximidad de la ciudad de Barcelona y por tanto, se amplíe el alcance, se consolidan las prácticas de trabajo exitosas y se evalúe el impacto generado en la población atendida.
La AD integrada social y sanitaria (ADISS) es la atención en la que intervienen conjuntamente profesionales de diversos ámbitos de atención, que comparten información y objetivos, y toman decisiones de forma conjunta para garantizar la atención integrada en el domicilio y aseguran un continuum asistencial, poniendo a la persona en el centro de las actuaciones.

Para hacer posible esta atención integrada se hace necesario organizar los recursos de forma diferente, para facilitar la identificación de/de las profesionales que intervienen en cada domicilio, el conocimiento mutuo y por último el reconocimiento de la aportación de cada uno de los profesionales y agentes en el logro del plan de trabajo.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

CONCLUSIONES

Innovación en la Intervención de los servicios a domicilio

Félix López

Lo primero que se necesita es posicionar definitivamente como eje clave de trabajo y desarrollo a la intervención en el domicilio.
Eso implica nuevos enfoques de intervención y nuevas presentaciones, haciendo que la tecnología sea facilitadora de esta transición.

Hay que desbordar los marcos clásicos de las carteras de servicios y buscar la intervención transversal de profesionales y servicios en el domicilio, que respondan a las necesidades de las personas mayores y sus preferencias, y que sean coste-eficientes/sostenibles. Eso, además, pasa por presupuestos compartidos "sociosanitarios" entre las áreas social y salud.

Estos enfoques además deben responder a las necesidades territoriales, desde ciudades a poblaciones rurales, desde la densidad a la dispersión geográfica.

Los nuevos enfoques también deben atender a la prevención, a preservar la permanencia en los domicilios, abordando aspectos que acompañen la reserva cognitiva, la actividad física y su mantenimiento, y muy importante la sociabilidad y la interacción, abordando el gran capítulo de la soledad no deseada (cerca del 50% de los mayores atendido en el servicio de atención domiciliaria están solos).

Todo esto necesita de recursos, enfoques, profesionales, sistemas de información, y lo más importante voluntad de aplicar este enfoque.

Por otro lado, debe haber un empoderamiento de los profesionales de los servicios sociales y una elevación de las intervenciones en todos los foros.

Debemos remarcar que los Servicios sociales ya están trabajando en los domicilios, donde todos acordamos que hay que actuar y, por tanto, es el momento de darles herramientas, recursos y visibilidad.

En definitiva, personas y sistemas de verdad organizados alrededor de las personas, no como ahora que está aún invertido, y aprovechando la tracción tecnológica para a través de los equipos, hacerlo posible de una manera innovadora.

Hay que seguir lanzando experiencias pioneras, tener datos que demuestren su bondad, y después deben venir las políticas y recursos que las hagan extensivas.

Hemos avanzado un largo camino en las intervenciones, y el desafío que se nos presenta por delante en cuanto a población y cambios de preferencias necesita de todos en todos los ámbitos y con tecnología será más viable.

SESIONES PARALELAS: Gestión de las necesidades sociosanitarias en el entorno privado

Presidenta de la sesión:

Cristina Rodríguez Fernández. *Directora de CleceVitam*

Moderadora:

Teresa Álvarez. *Gerente de Fundación Quirónsalud.*

Ponencias:

- Objetivo: Coordinación de Recursos y Necesidades Sociosanitarias
  Cristina Contel. *Presidenta de Honor de ASPE, Alianza de la Sanidad Privada Española*
- Atención integral, continuada y centrada en la persona en situación de dependencia
  Agustín Reoyo. *Adjunto en la Secretaría Confederal de Políticas Públicas y Protección Social de Comisiones Obreras*
- Dificultades en el acompañamiento y coordinación de los pacientes con seguro privado de salud desde el trabajo social sanitario
  Laura Rivera. *Trabajadora Social de Dependentia (Asociados de ACES)*

Atención integral, continuada y centrada en la persona en situación de dependencia

Agustín Reoyo

Desde hace muchos años venimos reclamando una forma de trabajo, estrategias o planificaciones que incluyan a la actividad asistencial, puramente sanitaria, con los servicios de carácter social que se ocupan de forma independiente de las personas en situación de dependencia.

Si valoramos de forma global los datos de petición o solicitud de valoración de grado de dependencia, comprobamos que es cerca de un 5% de toda la población censada en España. Es cierto que un 80% se produce en mayores de 65 años, y el 20 % restante se reparte entre los distintos grupos de edad hasta los 64 años. Si valoramos el "riesgo" de presentar una solicitud de valoración de situación de dependencia en relación a la edad, según la ponderación por grupos etarios, podemos observar que casi el 38% de toda la población mayor de 80 años tramita esta evaluación, casi un 7% de toda la población entre los 65-79 años también realiza este proceso, y el 1,4% de la población restante. Con una pirámide de población para los próximos años de tipo regresivo, con un porcentaje mayor de personas con más de 65 años, especialmente entre los mutualistas administrativos con cifras superiores al 36% de mayores de 60 años, por tanto la posibilidad de que aumente el número de personas en situación de dependencia es muy alta, además se puede agravar si las condiciones físico-psíquicas de las personas es peor al llegar a los 65 años, de aquí la importancia de una buena educación, promoción o prevención de la salud en toda la población, iniciada desde los primeros años de vida.

De forma muy esquemática podemos valorar dos tipos de escenarios en la atención de personas en situación de ayuda: la asistencia en el domicilio y la atención en un centro residencial, cada una de ellas con unas circunstancias y estrategias distintas de actuación. También debemos diferenciar la responsabilidad de la gestión, tanto por servicios privados como por el sistema público, en la asistencia sanitaria y la atención por servicios sociales.

Todas esas circunstancias provocan una gran disparidad de acciones que complican, aún más si cabe, la complejidad de la coordinación sociosanitaria.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

Los cuatro puntos clave que debemos remarcar son: tipo de gestión del servicio social, gestión del servicio sanitario, coordinación de servicios y la persona de enlace entre ellos, reflejado desde el ámbito más general y global, hasta el más cercano y práctico.

Dificultades en el acompañamiento y coordinación de los pacientes con seguro privado de salud desde el trabajo social sanitario

Laura Rivera

La atención sociosanitaria es aquella que combina la atención sanitaria y la atención social, no siendo independientes entre ellas, sino siendo imprescindible la cooperación conjunta de ambas. Para ello, se requiere de un equipo multidisciplinar especializado tanto en el ámbito sanitario, como en el ámbito social que lleve a cabo una buena coordinación de manera que esta cooperación forme un nexo que ofrezca la atención integral a los pacientes y familiares.

En cuanto a los profesionales especializados en el ámbito social, fundamentalmente encontramos a los profesionales de trabajo social sanitario, los cuales se centran en realizar funciones de apoyo y acompañamiento a pacientes y familiares que se encuentran en una situación alterada por su estado de salud y que, por ello requieren de una valoración psicosocial, considerando no solo su situación sanitaria sino también su entorno y contexto sociofamiliar, con el propósito de ofrecer un acompañamiento o si se requiere realizando la derivación o activación de otros recursos que puedan favorecer su recuperación o adaptación social, bajo la perspectiva la perspectiva del modelo biopsicosocial.

En los supuestos donde el paciente dispone de un seguro privado de salud, la intervención del trabajador social se ve alterada debido a que interfieren factores externos que dificultan la óptima atención sociosanitaria del paciente. La gestión de las necesidades de cuidados y/o apoyo sociosanitario de los pacientes con seguros privados de salud se traduce en algunas ocasiones en un obstáculo añadido, dado que la cobertura y la metodología de actuación en este tipo de seguros, carece de visión integral, centrándose en el estado de salud del paciente, sin contemplar la relación y trascendencia existente entre la salud del paciente y el entorno social.

CONCLUSIONES

Gestión de las necesidades sociosanitarias en el entorno privado

Teresa Álvarez Perdices

Para poder abordar la problemática y buscar soluciones a las necesidades sociosanitarias en el entorno privado pusimos sobre la mesa el contexto social español a tener en cuenta.

Se puso de manifiesto que en España existe un problema de pirámide generacional invertida, donde cada vez el colectivo senior tiene mayor peso, alcanzando una cifra de más de 9,5 millones de personas mayores de 65 años. Esto supone un incremento de las necesidades de apoyo tanto a las personas como a sus cuidadores para el mantenimiento de su autonomía personal.

Así mismo, según datos del INE,1 de cada 10 personas en España es cuidador de una persona en situación de dependencia, lo que supone que 1.493.909 de personas en nuestro país tienen reconocida su condición de dependencia, con derecho a prestación, lo cual representa el 3,15% de la población (47,42Mill). Todo indica que la cifra seguirá en aumento en los próximos años, pasando de casi el 55% a más del 80%.
Todo esto, junto a los cambios producidos en el entorno familiar y laboral, da lugar a la necesidad de organizar y coordinar los servicios sanitarios y los servicios sociales de manera que proporcionen una respuesta integral y eficaz a sus necesidades.

Dentro de la solución, las respuestas coordinadas entre entidades públicas y privadas a las necesidades de atención sociosanitaria de las personas son una prioridad. Así como garantizar la cobertura a los pacientes que tienen un seguro privado de salud, debido a la complejidad existente en la coordinación con otros servicios sociosanitarios públicos y/o privados.

Con este contexto social se compartió la necesidad de tomar medidas y poner en marcha iniciativas para unir la actividad asistencial con los servicios y apoyo social a las familias y pacientes en situación de dependencia.

Se compartieron datos sobre la coordinación de los recursos y necesidades Sociosanitarias existentes, la situación en cuanto a costes, número de centros hospitalarios públicos y privados en cada CCAA, centros residenciales y los grupos hospitalarios con rama sociosanitaria.

Uno de los temas claves fue el comportamiento y las carencias de los seguros privados sanitarios a la hora de asegurar asistencia sociosanitaria. En España no existe un desarrollo del seguro de dependencia similar a otras ramas de seguro. Pero se aportaron soluciones para incentivar los seguros de dependencia a través, de mayor concienciación social respecto a la situación de dependencia y adopción de medidas de tratamiento fiscal realmente incentivador mediante instrumentos y productos que garanticen que el ciudadano dependiente va a disponer de suficientes recursos para hacer frente al copago.

Se trató la atención integral y continuada de la persona con dependencia, resaltando que la coordinación sociosanitaria ineficaz genera una espiral creciente de mayor dependencia y por ende, una ineficacia en este abordaje integral en la atención de las personas usuarias.

Por lo tanto si la coordinación sociosanitaria representa un reto importante para el sistema público de atención, en el sistema privado la situación es aún mucho más delicada.

Se compartió la necesidad de establecer una forma de trabajo, estrategias o planificaciones que incluyan a la actividad asistencial, puramente sanitaria, con los servicios de carácter social que se ocupan de forma independiente de las personas en situación de dependencia.

Se profundizó en las dificultades en el acompañamiento y coordinación de los pacientes con seguro privado de salud desde el trabajo social sanitario.

De forma muy esquemática se valoraron dos tipos de escenarios en la atención de personas en situación de ayuda: la asistencia en el domicilio y la atención en un centro residencial, cada una de ellas con unas circunstancias y estrategias distintas de actuación. También se diferenció la responsabilidad de la gestión, tanto por servicios privados como por el sistema público, en la asistencia sanitaria y la atención por servicios sociales.

Desde el trabajo social, todas estas circunstancias provocan una gran disparidad de acciones que complican, aún más si cabe, la complejidad de la coordinación sociosanitaria. Los cuatro puntos clave que se remarcaron fueron el tipo de gestión del servicio social, gestión del servicio sanitario, coordinación de servicios y la persona de enlace entre ellos, reflejado desde el ámbito más general y global, hasta el más cercano y práctico.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

SESIONES PARALELAS: Prevención de la Dependencia en Andorra: Integración Social y Sanitaria a través de ICOPE

Presidenta de la sesión:

Natalia Roldán Fernández. *Presidenta de Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE)*

Moderador:

Toni Vila. *Asesor del Gobierno de Andorra.*

Ponencias:

- Atención integral social y sanitaria
  Montserrat Gil. *Jefe de Área Servicios Sociosanitarios, Ministerio de Asuntos Sociales y Función Pública de Andorra*
- Atención primaria en Andorra: intervenciones dirigidas a la población mayor
  Anna Xandri. *Coordinadora Área Asistencial de Centros de Atención Primaria, Servicio Andorrano de Atención Sanitaria*
- Transformando la Atención a Personas Mayores en Andorra con ICOPE de la OMS
  Eva Heras. *Jefa de servicio Envejecimiento y Salud, Servicio Andorrano de Atención SanitariaSocial de Dependentia (Asociados de ACES)*

Atención integral social y sanitaria

Montserrat Gil

Andorra se distingue por su singular estructura demográfica, con una destacada proporción de persones mayores y una esperanza de vida que supera la media europea.

En nuestra presentación, pondremos de relieve el innovador enfoque de Andorra en la atención a sus mayores. Exploraremos las estrategias y los esfuerzos ejemplares de este pequeño País, destinados a la atención y el apoyo que reciben la población mayor.

Un elemento central de nuestra exposición es la encuesta realizada en 2019 a las persones mayores de 80 años que vivían solas en Andorra. Esta encuesta que se realizó a 1000 personas resultó crucial durante la pandemia por COVID-19, para identificar las necesidades y diseñar estrategias de apoyo efectivas.

Gracias a la excelente coordinación entre el Ministerio de asuntos sociales, los ayuntamientos y la red de voluntariado, se pudo distribuir todos los productos de primera necesidad, medicamentos, se entregó comidas a domicilio y se pudo priorizar la atención domiciliaria necesaria en aquellos momentos tan difíciles

Asimismo, compartiremos los resultados de un análisis DAFO con una alta participación de todos agentes implicados en la atención de este colectivo, que proporciona una visión integral de los aspectos sociosanitarios de Andorra.

Con todos los resultados hemos elaborado un Plan Nacional sociosanitario para las persones mayores que presentaremos en este Congreso, cuyo objetivo es el de garantizar la dignidad i promocionar la máxima autonomía personal i la capacidad de decidir de las persones mayores.

En resumen, descubrirán cómo Andorra se ha erigido en un referente en la atención sociosanitaria a su población, especialmente a sus adultos mayores.

Atención primaria en Andorra: intervenciones dirigidas a la población mayor

Anna Xandri

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Andorra desempeñan una labor fundamental en nuestro modelo de atención sanitaria, teniendo en cuenta que en los distintos Centros de Atención Primaria distribuidos por todo el país los profesionales que los integran son únicamente enfermeras i trabajadoras sociales / educadoras sociales.

Durante el año 2022, se visitaron a 6.493 personas mayores de 65 años, dato que representa el 25% de la población atendida por los profesionales de enfermería, abordando diversas necesidades de atención, como el seguimiento de personas en sus hogares, así como la valoración del entorno en colaboración con el servicio de Atención Domiciliaria (SAD). Además, enfermería de primaria gestiona múltiples aspectos de cuidado dirigidos a las personas mayores, tales como programas de prevención, talleres realizados en hogares de jubilados i charlas de concienciación con el objetivo de tratar aquellos temas que ayuden a mantener una salud favorable i a prevenir situaciones que puedan deteriorar el estado de este grupo de población La atención integral de los mayores en nuestro país esta garantizada con la existencia de una única historia clínica compartida por todos los agentes de la salud Desde el año 2020, hemos colaborado activamente con el Servicio de Envejecimiento y Salud del Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) en la detección de la fragilidad a nivel poblacional. Hasta la fecha, hemos valorado a 479 personas mayores de 65 años de forma voluntaria i gratuita, realizando derivaciones posteriores a las distintas actividades que tienen programadas los ayuntamientos.

En resumen, esta presentación pone en relieve el sólido modelo de Atención Primaria en Andorra, sus servicios dedicados a las personas mayores, y nuestro firme compromiso con la prevención i la detección precoz de la fragilidad en nuestra población mayor.

Transformando la Atención a Personas Mayores en Andorra con ICOPE de la OMS

Eva Heras

En esta sesión, exploraremos en detalle cómo la herramienta ICOPE (Integrative Care for Older People) diseñada por la Organización Mundial de la Salud está transformando la atención a los adultos mayores en Andorra. ICOPE se enfoca en la evaluación de la capacidad intrínseca de las personas mayores, abarcando capacidades físicas, mentales, emocionales y sociales. Su objetivo principal es detectar situaciones de fragilidad en estas dimensiones para intervenir de manera temprana y personalizada.

Una vez identificadas las áreas de fragilidad o riesgo, se desarrolla un plan de intervención individualizado que puede incluir desde la promoción de la actividad física y la estimulación cognitiva hasta la promoción de la socialización y el apoyo emocional. La herramienta ICOPE se ha convertido en un pilar fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en Andorra.

En el Servicio de Envejecimiento y Salud del SAAS, colaboramos activamente con el departamento Ageing de la OMS para validar la herramienta ICOPE en nuestro país. Desde el año 2020, junto con enfermería de atención primaria, hemos valorado a un total de 479 personas mayores de 65 años en Andorra mediante esta herramienta. Durante este proceso, hemos identificado situaciones de fragilidad y se han realizado derivaciones tanto en el ámbito sanitario como en el social, garantizando una atención integral.

Esta presentación destacará la importancia de ICOPE en la prevención de la dependencia y el fomento de un envejecimiento saludable y activo en Andorra. Además, se discutirán resultados y experiencias concretas que demuestran cómo ICOPE promueve la integración efectiva de los servicios de atención social y sanitaria.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

CONCLUSIONES

Prevención de la Dependencia en Andorra: Integración Social y Sanitaria a través de ICOPE

Toni Vila

Antes de iniciar la sesión, se introdujeron algunos datos básicos demográficos y territoriales e información sobre el modelo de bienestar social andorrano con el fin de situar el contexto donde se desarrollaron las acciones que se iban a exponer. En primer lugar, intervino la Sra. Anna Xandri, coordinadora Área Asistencial de Centros de Atención Primaria del Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS), que expuso las peculiaridades de los once centros del nivel primario que acogen los servicios de enfermería de dicho Servicio, cuyo espacio comparten con los y las profesionales del trabajo social y de la educación social del ministerio competente en asuntos sociales. Su volumen de actividad es elevado (se visitaron 6.493 personas mayores de 65 años en 2022) estas visitas se efectuaron en los centros y a domicilio, asimismo colaboran con los servicios de atención domiciliaria y gestionan múltiples cuidados dirigidos a las personas mayores, como programas de prevención, talleres, charlas de concienciación, entre otras. Garantizan la atención integral mediante la historia clínica compartida por todos los agentes de salud y está en proyecto la ampliación con los datos de servicios sociales. Se puso de relieve la coordinación y colaboración de su área tanto con los servicios sociales como con el Servicio de Envejecimiento y Salud del SAAS, con el que han colaborado en la valoración de las personas mayores y en las derivaciones a programas de los comuns (ayuntamientos). Como conclusión, se destaca el valor de la proximidad de estos servicios a las comunidades parroquiales que permite la flexibilidad y la personalización de sus actuaciones. La segunda participación es la mirada desde los servicios sociales. Fue presentada por la Sra. Montserrat Gil, Jefa del Área Servicios Sociosanitarios del ministerio competente en asuntos sociales, centrando su exposición, en primer lugar, en la encuesta realizada en 2019 a más de 1000 personas mayores de 80 años que vivían solas, cuyos datos fueron decisivos en la atención a este colectivo durante el Covid-19. Durante este periodo de emergencia sanitaria dicha área organizó, en colaboración con los dispositivos de Salud, los comuns y la red de voluntarios, la distribución de productos de primera necesidad, medicamentos, entregas de comida a domicilio, etc. y, al mismo tiempo, priorizaron el mantenimiento de las personas mayores en sus viviendas, mediante la reorganización del servicio de atención domiciliaria. Por otra parte, se refirió al Plan Nacional Sociosanitario, elaborado con una amplia participación de las personas mayores y de los profesionales del sector, presentando los datos más significativos y las líneas de actuación. En toda su intervención puso de relieve la importancia y las facilidades que supone la cercanía en un país pequeño, así como las aportaciones de las propias personas mayores en el diseño de los planes de actuación. Finalmente, la Dra. Eva Heras, Jefa de servicio Envejecimiento y Salud del SAAS, expuso la visión del envejecimiento a través del instrumento ICOPE (Integrative Care for Older People) diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo objetivo se dirige a consolidar a nivel mundial del modelo de atención integral sociosanitaria y centrada en la persona. Las acciones de este servicio suponen el engarce internacional de Andorra en esta materia mediante su colaboración activa con el departamento Ageing de la OMS y en la validación de dicha herramienta. Asimismo, informó que desde el año 2020 se han valorado 479 personas mayores centrándose en las capacidades físicas, mentales, emocionales y sociales, con el objetivo de detectar situaciones de fragilidad y así poder intervenir de forma temprana y personalizada. A partir de los datos obtenidos se realiza, conjuntamente con las personas afectadas, el plan de intervención individualizado, que puede incluir la promoción de la actividad física, estimulación cognitiva, la promoción de la socialización y el apoyo emocional. La Dra. Heras mostró con los datos obtenidos como la aplicación del ICOPE está transformando la atención a las personas mayores en el Principado y mejorado su calidad de vida.

En definitiva, en el transcurso de las presentaciones y el debate posterior se mostraron desde Andorra tres miradas que convergían en un modelo de políticas públicas integrado y centrado en la persona que se ha ido desarrollando en los últimos años

SESIONES PARALELAS: Innovaciones tecnológicas para responder a las necesidades integrales asociadas al envejecimiento

Moderador:

Rafael Llarena Gomez. *Director del Departamento de Soluciones e Innovación de DomusVi.*

Ponencias:

- Hacia un modelo nuevo de cuidados en Galicia
  Pablo Martín Lancharro. *Jefe de servicio de calidad, humanización y gestión de información de la Administración General de la Xunta de Galicia*
- Robot dispensador de medicamentos Evondos: Resultados de un piloto
  Oriol Rovira. *Director técnico de farmacia de Grup MUTUAM*
  Roger Duart. *Operations Management Grupo Saltó*
- VERA. Una auténtica innovación social centrada en las personas
  Nuria Fuentes. *CIIO y Digital Transformation Leader de INGESANSocial de Dependentia (Asociados de ACES)*

Robot dispensador de medicamentos Evondos: Resultados de un piloto

Oriol Rovira - Jaume Saltó

Descripción
El robot dispensador de medicamentos Evondos es un robot que dispensa la medicación en el momento adecuado, al paciente adecuado y en la cantidad adecuada según la prescripción médica. Notifica al usuario las tomas de medicamentos, sirve la medicación correspondiente en una bolsita precortada para facilitar la toma de medicación y notifica si no se dispensa una toma al responsable del cuidado del usuario.
Método
En Grup Mutuam se diseñó un piloto para valorar la utilidad del robot dispensador Evondos en usuarios de apartamentos asistidos. El objetivo principal fue la valoración de la repercusión de la incorporación de un dispensador automático de medicación en la adherencia terapéutica de los usuarios. Como objetivos secundarios se planteó evaluar la satisfacción del usuario y del cuidador principal o familiar de referencia, y valorar la funcionalidad, utilidad y viabilidad del dispensador. Se crea un grupo control aparejado por grado de deterioro cognitivo y rango de número de fármacos 1:1.
Resultados
En febrero de 2023 se empezó el reclutamiento de pacientes, siendo un total de 7 pacientes los que han probado el robot dispensador en algún momento, con una edad media de 83 años y 5,28 medicamentos prescritos. En el periodo de estudio, febrero-septiembre, se han dispensado un total de 2460 bolsitas de medicación, con un 99,7% de adherencia al tratamiento conseguido, siendo 8 las bolsitas de medicación que no se tomaron (0,3%).

Se analizaron las alarmas recibidas y fueron un total de 35. La siguiente bolsita no se podía dispensar y se tenía que dar manual (6), última medicación no tomada (6) fueron las más habituales.

Se pasó una encuesta de satisfacción a todos los pacientes reclutados donde se preguntó por diferentes aspectos de funcionamiento y usabilidad del robot. Los resultados más destacados fueron en cuanto a la satisfacción global (4,5 sobre 5), facilidad de uso (4,8) y sensación de seguridad (4,6) y tranquilidad (4,3) durante su uso. Se recomendaría el robot Evondos a un familiar o amigo (8,5/10).
Conclusiones
El piloto diseñado para probar el robot Evondos, ha evidenciado lo que ya estaba descrito en la bibliografía, unos grandes resultados en la adherencia terapéutica con una gran satisfacción por parte del usuario. Se tiene que apostar por tecnologías que mejoran la adherencia terapéutica como herramienta para mejorar los resultados en salud del paciente crónico.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad
Resúmenes y Conclusiones Sesiones Paralelas

CONCLUSIONES

Innovaciones tecnológicas para responder a las necesidades integrales asociadas al envejecimiento

Rafael Llarena

La apertura de la mesa redonda sobre Innovaciones tecnológicas para responder a las necesidades integrales asociadas al envejecimiento corrió a cargo de Carlos Sisternas, Director de Fenin Cataluña, seguida de una breve introducción por el moderador Rafa Llarena, Director de Soluciones e Innovación en DomusVi.

Para comenzar, Pablo Martin, Jefe de servicio de calidad, humanización y gestión de información de la Administración General de la Xunta de Galicia, presentó la situación y los retos relacionados con el envejecimiento a los que se enfrenta la Xunta de Galicia. Estos retos son comunes a otras áreas, con la particularidad de tener una de las mayores tasas de envejecimiento en comparación con otras Comunidades Autónomas, y con una gran parte de la población viviendo en entornos rurales.

El enfoque de la Xunta para afrontar estos retos pasa por el uso de las tecnologías para conseguir unos servicios cada vez más proactivos y centrados en las personas, favoreciendo además la permanencia de las personas en su hogar el mayor tiempo posible. Además, estos servicios deben siempre regirse por principios como la humanización, la accesibilidad o la equidad y teniendo siempre en cuenta las 6Ps: proactividad, personalización, profesionalidad, predicción, población y participación.

Pablo expuso una amplia variedad de iniciativas tecnológicas que está llevando a cabo la Xunta, desde el desarrollo de nuevos sistemas de información para la gestión de los servicios, incluyendo interfaces con sistemas de información de otros actores del proceso de cuidados, hasta el uso de nuevos dispositivos para la toma de variables biométricas o las gafas de realidad virtual, pasando por el uso de la IA y el Big Data.

Seguidamente, Oriol Rovira, Director técnico de farmacia de Grup MUTUAM presentó la experiencia piloto con el robot de dispensación de medicación Evondos. El objetivo del piloto era evaluar la potencial mejora de adherencia al tratamiento por parte de sus usuarios (la falta de adherencia al tratamiento es un factor determinante en el 4% de los ingresos hospitalarios), y al mismo tiempo validar los niveles de satisfacción, aceptabilidad y usabilidad por parte de los usuarios y sus familias. MUTUAM tenía como objetivo pilotarlo en 25 usuarios, y tras ofrecerlo a sus usuarios (siempre teniendo en cuenta que el perfil fuera adecuado a la solución), 7 usuarios han participado en el piloto. Los resultados expuestos por Oriol muestran no sólo unos niveles de aceptación y satisfacción de los usuarios muy altos, sino también una mejora en la adherencia al tratamiento de estos usuarios (99,7% de adherencia).

Roger Duart, Operations Management Grupo Saltó, realizó una introducción del Grupo Saltó y sus soluciones de robótica asistencial. En particular, Roger presentó las soluciones SOM Care, una plataforma multirobot que tiene como objetivo facilitar la vida de las personas mayores, particularmente de aquellas que viven solas. SOM Care incluye funcionalidades como el control por voz y las videollamadas, recordatorios para sus usuarios, o alertas tanto para los usuarios como para sus familiares. Este producto, nuevo en el mercado español, está teniendo una buena recepción, proporcionando un nivel adicional de tranquilidad y seguridad a sus usuarios.

Para finalizar, Nuria Fuentes, CIIO y Digital Transformation Leader de INGESAN, pudo comentar la plataforma VERA, una plataforma de servicios sociosanitarios personalizada, no intrusiva y remota, desarrollada internamente en INGESAN como resultado de un proceso de intraemprendimiento. Gracias a este proceso, VERA se ha diseñado desde las necesidades de sus usuarios y su entorno. Teniendo en cuenta la brecha digital en el segmento de población al que está destinada la plataforma, se decidió desarrollarla como una plataforma accesible desde la propia televisión de los usuarios, mediante un sencillo set-top box. VERA se caracteriza por poner en valor el componente humano de la solución, ya que potencia la interacción entre profesionales y usuarios, así como entre los propios usuarios. Lanzada hace tres años en un proyecto con el Ayuntamiento de Málaga, VERA ha demostrado los beneficios en la salud y la calidad de vida de los mayores, de forma que ya se están incorporando nuevas funcionalidades basadas en tecnologías IoT y se ha lanzado un nuevo proyecto en la Comunidad de Madrid.

3

COMITÉ DEL PROGRAMA Y PONENTES

COMITÉ DEL PROGRAMA

Presidente

Josep Maria Via i Redons

Asesor de la Fundación Edad&Vida y presidente del Comité de Programa del Congreso, MD, PhD, MSc. @ **Fundación Edad&Vida**

Doctor en medicina (PhD), máster en gestión de servicios sanitarios (MSc) y diplomado en gestión hospitalaria (DSc). Ha sido directivo del Instituto Catalán de la Salud y del Servicio Catalán de la Salud (1.984-1994), contribuyendo en esta etapa a la creación del modelo sanitario catalán. Formó parte en la creación del «Programa Vida als Anys», del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, en 1986 lo que representó la primera iniciativa de atención integrada social y sanitaria en España. Posteriormente, este programa se integró ej su Dirección General entre 1991 y 1994, en el Servicio Catalán de la Salud.
Entre 1.997 y 2000 ocupó el cargo de secretario del Gobierno y de Relaciones con el Parlamento de Cataluña, periodo en el cual uno de los objetivos fue trabajar para crear una Administración moderna y muy diferente del modelo actual. Ha trabajado como consultor de gobiernos y empresas privadas del sector salud en 36 países de Europa, América y África.
Ha sido profesor en EADA, ESADE y la UOC y profesor colaborador de la Universidad de Montreal en Suiza y en Italia. Actualmente, forma parte de varios consejos de administración y consejos asesores, desarrollando servicios de consultoría y coaching. Fue miembro del Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario de la Generalitat y presidente del Consejo Rector del Parque de Salud Mar de Barcelona.
El ámbito sociosanitario y residencial, en el sector de las personas mayores, siempre han formado parte de su actividad profesional y, en la actualidad la práctica totalidad de sus clientes prestan servicios a personas mayores.
Creadores de la Fundación Edad&Vida (primeros trabajos de conceptualización diciembre 1999) entidad a la cual continúa vinculado desde entonces. Ha sido el presidente del Comité de Programa de las 9 ediciones del Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida.
Autor de 3 libros, y de más de un centenar de publicaciones en el ámbito sanitario y sociosanitario.

Joan Carles Contel Segura

Miembro del Programa Prevención y Atención a la Cronicidad y del Plan Interdepartamental de Atención Integrada sanitaria y social @ **Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña**

Joan Carles Contel es Diplomado en Enfermería por la Universidad de Barcelona en la Escuela Universitaria de Enfermería Príncipes de España. Diplomado en Postgrado de Gestión Sanitaria de la práctica directiva y Máster en Gestión Pública por ESADE.
Profesor Asociado de la Universidad Barcelona, y es Autor de diferentes publicaciones y artículos en revistas, relacionados con área "Cronicidad" y "Atención domiciliaria"
Actualmente trabaja en el Programa Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) y Plan Atención Integrada Sanitario y Social (PAISS) del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.
Resumen:
- Título de **Diplomado en Enfermería** por la Universitat de Barcelona en la Escuela Universitaria Enfermería Princeps d´Espanya (1983-1986)
- **Diploma Postgrado de Gestión Sanitaria**: **la práctica directiva**. ESADE, 1999
- **Máster en Gestión Pública ("Executive Master in Public Administration")**. ESADE, 2005
- **Autor publicación diferentes publicaciones artículos revistas**, relacionados con área "Cronicidad" y "Atención domiciliaria"
- **Profesor Asociado Universitat Barcelona**
- **Programa Prevención y Atención a la Cronicidad** (PPAC) y **Plan Atención Integrada Sanitario y Social** (PAISS) del Departament Salut de la Generalitat de Catalunya.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Oriol Fuertes Cabassa

CEO @ **QIDA y miembro del Consejo Asesor del PAISS**

Oriol Fuertes, CEO y Fundador de Qida, ha dedicado gran parte de su vida profesional al mundo de la consultoría relacionado con el sector de la salud. Durante más de 10 años, Oriol Fuertes ha trabajado en McKinsey & Company, asesorando a gobiernos europeos en su estrategia sanitaria y a la industria MedTech en su estrategia comercial internacional.
Además, a lo largo de su trayectoria profesional, también ha trabajado en la Secretaría General de Sanidad de la Generalitat de Cataluña, en el mandato de Boi Ruiz como consejero de dicho departamento.
Actualmente, también es miembro del Consejo Asesor del Programa de Atención Integrada de Cataluña (PAISS) y miembro de la Unió Catalana d'Hospitals.

José Augusto García Navarro

Director general @ **Consorcio de Salud y Social de Cataluña y presidente de SEGG**

José Augusto García Navarro es Médico especialista en Geriatría, diplomado en gestión clínica por EADA, en gestión de servicios sanitarios por ESADE, en liderazgo y gestión de equipos por la Universidad de Barcelona y PADE del IESE. Ha sido Director del Hospital de la Santa Creu de Tortosa, Director de Atención Sociosanitaria y Social del Grupo Sagessa, Gerente del Área Operativa del Grupo Sagessa, Director Gerente del Hospital Universitario San Joan de Reus y, finalmente, fue Director General del Grupo Sagessa (grupo hospitalario público con 3.400 profesionales, 6 hospitales, 5 áreas de atención primaria y 11 residencias de ancianos).
En la actualidad es el Director General del Consorcio de Salud y Social de Catalunya (42 hospitales, 54 centros de rehabilitación geriátrica, 57 centros de atención primaria, 171 residencias de ancianos, 46.000 trabajadores).
Ha sido coordinador de la Comisión sociosanitaria del Consorcio de Salud y Social de Catalunya, miembro del Consejo asesor del Plan Director Sociosanitario del Departamento de Salud de Cataluña. Actualmente es miembro del Consejo de Dirección del Catsalut. Es autor de múltiples publicaciones del ámbito de la geriatría y de la gestión hospitalaria.
De forma habitual realiza ponencias en congresos estatales e internacionales en el ámbito de la Geriatría y la gestión y planificación sanitaria. Es evaluador ANEP (Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva) para proyectos de investigación con financiación competitiva, sobre Geriatría y gestión sanitaria.
Profesor colaborador en programas máster de gestión en la Universidad Internacional de Catalunya y en la Universidad de Barcelona. Realiza, de forma habitual, consultoría de servicios sanitarios públicos en diversos países de Latinoamérica y El Caribe.
Desde Junio de 2019, es el Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Tino Martí

Coordinador @ **Observatorio La gestión importa. Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria**

Coordinador del Observatorio La gestión importa de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria
Consultor en sistemas de salud y gestión sanitaria, formulación de políticas sanitarias y rediseño de servicios de salud, especialmente en Atención Primaria y salud digital. Desde 2019 participa en proyectos de investigación e innovación de la Comisión Europea con la European Health Telematics Association (EHTEL). Entre 2016 y 2019 ejerció como Technical Officer en el Centro de Atención

Primaria de la Organización Mundial de la Salud en Almaty, Kazajistán. Anteriormente, desempeñó diversas funciones técnicas y de gestión en la Fundació TicSalut, CASAP e Institut Català de la Salut.

Ana Miquel Gómez

Responsable Innovación y proyectos internacionales. Dirección General Docencia e Investigación. @ **Consejería Sanidad de Madrid**

Actualmente Responsable de Innovación Sanitaria y Proyectos Internacionales en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Actividad profesional anterior entre otros:
- Médico de Familia en el Centro de Salud Mar Báltico
- Coordinadora de la Estrategia de Atención Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid.
- Gerente Adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Atención Primaria de Madrid
- Directora Médica del SUMMA 112 de Madrid

Actividad docente investigadora y colaboradora/asesora adicional:
- Profesora asociada de la Universidad Rey Juan Carlos
- Investigadora colaboradora con la Universidad de Berkeley
- Miembro estructural colaborador de la International Foundation on Integrated Care (IFIC).
- Profesora de diversos Másteres de Salud pública, Calidad Asistencial y Gestión en varias universidades. Alrededor de 170 entre publicaciones, comunicaciones y ponencias.

José Miguel Morales Asencio

Catedrático de Universidad, vicedecano de Investigación y Posgrado. Coordinador del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, de la Facultad de Ciencias de la Salud @ **Universidad de Málaga. IP Grupo CTS-970 "Cronicidad, Dependencia, Cuidados y Servicios de Salud" Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)**

El Prof. José Miguel Morales Asencio es Catedrático en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga, donde también es Vicedecano de Investigación y Coordinador del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Anteriormente fue Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. De 2003 a 2007 coordinó la Unidad Multidisciplinar de Efectividad e Investigación del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Málaga. Anteriormente, ejerció su práctica clínica durante 16 años en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.
También es profesor invitado en la Universidad de Hertfordshire (Reino Unido), Coimbra, Universidad de Barcelona, Cádiz, Almería, Huelva, Illes Balears y Universidad Autónoma de Madrid.
Dirige el grupo de investigación "Cronicidad, Dependencia, Cuidados y Servicios de Salud" perteneciente al Instituto de Investigación Biomédica de Málaga, que investiga sobre intervenciones y modelos de atención a personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores familiares, gestión de la seguridad clínica en esta población y el desarrollo de guías para prestar servicios a esta población.
Ha publicado 144 artículos en revistas con factor de impacto (índice h: 23) y ha dirigido 51 tesis doctorales. Ha sido consultor de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, y evaluador del 7° Programa de Investigación FP de la Comisión Europea. En el ranking mundial de científicos españoles ocupa el puesto 5.587 de 92.000 (percentil 95) con un índice h de 41. Desde 2020 está incluido en el ranking de Stanford de científicos más citados.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Francisco Javier Martínez Peromingo

Médico especialista en Geriatría @ **Servicio Madrileño de Salud**

Francisco Javier Martínez Peromingo es médico especialista en Geriatría y ex Director General de Coordinación Sociosanitaria, Servicio Madrileño de Salud. Tiene un Máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universitat de Barcelona.
Durante años ha sido Coordinador Sociosanitario de los hospitales Fundación Jiménez Diaz, Rey Juan Carlos, Infanta Elena y Hospital General de Villalba y desde el 2020, es director general de Coordinación Sociosanitaria de la Comunidad de Madrid.
Recientemente ha dirigido el plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable de la Comunidad de Madrid.

PONENTES

Agustín Lopesino

Director corporativo de Sector Público y Servicios de Atención en el Domicilio @ **DomusVi**

Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales con postgrados en Comercio Internacional, Recursos Humanos y Colaboración Publico-Privada. Con más de 20 años de experiencia en el ámbito Social y Sanitario, desarrollando funciones Directivas en puestos de Recursos Humanos y Operaciones.
En la actualidad, lidera la Colaboración Público- Privada de todos los servicios de Domusvi España, así como la responsabilidad Corporativa de los Servicios en el entorno Domiciliario, que incluyen los Servicios de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia y Healthcare.

Agustín Reoyo

Adjunto en la Secretaría Confederal de Políticas Públicas y Protección Social @ **Comisiones Obreras**

Doctor en Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.
Experto Universitario Epidemiología UCM, Máster Salud Pública y Epidemiología UCM
Médico de Atención Primaria C.S Alcorcón (Madrid)
Profesor Asociado Medicina Preventiva y Salud Pública 1997-2017. Universidad Complutense de Madrid.
Miembro de las siguientes instituciones en representación de CCOO:
- Vicepresidente Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS
- Consejo de Participación del INGESA
- Vocal de la Comisión Ejecutiva del IMSERSO
- Consejo General del IMSERSO

Alfredo De Pablos

Paciente Experto @ **Asociación de Pacientes con Pluripatologías Crónicas**

Alfredo de Pablos Calelle, 1960
Licenciado en Químicas, funcionario y profesor de Ciencias de Instituto.

Profesor de Instituto de Administraciones Públicas de Andalucía.
Profesor del Área de Docencia del Distrito de Atención Primaria de Málaga.
Miembro del Comité de Bioética de la Empresa Pública de Emergencias de Andalucía.
Secretario de la Mesa de Salud del Consejo Social de la ciudad de Málaga.
Director General de atención a los pacientes del Colegio Andaluz de Fisioterapia.
Presidente de la Asociación de Pacientes con Pluripatologías Crónicas y de la plataforma Málaga Accesible (82 asociaciones de pacientes y personas con discapacidad)

Ana Bocio Sanz

Subdirectora general de Promoció de la Salut @ **Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya**

La Dra. Ana Bocio Sanz es licenciada en farmacia por la Universidad de Barcelona y doctora por la Universidad Rovira i Virgili. Es diplomada en Sanidad por la Escuela Nacional de Salud. Co-directora del Potsgrado en Salud Pública de la UPF/BSM y miembro del Consejo Académico del Máster de Salud Pública de la UPF/UAB.
Desde el año 2005 realiza su labor profesional en la Agencia de Salud Pública de Cataluña, donde actualmente ocupa el cargo de subdirectora general de Promoción de la Salud.
Ha sido profesora asociada en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Rovira i Virgili, desde 2001 hasta 2018, realizando docencia en las enseñanzas de Medicina y Nutrición Humana y Dietética. Ha colaborado como investigadora en proyectos de investigación y tiene diversas publicaciones en revistas indexadas nacionales e internacionales.

Ana Miquel Gómez

Responsable Innovación y proyectos internacionales. Dirección General Docencia e Investigación. @ **Consejería Sanidad de Madrid**

Actualmente Responsable de Innovación Sanitaria y Proyectos Internacionales en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Actividad profesional anterior entre otros:
- Médico de Familia en el Centro de Salud Mar Báltico
- Coordinadora de la Estrategia de Atención Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid.
- Gerente Adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Atención Primaria de Madrid
- Directora Médica del SUMMA 112 de Madrid

Actividad docente investigadora y colaboradora/asesora adicional:
- Profesora asociada de la Universidad Rey Juan Carlos
- Investigadora colaboradora con la Universidad de Berkeley
- Miembro estructural colaborador de la International Foundation on Integrated Care (IFIC).
- Profesora de diversos Másteres de Salud pública, Calidad Asistencial y Gestión en varias universidades. Alrededor de 170 entre publicaciones, comunicaciones y ponencias.

Ana Mª de Andrés Lázaro

Jefa del Servicio de Farmacia @ **Parc Sanitari Pere Virgili**

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Doctora en Medicina por la Universidad de Barcelona, máster en Atención Farmacéutica y máster en Economía de la Salud y del Medicamento. Trabajó como técnico en evaluación de medicamentos en AQUAS (Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña). Actualmente ejerce como Jefa de Servicio de Farmacia en el hospital Parc Sanitari Pere Virgili, hospital de Atención Intermedia en Barcelona, y lidera una de las líneas de investigación del grupo REFiT-BCN.

Ana Pastor Julián

Vicepresidenta segunda @ **Congreso de los Diputados**

Actualmente es vicepresidenta segunda del Congreso de los Diputados, secretaria ejecutiva de Sanidad del Partido Popular y diputada del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso de los Diputados.
Ha sido presidenta del Congreso de los Diputados desde el año 2016 hasta el 2019, ministra de Fomento desde el año 2011 al 2016 y ministra de Sanidad y Consumo de 2002 a 2004.
También ha ejercido los cargos de vicesecretaria de Política Social del PP, coordinadora de Participación Social del PP, secretaria ejecutiva de Política Social y Bienestar del PP, vicepresidenta segunda del Congreso durante la IX Legislatura y vicepresidenta tercera del Congreso de los Diputados en la XIII Legislatura.
Además, ha ostentado distintos cargos en la Administración, entre ellos, directora general de MUFACE (1996), subsecretaria del Ministerio de Educación y Cultura (1999), subsecretaria del Ministerio de la Presidencia (2000) y subsecretaria del Ministerio del Interior (2001).
A lo largo de su carrera política ha sido elegida diputada de las Cortes Generales por Pontevedra en siete legislaturas y en esta XIV legislatura, por Madrid.
Es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca y médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Funcionaria de carrera del Cuerpo Superior de Salud Pública y Administración Sanitaria.
Profesora asociada en la Universidad Carlos III de Madrid, en la asignatura de Sistemas de Gestión Pública Comparada.
Es Executive MBA en dirección de Empresas, Magister en Salud Pública y Magister en Administración Sanitaria.

Anna Xandri Bonet

Coordinadora Área Asistencial de Centros de Atención Primaria @ **Servicio Andorrano de Atención Sanitaria**

Diplomada en enfermería por la Universidad Autónoma de Barcelona
Postgrado de enfermería en Salud Comunitaria por la Universidad Autónoma de Barcelona
Master en administración i gestión por la Universidad Autónoma de Barcelona
Cargo que ocupo : Responsable d'Atenció Primària del SAAS.

Antoni Vilà

Asesor @ **Gobierno de Andorra**

Licenciado en Derecho y Doctor en Pedagogía. Actualmente desarrolla sus actividades como investigador en el Instituto de Gobierno y Políticas públicas (IGOP) de la Universidad Autónoma de Barcelona. Es asesor del Gobierno de Andorra y miembro del Consejo Asesor de

Atención Integrada Social y Sanitaria (AISS) de la Generalitat de Cataluña y del LabDINCAT y presidente del Consejo Social y de Participación del Instituto Guttmann.

Barbara Rey Actis

Fundadora @ **Longevity Initiatives**

Bárbara Rey Actis es experta en longevidad. Fundadora de la consultora Longevity Initiatives, dedicada al desarrollo de proyectos relacionados con la gestión de la edad en las empresas y el lanzamiento de productos y servicios para sénior, elaboración de contenidos y formación.Es también autora del libro "Una longevidad con sentido", publicado por la editorial Verssus. Cuenta con una experiencia de más de treinta años trabajando en grandes empresas de diferentes industrias como profesional de marketing. Es MBA por el Instituto de Empresa, graduada con honores en 2019. Es allí justamente cuando nace su pasión por la longevidad y el mundo sénior.

Beatriz Pascual

Médica de familia @ **Servicio Andaluz de Salud**

Beatriz Pascual de la Pisa. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en UGC Camas, Sevilla. Doctora en Medicina y Profesora Asociada en la Facultad de Medicina de Sevilla. Formación en Metodología de investigación y Estadística. Experiencia investigadora desde el año 2002 en la línea de cronicidad en Atención Primaria como IP y en colaboración. Asesora del Programa para la Mejora de la Investigación e innovación en Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Bonaventura Clotet Sala

Territorial de Enfermedades Infeccionas de la Metropolitana Norte @ **Director Clínico**

Bonaventura Clotet se doctora en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en 1981. Ese mismo año, durante su residencia como especialista en Medicina Interna en el Hospital Universitario de Vall d'Hebron de Barcelona, coincide con el primer caso de sida descrito en España, hecho que le empuja a involucrarse en el estudio de esta enfermedad. En 1983 el doctor Clotet se incorpora como médico adjunto de medicina interna en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona), donde crea el primer hospital de día de España específicamente dedicado a la asistencia de personas con VIH. Poco después, Clotet se convierte en jefe de Sección de Medicina Interna y jefe de la Unidad de VIH (1987-2015). En ese momento, la pandemia del sida causaba estragos y, con el objetivo de recaudar dinero para asistir y buscar soluciones terapéuticas para todas las personas que sufrían la enfermedad, en 1992 el doctor crea la Fundación Lucha contra el Sida, que actualmente se llama Fundación Lucha contra las Infecciones. Ante los retos que plantea la enfermedad, Clotet decide complementar su labor con la investigación básica creando en 1995, con el apoyo de la Fundación "la Caixa" y el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, el Instituto de Investigación del Sida IrsiCaixa. De 2015 a 2021, Clotet ejerce como jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Germans Trias i Pujol.
Actualmente, Clotet **dirige IrsiCaixa, preside la Fundación Lucha contra las Infecciones y es director clínico territorial de enfermedades infecciosas del Área Metropolitana Norte**. Durante su carrera científica, Clotet ha publicado más de 1000 trabajos científicos y tiene un índice-h de 103. El conocimiento acumulado sobre el sistema inmunitario y el VIH le ha permitido expandir su labor al conjunto de las enfermedades infecciosas y las que están relacionadas con estas.
Clotet lleva a cabo su carrera científica en paralelo con la labor docente como catedrático de Enfermedades Infecciosas e Inmunidad (UVic-UCC) y profesor asociado de la UAB, entre otras actividades divulgativas. Algunos de los reconocimientos que ha recibido son el Premio a la Trayectoria Científica en los Hospitales del Instituto Catalán de la Salud (2010), la Medalla al Mérito Sanitario Josep Trueta (2012), el Premio a la Excelencia Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (2013), la Creu de Sant Jordi (2016) y el Premio Nacional de Investigación (2021).

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Camino Roldán Fernández

Subdirección General @ **EULEN Servicios Sociosanitarios**

Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales, con especialidad en Economía Laboral por la Universidad Complutense de Madrid.
Programa de Desarrollo Directivo por ESADE.
Máster en Dirección de Centros de Servicios Sociales por la Universidad Autónoma de Madrid.
Más de 22 años de trayectoria profesional y experiencia en la gestión de servicios sociales, sanitarios y educativos en Eulen Servicios Sociosanitarios.
Incorporé en el Grupo Eulen en el año 2022 como Técnica especialista en servicios sociosanitarios en Madrid (2022-2006).
Jefe de Producto de Servicios Sociosanitarios de Madrid (2006-2013)
Gerente de servicios sociosanitarios en Zona Centro, Madrid, Castilla La Mancha y Extremadura (2006-2021)
Actualmente Subdirección General de Eulen Servicios Sociosanitarios.

Carles Blay Pueyo

Director @ **Escola de Salut del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona**

Director de l'Escola de Salut del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Doctor en Ciencias de la Salud y Máster Universitario en Cuidados Paliativos.
Miembro y posteriormente Responsable operativo del Programa de cronicidad de Catalunya 2012-2016.
Investigador C3RG (Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central – Universitat de Vic).
Consultor en cronicidad de la Cátedra de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud de la Universitat Internacional de Catalunya.

Carlos Sisternas Suris

Director @ **FENIN Catalunya**

Licenciado en grado en Biología (Universidad de Barcelona). Master en Biotecnología Alimentaria por ETSIB (Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Barcelona), Executive MBA por INESE y Curso Superior de Organización y Dirección Comercial por la Cámara de Comercio de Madrid.
A lo largo de su vida profesional trabajó inicialmente en el laboratorio de análisis clínicos del Hospital San Juan de Dios y ha ocupado diversos puestos de responsabilidad en marketing y ventas así como direcciones comerciales y de división en diferentes empresas del sector de tecnología sanitaria, en el ámbito del diagnóstico in vitro (Pro-

duct Manager en Roche Diagnostics S.L., Business Unit Manager en Bayer, Director Divisió Check Up en Menarini Diagnostics S.L., Director de Ventas y luego Director de Marketing in Dade Behring S.A., etc.)..
Es desde el año 2000 Director de Fenin Catalunya y responsable de los sectores de Tecnologías y Diagnostico in vitro.
Casado y con tres hijos

Conxita Barbeta

Diplomado Universitario en Enfermería, Diplomado en Medicina Clínica Preventiva, Diplomado en Sanidad, Máster de Gestión Integral de Servicios Sociales, de atención primaria y Hospitalaria y Post Grado en Vacunaciones Preventivas.
Actualmente, Responsable de Atención Integrada del Gabinete del Consejero del Departamento de Derechos Sociales, de la Generalidad de Cataluña y Co-directora del Equipo Motor de Atención Integrada Social y Sanitaria de los Departamentos de Derechos Sociales y de Salud, de la Generalidad de Cataluña.
Durante 24 años, directora de la Residencia y Centro de Día para Personas Mayores Feixa Llarga- "Laia González" de Hospitalet de Llobregat. Centro de gestión propia del Departamento de Derechos Sociales.
Co-dirección del Plan de Atención Integrada Social y Sanitaria de Catalunya (PAISS).
Coordinadora Transversal y tutora de Proyectos de atención integrada social y sanitaria. Docente en distintos Máster y Escuelas Universitarias impartiendo materia de Salud Pública, legislación sanitaria y Metodología, Atención integrada social y sanitaria, Organización residencial.
Coautora en diferentes documentos y publicaciones vinculados a atención social y sanitaria.

Cristina Bellido

Directora de Negocio y Analytics y miembro del Comité de Dirección @ **Vidacaixa**

Cristina tiene más de 24 años de experiencia en el sector financiero (banca y seguros) liderando equipos multidisciplinares de alto desempeño para transformar analíticamente el proceso de decisión, con especial enfoque en la definición e implementación de estrategias comerciales.
Estudió Administración de Empresas en Barcelona y obtuvo un doctorado en Economía en la Universidad de Chicago. Se inició en el sector bancario donde comenzó a aplicar la analítica de datos para transformar el proceso comercial y enriquecer el proceso de decisión de la estrategia comercial. Hace siete años se incorporó a Vidacaixa, donde lideró diferentes direcciones hasta que en 2020 creó la Dirección de Data Analytics para transformar la Cadena de Valor del proceso de Seguros e incrementar el enfoque Data Driven de toda la firma. Desde 2022 es Directora de Negocio y Analytics y miembro del Comité de Dirección de Vidacaixa. Sus responsabilidades se orientan al desarrollo de productos, la estrategia comercial, la transformación digital y la analítica avanzada.

Cristina Contel Bonet

Presidenta de Honor @ **ASPE, Alianza de la Sanidad Privada Española**

FORMACIÓN
Licenciada en Derecho por la Universidad de Barcelona, con "Distinción de Honor".
Master de Abogados de Empresa con "Mención Extraordinaria", número 1º de la promoción.
Realización de Oposiciones a Judicatura por la modalidad de Concurso-Oposición.
Realización de los cursos de Doctorado en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social y obtención del Certificado de Suficiencia Investigadora.
Master en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Universidad de Barcelona.
Diplomada en "Dirección de Servicios Integrados de Salud", por ESADE.
Realización del "XIII Curso de Derecho Sanitario", en el I.C. de Abogados de Barcelona.
PROFESIONAL
2007-2023 Consejera Delegada "Policlínica Comarcal del Vendrell" (PCV)
2009-2017 Presidenta de Asociación Catalana de Entidades de Salud (ACES) la Patronal del Sector Sanitario Privado de Cataluña.
2012-2013 Vicepresidenta de la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP)
2013-2016 Presidenta de la de la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP)
2016-2020 Presidenta de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)
2016-2020 Presidenta de Fundación Global Salud (FGS).
2015-2020 Vicepresidenta de la Unión Europea de Hospitales Privados (UEHP).
2017 – 2020 Presidenta de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de CEOE.
2020 – 2023 – Actualidad Presidenta de Honor de ASPE.

Cristina Rodriguez Fernandez

Directora @ **CleceVitam**

Directora de CleceVitam. Trayectoria profesional con más de 22 años de experiencia en gestión de servicios sociosanitarios como: teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio y actualmente en residencias y centros de día. Experimentada en la implantación de modelos de calidad, como la Joint Commission International en centros residenciales. Diplomada en Trabajo Social, se especializó en salud mental y atención con enfermos de Alzheimer y sus cuidadores. Máster en dirección de centros de servicios sociales e impulsora de la mejora continua por y para las personas, con especial foco en la humanización de los modelos de atención y gestión.

Daniel Ferrer-Vidal

Director de Atención Primaria Camp de Tarragona @ **Institut Català de la Salut**

Soy especialista en medicina familiar y comunitaria. Tengo experiencia en atención como médico de familia y como gestor, con puestos directivos de forma continua y siempre en servicios públicos, desde 1997, en Barcelona, Terres de l'Ebre, Baix Llobregat Litoral y Tarragona. Actualmente, soy director del DAP Camp de Tarragona, desde 2011. Me interesan especialmente los temas de gestión (he sido líder del grupo directivo de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria -CAMFIC-; también miembro del grupo de gestión e influencia Bsalut), y temas de comunicación (máster en PNL) y liderazgo (Programa de Coaching de Organización y Sistemas de Relación, y master GESAP). He sido presidente de CAMFIC (febrero de 2004 a febrero de 2005), la sociedad científica con mayor número de socios de Cataluña; También vicepresidente y secretario de la misma sociedad de 1998 a 2004. He sido profesor asociado en la Universidad Autónoma de Barcelona para estudiantes de grado, tutor de postgrado de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de 1995 a 1997 en el Área Básica de Salud de La Mina y he impartido docencia en el programa de formación para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente de Costa de Ponent, en Barcelona, de 2007 a 2013. Actualmente, miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directores de Atención Primaria, desde junio de 2022, representando a Cataluña y como miembro de liderazgo y captación de talento.
Desde enero de 2020 he liderado la puesta en marcha del proyecto «Centros en Transición», en nueve de mis equipos de atención primaria en el área de Tarragona, y

de forma coordinada y paralela con 5 equipos de la organización de prestación de La Tecla y la Entidad de Base Asociativa de Muralles, a los que se han sumado el resto de proveedores de atención primaria del Camp de Tarragona. En 2023 se convierte en un proyecto de mentoring para la transformación de equipos basado en un nuevo método de proporcionar información.

David Velasco

Director del Departamento de Personas Mayores @ **Fundación "la Caixa"**

David Velasco es Licenciado en Psicología por la Universidad de Barcelona y se ha especializado en ESADE en Dirección de Organizaciones No Lucrativas.
Ha desarrollado su carrera profesional en Fundación "la Caixa", llevando a cabo la dirección de diferentes departamentos del Área Social, concretamente el departamento de Pobreza Infantil (CaixaProinfancia) y el de Humanización de la Salud. Desde noviembre de 2021 es el director del departamento de Personas Mayores de Fundación "la Caixa".

Eduardo Rodríguez Rovira

Presidente de Honor @ **Fundación Edad&Vida**

Eduardo Rodríguez Rovira es Profesor Mercantil, Economista y Licenciado en Derecho. Actualmente es Presidente de Honor en CEOMA, Confederación Española de Organizaciones de Mayores y de la Fundación Edad&Vida.
Ha sido presidente de Laboratorios Indas, SmithKline Beecham y Laboratorios Cantabria y director general de Ferrer Internacional.
Tiene las medallas de Oro de la Real Academia Nacional de Farmacia y de la Real Academia de Medicina de Cantabria. Recibió el Premio Séneca, concedido por la Asociación de Periodistas Sanitarios. Está en posesión de la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad.

Elisa Pozo

Arquitecta y socia fundadora @ **Mita atelier**

Socia fundadora. Arquitecta con especialización en medio ambiente por la Universidad Politécnica de Madrid (2017) y máster en Villes Durables (Institut Français d'Urbanisme, 2014) y Medio Ambiente y Bioclimática (MAYAB UPM, 2019). Su campo de trabajo es la investigación y práctica del diseño saludable y estrategias urbanas sostenibles. Desde 2022 es investigadora responsable en diseño arquitectónico de la Fundación Matia. Actualmente está realizando su doctorado en Sostenibilidad y Regeneración Urbana en la Univesidad Politécnica de Madrid sobre ciudades amigables con las personas con demencia. En 2020 recibió el tercer premio Talento Joven-CarnéJoven de la Comunidad de Madrid en la categoría "Solidaridad" por su trabajo y actividades sobre el envejecimiento activo y saludable. En 2022 ha sido seleccionada entre los 35 under 35 por la Asociación Madrid Capital Mundial de la Construcción, Ingeniería y Arquitectura y Global Shappers España.
En el ejercicio profesional trabaja como arquitecta y urbanista colaborando con distintos equipos en estudios y empresas de arquitectura, ingeniería y consultoría, principalmente en proyectos de estrategia y planificación territorial, estudios de movilidad, consultoría ambiental y bioclimática, entre otros. Entre sus colaboraciones más destacadas se encuentran el Proyecto Piloto de Nueva Centralidad para el Área Metropolitana de Bucaramanga en el Valle de Guatiguará y el Núcleo Urbano de Piedecuesta (mención en la XXVII BCAU; colaboración con MoneoBrock, Ester Higueras y Rafael Moneo, y equipos de la USTA y del Área Metropolitana de Bucaramanga); el proyecto del Mercado Habitado II (primer premio Reinventing Cities I; colaboración equipo Laboratorio Sur); el proyecto de Tercer Sonido (primer premio Reinventing Cities I; colaboración equipo Laboratorio Sur) y el Plan Director de la Bicicleta de Valladolid (colaboración con DOYMO). Colabora como investigadora en la Universidad Politécnica de Madrid en proyectos de salud urbana, donde ha sido coordinadora de proyectos europeos de Innovación Educativa sobre salud urbana y envejecimiento activo, así como co-autora de la Guía para planificar ciudades saludables publicada por el Ministerio de Sanidad y la FEMP (2022).
Desde 2017 es profesora en el Istituto Europeo de Design de flujos de trabajo y herramientas digitales para la visualización de proyectos, presentación y portfolio. Asimismo, ha sido invitada como profesora y ponente en distintos cursos de Máster, congresos nacionales e internacionales, y en otros medios de prensa.

Eva Heras Muxella

Jefa de servicio Envejecimiento y Salud @ **Servicio Andorrano de Atención Sanitaria**

Jefa del Servicio de Envejecimiento y Salud en el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria.
Licenciada en Medicina y Médico Especialista en Medicina Interna por la Universidad Autónoma de Barcelona.
Doctor en Medicina con tesis «Cum Laude» por la Universidad Autónoma de Barcelona.
Especialización en Gerontología y Medicina Geriátrica en la Universidad de Sorbonne, París.
Máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud y Máster en Enfermedades Crónicas de la Universidad de Barcelona.

Félix López

Director Corporativo Área Sociosanitaria @ **Ingesan-OHLA**

Director Corporativo de Negocio, División de Servicios Sociosanitarios,Ingesan-OHLA
Mar 2023 – Present (7 months)
Comex Member, Reporting to CEO.
– Defining Market Strategy
– Standardize an Operating model focused on clients
– Digital Development for the diferent services
– Building relations with key market players
– Leadership and Development of the social área team/structure
– Identifiy M&A and exploring Business Development – Delivering P&L Results
DOMUSVI Experience (4 positions):
1.-Director of Commercial Coordination, New Countries, DomusVi Group
May 2022 – Mar 2023 (11 months)
My mission includes leading, coordinating and supporting the work of DomusVi Portugal,
Trinity Care (Ireland), Advita (Germany), Acalis (LATAM), Martha Flora (the Netherlands),
in order to achieve commercial goals and to establish and monitor sales performance
levers, which each individual country will be responsible for developing in their local
territory.
The priorities will be to establish (for each country) a pricing policy and a strategy for
client acquisition and conversion (for each service line), as well as to implement a
competitive service package and attractive customer promise compared to local
operators.
2.-Director Clientes y Comercial, Head of Sales, DomusVi España-Andorra
Jan 2017 – May 2022 (5 years 5 months)
Reporting to Operational CEO, Comex Member.
Ensure the Achievement of revenue (Recruitment and Loyalty) through the action of the
commercial teams in coordination with operations.
Market Strategy/Modeling of Pricing for each resource

and service/Commercial
Modeling and standardization (Iberia-Latam)/ Remuneration Policy-Incentives/
Selection, Training, Management and Leadership of Commercial Teams/ Commercial
Intelligence (Data) and Reporting. DomusVi Call Center Management.
Figures: 207 Centers in Spain, 650 MM turnover, 25.000 beds
3.-Director Comercial, Head of Sales, España y Andorra
SARquavitae
Sep 2013 – Dec 2016 (3 years 4 months)
Reporting to the División CEO, Comex Member.
-Building relations with key market players, internal sales – Leadership of the commercial
team – Identifiy M&A and running Business Development
4.-Director Operaciones (negocio) Territorio, Cataluña, Valencia
SARquavitae
Sep 2009 – Oct 2013 (4 years 2 months)
Reporting to the Division CEO, Comex Member. – Define and implemention of the
strategy for Development. Budgeting for territories and services. – Leading relationships
with stakeholders
Figures: 50 MM euros; 15 service centers (and their management teams); more than
1000 people
Director Comercial, Head of Sales (Division Formación) Grupo Planeta
May 2008 – May 2009 (1 year 1 month)
Comex Member. responsible for the brands: EAE Business School, Deusto Formación,
Laudeo, Home English Center
Director Territorial, Head of Sales y Operaciones, Cataluña-Aragon
Randstad 2005 – 2008 (3 years)
National Key Account Manager, Deputy. Member of Comex, Laborman.
Figures: 50MM euros; team of 90 people and 27 shops

Francesc Torralba Roselló

Director de la Càtedra Ethos d'ètica aplicada @ **Universitat Ramon Llull**

Nacido en Barcelona en 1967, Francesc Torralba es doctor en filosofía, teología, pedagogía e historia del arte. Catedrático de filosofía, enseña en la Universitat Ramon Llull, e imparte cursos y conferencias por todo el mundo. A lo largo de su trayectoria como escritor ha sido reconocido con varios premios de ensayo en castellano y catalán, y parte de su obra ha sido traducida a muchas lenguas.
Preside distintos comités de ética de instituciones sanitarias y sociales, y es vicepresidente de Aldeas Infantiles SOS Catalunya.

Francisco Javier Martínez Peromingo

Médico especialista en Geriatría @
Servicio Madrileño de Salud

Francisco Javier Martínez Peromingo es médico especialista en Geriatría y ex Director General de Coordinación Sociosanitaria, Servicio Madrileño de Salud. Tiene un Máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universitat de Barcelona.
Durante años ha sido Coordinador Sociosanitario de los hospitales Fundación Jiménez Diaz, Rey Juan Carlos, Infanta Elena y Hospital General de Villalba y desde el 2020, es director general de Coordinación Sociosanitaria de la Comunidad de Madrid.
Recientemente ha dirigido el plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable de la Comunidad de Madrid.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Gemma Rubio Mayol

Directora @ **EAP 8J Cotxeres**

Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Máster en Dirección Ejecutiva de Hospitales, Máster GESAPH, Expertez en Liderazgo en Femenino, Extensión Universitaria de Agente de Desarrollo Internacional. Formación en temas de abordaje de la violencia machista. Miembro asesora en Salud Comunitaria representando al CSC y La Unió en el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Directora del EAP BCN 8J Cotxeres desde enero 2022.

Germán Bandrés

Presidente del consejo de administración @
Nimonter

Desde los años setenta, a través de su familia francesa, ha estado vinculado al mundo de la salud. Su antepasado Jean-Michel Ottavi fue confundador, con Pierre Cointreau, de las primeras residencias que se construyeron en Francia para viudas de la Segunda Guerra Mundial.
Posteriormente vivió en primera línea la fórmula Les Hespérides, que, con 45 residencias y 3150 alojamientos en Francia es el antecesor de mayor calidad de Les Jardins d'Arcadie, Las Arcadias en España.
Hace 10 años, siendo delegado Jorge Güarner, firmó con SarQuavitae una carta de intenciones para desarrollar un proyecto Senior Wellness que se ha ido enriqueciendo con la colaboración de sociólogos, historiadores, arquitectos, paisajistas y expertos en Smart-cities.
Germán Bandrés tiene varios proyectos de salud y ocio en otros puntos de la geografía española.

Gregorio Gómez Bolaños

Técnico Superior de Apoyo en Viceconsejería de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia @ **Consejería de Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-la Mancha**

Posición profesional actual:
Técnico Superior de Apoyo en Viceconsejería de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Consejería de Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-la Mancha.
Perfil académico:
Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología (especialidad Psicología Social). Universidad Complutense de Madrid (1982-1987).
Curso Superior en Dirección y Gerencia Pública – EAR.
Curso de Experto Universitario en Exclusión Social – UNED.
Trayectoria profesional:
Jefe de Servicio de Gestión de Centros Residenciales. Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha (2003-2011).
Inspector Analista de Servicios (Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas de Castilla-La Mancha 2011-2015).
Director Provincial de la Consejería de Bienestar Social en Toledo (2015-2019).
Director General de Acción Social. Consejería de Bienestar Social de Castilla-La Mancha (2019-2021).
Director General de Infancia y Familia. Consejería de Bienestar Social de Castilla-la Mancha (2021-2023)

Inma Ruiz Martín

Presidenta @ **Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP)**

Presidencia Nacional de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados (UDP)
Vicepresidenta de la Plataforma del Mayor Pensionista (PMP)
Vicepresidenta 3ª del CEPPMM (IMSERSO)
Vicepresidenta Federación Territorial UDP Castilla y León
Defensora del Mayor en Ávila
Presidenta Fundación Mayores UDP
Presidenta Federación Provincial UDP de Ávila, entre otras actividades en varias instituciones

Jaime del Barrio

Médico internista.
Senior Advisor de Healthcare & Life Sciences en EY.
Consejero independiente en Atrys Health.
Presidente de la Asociación Salud Digital.
Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Cantabria.
Profesor en varios Máster y Cursos. Autor de diferentes artículos y trabajos científicos.
Reconocido como 'Personalidad Digital del Año 2020', por el Grupo Mediforum.
Coautor del libro: La Salud Digital y las nuevas formas de la atención médica. Junio 2023.

Javier Yanguas

Director científico Programa de Mayores @ **Fundación "la Caixa"**

Doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid, Máster en Neuropsicología Clínica por la Universidad de Barcelona, MBA por la Universidad de Deusto, Experto en Métodos Avanzados de Estadística por la UNED y Experto en Educación de Adultos por la Universidad Pontifica de Salamanca.
Ha trabajado en el Centro Gerontológico Egogain de la Diputación Foral de Gipuzkoa (1989-1998), entre 1999 y 2017, ha ocupado distintos cargos directivos en Matia Fundazioa y Matia Instituto; y entre 2015 y 2019, ha sido presidente de la Sección Europea de Ciencias Sociales y del Comportamiento de la International Association of Gerontology and Geriatrics.
Ha ejercido la docencia en diversas universidades españolas (como la Universidad del País Vasco, la Universidad de Deusto, la Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad de Santiago de Compostela, Universidad de Valencia,…) y extranjeras (Universidad Católica de Chile, Cornell University en USA, Universidad de Porto,… entre otras) y ha participado en muy diversos proyectos de investigación nacionales e internacionales.
Merecedor de distintos galardones Premio ACRA-(Asociación Catalana de Recursos Asistenciales)-2015; Premio IMSERSO de Investigación en Envejecimiento años 2004 y 2008; Premio de Investigación de la Fundación Areces-Fundación CHH año 2007; Premio de Investigación Social «Obra Social Caja Madrid»-2005), ha trabajado en cooperación internacional en ámbitos de vejez y envejecimiento.
Participa como voluntario en muy diversas asociaciones relacionadas tanto con los derechos de las personas más vulnerables, como con personas en exclusión social tanto niños como adultos.
Es autor de numerosos artículos tanto científicos como en prensa escrita y varios libros relativos a la atención e intervención con personas mayores. En Octubre de 2021, en editorial Destino publicó: "Pasos para una nueva vejez".
Desde 2017, es director científico del Programa de Mayores de la Fundación "la Caixa" y Director de Proyectos de Aubixa Fundazioa.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Jennifer Knäpper

Directora de Asistencia Sanitaria @ **Fundación San Francisco de Asís**

Doctora en Medicina y Cirugía, especialista MIR en Otorrinolaringología, Máster en Economía de la Salud.
Experiencia en gestión sanitaria, dirección asistencial y gestión de equipos.
Actualmente en Dirección Asistencial en la Fundación Sant Francesc d'Assís y Dirección de Centro de Atención Intermedia Can Torras.

Joan Carles Contel Segura

Miembro del Programa Prevención y Atención a la Cronicidad y del Plan Interdepartamental de Atención Integrada sanitaria y social @ **Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña**

Joan Carles Contel es Diplomado en Enfermería por la Universidad de Barcelona en la Escuela Universitaria de Enfermería Príncipes de España. Diplomado en Postgrado de Gestión Sanitaria de la práctica directiva y Máster en Gestión Pública por ESADE.
Profesor Asociado de la Universidad Barcelona, y es Autor de diferentes publicaciones y artículos en revistas, relacionados con área "Cronicidad" y "Atención domiciliaria"
Actualmente trabaja en el Programa Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) y Plan Atención Integrada Sanitario y Social (PAISS) del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.
Resumen:

- Título de **Diplomado en Enfermería** por la Universitat de Barcelona en la Escuela Universitaria Enfermería Princeps d´Espanya (1983-1986)
- **Diploma Postgrado de Gestión Sanitaria**: **la práctica directiva**. ESADE, 1999
- **Máster en Gestión Pública ("Executive Master in Public Administration")**. ESADE, 2005
- **Autor publicación diferentes publicaciones artículos revistas**, relacionados con área "Cronicidad" y "Atención domiciliaria"
- **Profesor Asociado Universitat Barcelona**
- **Programa Prevención y Atención a la Cronicidad** (PPAC) y **Plan Atención Integrada Sanitario y Social** (PAISS) del Departament Salut de la Generalitat de Catalunya.

Jordi de Dalmases

Vicepresidente del Consejo General @ **Colegios Oficiales de Farmacéuticos**

Actividades corporativas y de representación
· Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (desde 2009).
· Presidente del Consell de Col legis Farmacèutics de Catalunya (2008 – 2020)
· Presidente del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (2008 – 2020)
· Vicepresidente del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (2004-2008)
· Presidente de Federació Farmacèutica S.Coop. (1996-2004)
· Vicepresidente de SIGRE (2000-2004)
· Presidente de FEDIFAR (1999-2003)
· Miembro de la Junta Directiva de APROAFA (2001-2004 y 2008 – actualidad)
· Miembro del Consell Assessor del Foment del Treball Nacional (2000-2004)
· Vocal del Consell Rector de Federació Farmacèutica S.Coop.(1994-1996)
Actividad profesional
· Titular de oficina de Farmacia a Barcelona desde 1991

Formación académica
- Licenciado en Farmacia por la Universitat de Barcelona (1987)

Otros
- Académico correspondiente de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya (2017)
- Miembro de Honor del l'Institut Medicofarmacèutic de Catalunya (2016)
- Insignia de Oro de SIGRE con motivo del XV Aniversario (2016)
- Soci d'honor d'Aprofarm (2011).
- Cruz de plata por la contribución al cooperativismo.2010
- Premio "Farmacéutico del Año" de Ediciones Mayo (2003)

Jose Antonio Navarro Alonso

Consultor Honorario @ **Area de Vacunas del Ministerio de Sanidad**

Médico Pediatra MIR (Hospital La Paz". Madrid)
Médico Puericultor del Estado
Responsable del Programa de Vacunas de la Región de Murcia (1983-2020)
Miembro de la Ponencia de Registros y Programas Vacunales. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. MSSSI. (1990-2020).
Consultor Honorario del Area de Vacunas del Ministerio de Sanidad (2020-)
Experto Nominado de la Comisión Europea para la selección de vacunas frente a COVID-19 (2020-)
Experto de la European Medicines Agency (EMA). (2010-)
Experto de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (2010-)
Miembro del Vaccine Safety Net de la Organización Mundial de la Salud (2004-).
Fundador (2000) y Socio de Honor de la Asociación Española de Vacunología (2009)

José Augusto García Navarro

Director general @ **Consorcio de Salud y Social de Cataluña y presidente de SEGG**

José Augusto García Navarro es Médico especialista en Geriatría, diplomado en gestión clínica por EADA, en gestión de servicios sanitarios por ESADE, en liderazgo y gestión de equipos por la Universidad de Barcelona y PADE del IESE. Ha sido Director del Hospital de la Santa Creu de Tortosa, Director de Atención Sociosanitaria y Social del Grupo Sagessa, Gerente del Área Operativa del Grupo Sagessa, Director Gerente del Hospital Universitario San Joan de Reus y, finalmente, fue Director General del Grupo Sagessa (grupo hospitalario público con 3.400 profesionales, 6 hospitales, 5 áreas de atención primaria y 11 residencias de ancianos).
En la actualidad es el Director General del Consorcio de Salud y Social de Catalunya (42 hospitales, 54 centros de rehabilitación geriátrica, 57 centros de atención primaria, 171 residencias de ancianos, 46.000 trabajadores).
Ha sido coordinador de la Comisión sociosanitaria del Consorcio de Salud y Social de Catalunya, miembro del Consejo asesor del Plan Director Sociosanitario del Departamento de Salud de Cataluña. Actualmente es miembro del Consejo de Dirección del Catsalut. Es autor de múltiples publicaciones del ámbito de la geriatría y de la gestión hospitalaria.
De forma habitual realiza ponencias en congresos estatales e internacionales en el ámbito de la Geriatría y la gestión y planificación sanitaria. Es evaluador ANEP (Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva) para proyectos de investigación con financiación competitiva, sobre Geriatría y gestión sanitaria.
Profesor colaborador en programas máster de gestión en la Universidad Internacional de Catalunya y en la Universidad de Barcelona. Realiza, de forma habitual, consultoría de servicios sanitarios públicos en diversos países de Latinoamérica y El Caribe.
Desde Junio de 2019, es el Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

José Luis Prieto Rivera

Director @ **Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía**

Licenciado en Derecho, Master en Comunidades Europeas por la Universidad Politécnica de Madrid y en Alta Dirección Pública. Funcionario de carrera del Cuerpo Superior de Gestión de Administración General de la Comunidad de Madrid, y funcionario en excedencia del Cuerpo General de Gestión de la Administración Civil del Estado.
Vinculado profesional con el sistema público de servicios sociales desde hace más de 32 años, destacando su responsabilidad técnica en la Comunidad de Madrid para el Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. En febrero de 2013 se incorpora a la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor de la Consejería de Familia y Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid, como Subdirector General de Gestión y Tramitación del procedimiento de Dependencia de la Comunidad de Madrid. En febrero de 2023 fue nombrado en Consejo de Gobierno, Director Gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, puesto que sigue ocupando en la actualidad.

Josep Carné Teixidó

Presidente @ **Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya**

Publicitario de profesión, desde su jubilación está colaborando con la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC) y ostenta su presidencia desde 2016, asimismo forma parte del Consejo Asesor de Personas Mayores de Cataluña y del Ayuntamiento de Barcelona, miembro del Consejo Estatal de Personas Mayores y desde hace dos años vicepresidente de CEOMA.

Josep Muñoz

Gerente de Servicios Sociales @ **Diputación de Barcelona**

Josep Muñoz Luque, nacido el 1965, diplomado en trabajo social por la UB, licenciado en sociología por la UAB y Diploma de Estudios Avanzados en Ciencias Políticas y Sociales por la UPF. Gerente de Servicios Sociales de la Diputación de Barcelona des del año 2008. Anteriormente ha sido responsable de planificación y evaluación y técnico asesor de esta misma área. Colaborador docente en el máster de políticas públicas de la BSM-UPF y miembro de la comunidad evaluadora del CIMTI.

Juan Carlos Rodríguez

Director Corporativo de Clientes y Transformación Digital @ **DomusVi**

Juan Carlos Rodríguez ha desarrollado su carrera profesional en distintos sectores de actividad, liderando departamentos y proyectos encocados al cliente y la transformación. Fue empleado fundador de Airtel en la liberación de las Telecomunicaciones, y posteriormente

el desarrollo de Vodafone en España. También ha trabajado en sector de la seguridad privada, desde el comité de dirección de Prosegur España y posteriormente liderando la Transformación Digital de Prosegur Seguridad a nivel mundial. También a participado en el lanzamiento de strat-ups en el sector del desarrollo comercial y de la micromovilidad eléctrica urbana. Ingeniero Superior de Telecomunicaciones de formación.

Laura Rivera

Coordinadora de Dependentia @
Clínica Sagrada Familia

Inicié mi trayectoria laboral en el mundo social como integradora social en la Asociación para la rehabilitación de personas diagnosticadas de enfermedad mental y de personas con autismo. Posteriormente, continué mi desarrollo profesional, ejerciendo como trabajadora social en HM Nou Delfos, Clínica Corachan y actualmente en Clínica Sagrada Familia y como coordinadora de Dependentia (Asociada de ACES).

Linda Soikkeli

Ministry of Social Affairs and Health of Finland @
Senior Specialist

Finlandia ha experimentado una importante transformación de la gobernanza y la financiación de la asistencia sanitaria y social. La premisa de la reforma era la integración. Por lo tanto, el 1.1.2023 los recién creados condados de servicios de bienestar empezaron a ser responsables de la organización de todos los servicios sanitarios, sociales y de rescate financiados con fondos públicos. A continuación, Finlandia transformará la estructura de sus servicios sanitarios y sociales. Una vez más, la integración es clave, pero ahora se centra en la integración de los procesos de servicio, la colaboración con otras entidades sociales e industrias, así como la reforma de la red de servicios y la alteración de la prestación de servicios mediante la diversificación de los canales de servicio.

Luis de Ulíbarri

Socio Fundador @ **Inversa Prime Socimi**

Luis de Ulíbarri es licenciado en Derecho y Diplomado en Ciencias empresariales por la Universidad de Valladolid. Comenzó su carrera profesional como asesor fiscal en Garrigues y tras 14 años de ejercicio profesional fundó la firma DLAU & LITONS, despacho multidisciplinar con presencia en Madrid y Marbella. En 2017 constituye la Socimi ALMAGRO CAPITAL (hoy en día "INVERSA PRIME SOCIMI") y su entidad gestora (ALMAGRO CAPITAL GESTIÓN). Desde entonces ha sido un inversor activo en distintos proyectos de la denominada Silver Economy, en especial todo lo relacionado con la liberación del ahorro inmobiliario (monetización o licuación patrimonial). Asimismo, colabora con distintas entidades sin ánimo de lucro y es patrono de la Fundación Edad y Vida.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Margarita Barba Calderón

Coordinadora Unidades Atención Residencias UAR @ **Servicio Madrileño De Salud**

Actualmente Coordinadora Unidades Atención Residencias UAR. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Dirección General Asistencial. Servicio Madrileño De Salud.
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios. Universidad Pompeu Fabra Barcelona. 2005.
Docente en Programa de Executive Education "Liderazgo, Innovación y Gestión Sanitaria" .Business School Universidad Deusto
Actividad profesional en Atención Primaria. Servicio Madrileño Salud como:
Médico Familia asistencial en Equipos Atención Primaria EAP.
Coordinadora Médico de EAP Área VIII Atención Primaria.
Medico de Apoyo a centros salud en Direccion Asistencial Oeste.
Responsable Unidad Atención Paciente Direccion Asistencial Oeste.
Directora Asistencial Médico en Direccion Asistencial Centro. Gerencia Asistencial Atencion Primaria
Médico especialista en Geriatría con formación vía MIR en el Hospital Universitario de Getafe.
Máster en gestión y Administración de Servicios Sanitarios impartido por la Fundación Gaspar Casal
Mas de 20 años de experiencia en Gestión Sanitaria tanto en el Sector Asegurador como Hospitalario.
Grado de Suficiencia Investigadora.

María Victoria Zunzunegui

Dra. en Epidemiologia. Profesora honoraria @
Universidad de Montreal

María Victoria Zunzunegui es doctora en epidemiología por la Universidad de California en Berkeley. Fue catedrática de epidemiología en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montreal donde trabajó desde 1999 a 2016. Su investigación trata sobre los factores sociales y económicos asociados al género que determinan la salud y el funcionamiento en la vejez. Actualmente publica sobre los efectos de la gestión de las residencias sobre la mortalidad durante la primera ola de la pandemia COVID-19 en España.

María José Salcedo Camacho

Jefe Departamento de Calidad Asistencial y Formación Proveedor @ **Segurcaixa Adeslas**

Jefe de Departamento de Calidad Asistencial y Formación al Proveedor en SegurCaixadeslas.

Miguel Usabel

Cofundador y CEO @ **Anubis Analytics**

Más de 25 años como consultor, investigador y académico en EE.UU. , UK, Suiza y Dinamarca.
Profesor Titular Universidad Carlos III de Madrid.

Director Cátedra Investigación Actuarial PWC 2010-2014
Ha ocupado puestos ejecutivos académicos como Vicedecano, ViceRector adjunto y Director Master Ciencias Actuariales y Financieras
Primer Premio SCOR 2012
He liderado proyectos de diseño de software para clientes del sector financiero con AXA, PWC y Roland Berger.

Montserrat Doménech

Directora de servicios sociales @
Ayuntamiento de Vilafranca del Penedès

Nacida el 3 de abril de 1973 en Sant Sadurní D'Anoia (Alt Penedès). Empiezo a trabajar en el mundo de los servicios sociales en marzo de 1995 como trabajadora social de servicios sociales básicos en el Consejo Comarcal del Alt Penedès, en ocho municipios de la comarca.
En 2006 empiezo a realizar tareas de coordinadora de servicios sociales básicos y en noviembre de 2007 paso a ser jefe del servicio de Bienestar Social del Consejo Comarcal.
En 2010-2011 trabajo en la Subdirección de Programación del antiguo ICASS, colaborando en la construcción del modelo de servicios sociales básicos de Cataluña.
Del año 2012 a febrero de 2021 continúo como Jefe del Servicio de Bienestar Social del Consejo Comarcal del Alt Penedès.
En marzo de 2021 me incorporo como Directora de Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Vilafranca del Penedès hasta la actualidad.
Colaboro como docente en el Máster en Gestión Integral de Servicios en Atención Primaria,
Sociales y Hospitalarios de IL3, Universidad de Barcelona.
Miembro del Consejo asesor del Gobierno por la atención integrada social y sanitaria.

Montserrat Gil

Ministeri d'Afers Socials i Funció Pública d'Andorra
@ **Jefe de Área Servicios Sociosanitarios**

Diplomada en trabajo social por la Universidad de Barcelona
2001-2005 Secretaria de estado de Asuntos sociales
2005-2009 Ministra de Sanidad, asuntos sociales y vivienda
Actualmente responsable de Área de Servicios sociosanitarios del Ministerio de Asuntos Sociales del Gobierno de Andorra

Natalia Rodríguez Núñez-Milara

Fundadora y CEO @ **Saturno Labs**

Fundadora y CEO de Saturno Labs, incluida por Forbes en su lista de las 21 protagonistas del cambio, en el top 100 mujeres líderes en España, y en la lista de las 500 mujeres más influyentes. Ingeniera de telecomunicación con doble master en Signal theory y Machine learning for big data. Sus conceptos han sido utilizados por miles de usuarios en 63 países, liderando más de 25 productos tecnológicos en el mercado. Su equipo ha sido elegido como uno de los 9 mejores del mundo en investigación de IA y una de las 10 mejores startups de voz e innovación en Europa. Además, ha recibido más de 25 premios o reconocimientos por su trabajo.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Nieves Legua

Directora Técnica de Enfermería @ **Grup Mutuam**

Diplomada en Enfermería por la UAB, especialista en Geriatría, tengo un postgrado en Gestión y liderazgo de equipos de enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca.
Amplia experiencia como enfermera en residencia, posteriormente desarrollé mi profesión en cuidados paliativos en el ámbito domiciliario como enfermera de los equipos de Pades Mutuam, siendo posteriormente coordinadora de equipo. Colaboradora como enfermera clínica referente de Grup Mutuam en el proyecto ARES AP ICS, liderado por el Institut Català de la Salut. Desde el 2019 soy Directora Técnica de Enfermería de Grup Mutuam.

Nukul Bhasin

Presidente @ **Viv Technologies**

Nukul es Presidente de Viv Technologies, una empresa innovadora en tecnologías de la salud que promueve la transformación digital en la industria de cuidados a domicilio a través de software como un servicio creado para multinacionales. Como líder dinámico, Nukul ha pasado 20 años creando productos informáticos que han cambiado las vidas de millones de usuarios. Antes de incorporarse a Hubba como su Arquitecto Principal, ha dirigido varios equipos de investigación y Desarrollo en Blackberry, y después fue cofundador de Mavencare (ahora Viv Technologies) donde dirigió el equipo como Presidente y Director de Tecnología durante 9 años.

Nuria Fuentes

Chief Information and Innovation Officer @
OHLA Ingesan

+25 años experiencia en Transformación Digital., liderando equipos, estrategia y proyectos en diferentes sectores: Infraestructuras y Servicios (Ferrovial Servicios), Banca (BBVA, Banesto, Banco Popular), Grupo ONCE, FNMT, Telefónica, etc., ,a través de la excelencia operativa y la mejora continua.
Fundadora Asociación Española Lean IT (AELIT) , Miembro Larsen Líderes Digitales (Asociación CIOS)
Mentora, Coach y formadora (S.Universitas), SAFe 5.0 Agilist Programa Direccion Directiva IESE, Programa Dirección ESADE (Madrid-Londres), Executive Program EOI, Ingeniería Informática
Orientada a resultados, emprendedora y amante de nuevos retos.

Oriol Fuertes Cabassa

CEO @ **QIDA y miembro del Consejo Asesor del PAISS**

Oriol Fuertes, CEO y Fundador de Qida, ha dedicado gran parte de su vida profesional al mundo de la consultoría relacionado con el sector de la salud. Durante más de 10 años, Oriol Fuertes ha trabajado en McKinsey & Company, asesorando a gobiernos europeos en su estrategia sanitaria y a la industria MedTech en su estrategia comercial internacional.
Además, a lo largo de su trayectoria profesional, también ha trabajado en la Secretaría General de Sanidad de la Generalitat de Cataluña, en el mandato de Boi Ruiz como

consejero de dicho departamento.
Actualmente, también es miembro del Consejo Asesor del Programa de Atención Integrada de Cataluña (PAISS) y miembro de la Unió Catalana d'Hospitals.

Oriol Rovira

Director Técnico de Farmacia @ **Grup Mutuam**

Director Técnico de Farmacia Grup Mutuam, institución dedicada al cuidado de personas mayores, dependientes y con enfermedad crónica
Licenciado en Farmacia y Ciencia y tecnología de los Alimentos por la Universidad de Barcelona
Especialista en Farmacia Hospitalaria por el Hospital General de Granollers
Máster en eHealth: tecnologías de la información y gestión sanitaria por la Universidad Ramón Llull

Pedro Maria Cano

Director de Estrategia, Planificación y Organización @ **Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí**

Pedro M. Cano Desandes es directivo en el sector Salud y Sociosanitario, licenciado en Medicina especializado en gestión de organizaciones sanitarias, con experiencia en procesos de transformación, proyectos de innovación y en gestión de equipos multifuncionales. Ha trabajado a nivel de comité de dirección desde 1999 en funciones de estrategia, transformación digital, creación de nuevos servicios, gestión del cambio, tecnología, y calidad – procesos – excelencia operacional. Actualmente es el director de estrategia, planificación y organización en el Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell – Cataluña. En este cargo, tiene la responsabilidad de impulsar y facilitar la creación y desarrollo de las iniciativas estratégicas del Parc Taulí y hacer realidad el proceso de transformación que debe permitir que dé respuesta en los próximos años a los retos de las nuevas necesidades asistenciales, el aumento de la cronicidad, los cambios en la salud mental y una nueva atención integrada social y sanitaria para las personas a las que dan servicio en el Vallès Occidental Este.

Pedro Mira

Profesor de económicas @ **CEMFI**

Pedro Mira (Ph.D. Universidad de Minnesota) es Profesor de Economía en CEMFI. Sus intereses de investigación se centran en la econometría de modelos dinámicos estructurales de elección discreta y en la microeconomía empírica, con especial atención en la demografía económica y la economía del envejecimiento.
Ha trabajado en la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa como líder del equipo nacional de España desde 2004.

Pere Clavé

Médico, Director de Investigación y Desarrollo Académico @ **Consorci Sanitari del Maresme**

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Pere Clavé: Director de Académico, de Investigación e Innovación del Hospital de Mataró. IP del Grupo de Fisiología Digestiva Ciberehd-CSdM-UAB con 19 investigadores básicos y clínicos. Autor de 217 Publicaciones, 3 libros y 29 capítulos, 3 patentes, y Director de 26 tesis doctorales y 2 startups. Índice H=60, índice i10=163, Profesor UAB, Catedrático AQU. Presidente Fundador de la European Society for Swallowing Disorders, Consejero Internacional de la Dysphagia Research Society; y de la Asociación Argentina de Disfagia, Miembro de la Chinese Association of Rehabilitation Medicine, del College of Canada Research Chairs, de la Sociedad Japonesa de Rehabilitación de la Disfagia. Premio 2017 de investigación del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Miembro del Patronato de la Fundación de Investigación en Gastroenterología y de la Fundación Academia de Ciencies Mediques de Catalunya i Balears. Presidente del Primer World Dysphagia Summit en 2017. En Junio 2022 invitó al Premio Nobel David Julius al 150 Aniversario de l'ACMCB en Barcelona y al seminario de neurociencias del Hospital de Mataró.

Primitivo Ramos Cordero

Director Coordinador Sanitario Asistencial de la Agencia Madrileña de Atención Social @ **Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Socisales, Comunidad de Madrid**

Licenciado en Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina de Badajoz. Universidad de Extremadura.
Especialista en Geriatría. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
Máster en Gestión y Administración Sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Experto en Vacunas. Título Propio de la Universidad Complutense de Madrid.

Rafael Llarena Gomez

Director del Departamento de Soluciones e Innovación @ **DomusVi**

Director de Soluciones e Innovación en DomusVi España desde septiembre de 2022, promoviendo productos y servicios innovadores en las diferentes líneas de negocio de la empresa: Residencias, atención domiciliaria, teleasistencia, cuidados sanitarios y salud mental. A finales de 2016 fue parte del equipo fundador de Victrix SocSan (lanzando una novedosa plataforma de atención coordinada sociosanitaria), posteriormente adquirida por el grupo sueco Careium. Apasionado de la innovación y la tecnología, especialmente de aquella que puede mejorar la vida de las personas y tener un impacto positivo en la sociedad, estudió Ingeniería Informática en la Universidad de Murcia y un MBA en el Instituto de Empresa.

Roberto Nuño

Director de Investigación y Formación @ **Fundación Gaspar Casal**
Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales, con formación de postgrado en Economía de la Salud (Universidad de Tromso, Noruega). Global Health Leadership Fellowship en la OMS (Ginebra). Desde 2021, Director de Investigación y Formación en la Fundación Gaspar Casal. Anteriormente, Director de Deusto Business School Health, Director Académico del Máster de Gestión Sanitaria y profesor de la Universidad de Deusto (2016-2020). De 2009 a 2015, dirigió el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+berri). Consultor y asesor de reformas sanitarias en países de Latinoamérica en proyectos del Banco

Mundial, BID y OPS. Interés investigador en la aplicación de las Ciencias de Gestión en sanidad, en particular en relación con la innovación organizativa, el desarrollo de la integración asistencial y la transformación digital.

Romina Polo i Nolla

Responsable del Área de Nutricion y Desarrollo @ **Campofrio Healthcare**

Cursó industrias agroalimentarias en la universidad de Lleida, hizo la diplomatura en Nutrición humana y dietética en la Universidad de Navarra y es Master en coach Nutricional. Ha trabajado en la parte clínica en hospital de Badalona y en la Universidad de Navarra, así como en Laboratorios como Pfizer y Novartis . En el mundo de la industria ha podido trabajar en Puleva y Ebro Puleva y des de hace seis años trabaja en Campofrio donde actualmente es la Responsable del área de Nutrición y Desarrollo de Health Care Campofrio, labor que le apasiona y le hace crecer profesionalmente cada día.
A participado en Publicaciones de materiales didácticos sobre: la importancia de una buena alimentación, trastornos de la conducta alimentaria y materiales para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en centros educativos.
Así como la participación en materiales para la divulgación de: Alimentación es cultura
Colabora en artículos en revistas como Geriatricarea o Nutrición Clínica para el conocimiento de la disfagia y la importancia de su tratamiento mediante la alimentación.
Y le gusta pensar la importancia que tenemos los nutricionistas en el cuidado, mejoría y bienestar en las personas mediante la alimentación.

Roser Martí Cid

Dietista-Nutricionista @ **Colegio de Dietistas-Nutricionistas de Catalunya (CoDiNuCaT)**

Diplomada en nutrición humana y dietética, y Licenciada en Ciencia y Tecnología de los Alimentos por la Universidad de Vic, Máster en Nutrición y metabolismo por la Universitat Rovira i Virgili (URV), Máster en Prevención de Riesgos Laborales por la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), y Doctora en Nutrición y Metabolismo por la Universidad Rovira i Virgili (URV). Actualmente compagina la presidencia del Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya (CoDiNuCat) con el desarrollo de su profesión, y con especialización en las áreas de seguridad e higiene, además de ejercer como profesora en la UOC y en la URV.

Salomé Martín García

Presidenta Comité de Ética Asistencial @ **Eulen Servicios Sociosanitarios**

Licenciada en medicina y cirugía, especialista en geriatría, Máster en dirección general de empresas, Máster en dirección de servicios sanitarios, Master en Bioética clínica. Formadora de Bioética. Coordinadora del Sistema de Acreditación de calidad en servicios para personas mayores de la SEGG. Coordinadora del Grupo de trabajo de Bioética de la SEGG. Miembro del Grupo de investigación de envejecimiento activo, calidad de vida y género del CSIC. Coautora de artículos y libros sobre calidad de vida, envejecimiento y servicios sociosanitarios. Actualmente Directora de Desarrollo Técnico de Eulen Servicios Sociosanitarios. Presidenta Comité de Ética Asistencial de Eulen Servicios Sociosanitarios.

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA
Integración sociosanitaria: un balance de la realidad

Samantha Boyd

Integrated Care Systems @ **Department of Health and Social Care**

Samantha tiene más de 20 años de experiencia en la provisión de servicios de asistencia sanitaria y social en el Reino Unido, y es líder en la integración de servicios para prevenir el abuso de sustancias en asistencia sanitaria y social. Ha desarrollado la alianza sanitaria y social One Croydon Health and Care Partnership y organizaciones sin ánimo de lucro, con el fin de desplegar Estrategias Sanitarias y Asistenciales en el Suroeste de Londres. Actualmente está dirigiendo la entrega de Sistemas Asistenciales Integradas en el Reino Unido para el Departamento de Asistencia Sanitaria y Social.

Tino Martí

Coordinador @ **Observatorio La gestión importa. Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria**

Coordinador del Observatorio La gestión importa de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria
Consultor en sistemas de salud y gestión sanitaria, formulación de políticas sanitarias y rediseño de servicios de salud, especialmente en Atención Primaria y salud digital. Desde 2019 participa en proyectos de investigación e innovación de la Comisión Europea con la European Health Telematics Association (EHTEL). Entre 2016 y 2019 ejerció como Technical Officer en el Centro de Atención Primaria de la Organización Mundial de la Salud en Almaty, Kazajistán. Anteriormente, desempeñó diversas funciones técnicas y de gestión en la Fundació TicSalut, CASAP e Institut Català de la Salut.

Tom De Boeck

Jefe de departamento @ **División de Atención Primaria y Atención Especializada**

Tom tiene una experiencia amplia y diversa en el cuidado de la salud, tanto estratégica, como operativa y políticamente. Actualmente es el jefe de departamento de la División de Atención Primaria y Atención Especializada. A partir del 1 de junio de 2023, Bienestar también se integrará al departamento. El departamento tiene unos 50 empleados y gestiona unos 800 millones de euros.
Objetivos principales: - desarrollar bases de datos de demanda y accesibilidad y calidad del bienestar - habilitar la atención integrada trabajando en todos los sectores dentro del gobierno (practique lo que predica) y proporcionar las herramientas necesarias para facilitarlo - Un gobierno transparente y responsable

Tom De Boeck

Victoria Camps Cervera @ **Fundación Víctor Grífols**

Filósofa y presidenta de la Fundación Víctor Grífols y Lucas. Ha publicado varios ensayos sobre ética, filosofía política y bioética. Entre ellos: Virtudes públicas (Premio Espada de Ensayo), Creer en la educación, El gobierno de las emociones (Premio Nacional de Ensayo), Elogio del duda y La búsqueda de la felicidad. Durante su trayectoria profesional ha ejercido como consejera del Consejo Audiovisual de Cataluña, de 2002 a 2008, y como presidenta de la Comisión de Contenidos Televisivos, de 1993 a 1996, período en el que fue senadora independiente por el PSC-PSOE. Es doctora honoris causa por las Universidades de Huelva y Salamanca. De 2018 a 2022 fue consejera permanente de Estado.

El

IX CONGRESO INTERNACIONAL DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA

ha sido posible gracias a:

PATROCINADOR PRINCIPAL

VidaCaixa

CON EL APOYO DE

Generalitat de Catalunya Departament de Salut

Generalitat de Catalunya Departament de Drets Socials

XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL E XUVENTUDE

Junta de Andalucía Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad

Comunidad de Madrid

Ajuntament de Barcelona

MADRID

Diputació Barcelona

CON EL PATROCINIO DE

health care Campofrío

CORPORACIÓN NIMONTER

evondos supporting your independence

Fundación "la Caixa"

fundación quironsalud

Govern d'Andorra

GSK

HARTMANN

Ingesan Vera

sanofi

PATROCINADORES DEL ACTO DE PRESENTACIÓN DE CONCLUSIONES

CON LA COLABORACIÓN DE