

V Congreso Internacional  
Dependencia y Calidad de Vida  
**El reto de la cronicidad**



Madrid, 10-11 de marzo de 2015  
Palacete Duques de Pastrana

# Ponentes y Abstracts



#### Organizadores



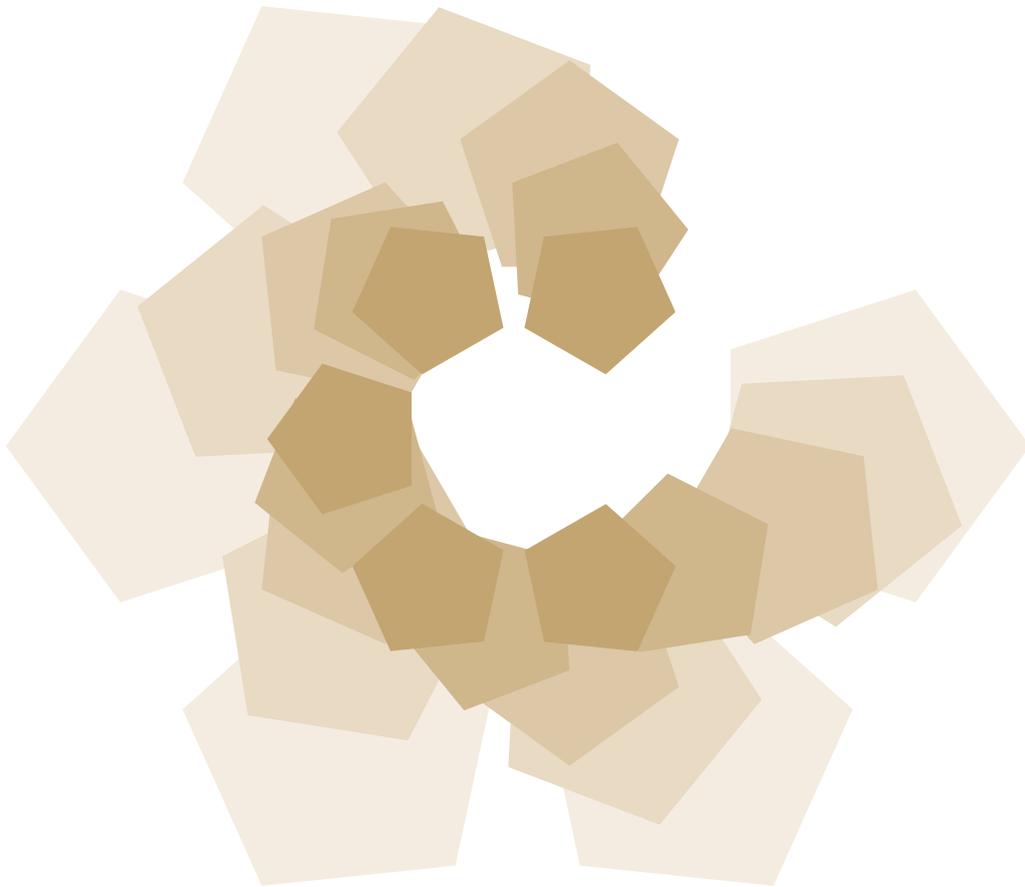
#### Patrocinador



Una marca de Compass Group

#### Colaboradores





## Sumario

### 10.03.2015

Conferencia Institucional	4
Conferencia Inaugural	4
Módulo 1: Un espacio integrado de atención sociosanitaria (integrated care): de la visión a la legislación	5
Módulo 2: La implantación de un modelo integrado de atención sociosanitaria (integrated care)	6
Sesión Paralela 1: Gestión farmacéutica y de productos sanitarios en centros residenciales	9
Sesión Paralela 2: Alimentación y Nutrición: de la prevención de la malnutrición a la provisión de servicios de proximidad	11
Sesión Paralela 3: ¿Un mundo de tipos de interés al 0%? Efectos sobre el ahorro para las personas	13
Sesión especial del Imsero: La atención sanitaria y los servicios sociales: Una transformación de su visión en torno a la persona	15
Sesión Paralela 4: Responsabilidad Social de las Empresas y economía social	16

### 11.03.2015

Módulo 3: La evaluación de los sistemas integrados de atención sociosanitaria (integrated care)	20
Módulo 4: La ética en los modelos integrados de atención sociosanitaria (integrated care)	22
Sesión Paralela 5: Colaboración Público-Privada: la contratación pública de servicios	23
Sesión Paralela 6: Envejecimiento activo y prevención de enfermedades crónicas	25
Sesión Paralela 7: La cobertura aseguradora de la atención a la cronicidad y la dependencia	26
Sesión Paralela 8: Abordaje interprofesional en el final de la vida: la visión del experto	28
Módulo 5: Punto de vista de los representantes de la Administración	30
Módulo 6: Conclusiones del relato para la atención integrada	31

# Martes, 10 de marzo de 2015

## Conferencia Institucional



**Sra. Dª Susana Camarero Benítez**

*Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

## Conferencia Inaugural



**Dr. Nick Goodwin:**  
*Atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas complejas: elementos clave para el éxito desde la experiencia internacional*

### Currículum

*Director Ejecutivo, International Foundation for Integrated Care (IFIC)*

Cofundador y CEO de la Fundación Internacional para la Atención Integral (IFIC), una fundación sin ánimo de lucro dedicada a mejorar el conocimiento de la ciencia y la aplicación de la atención integrada en todo el mundo ([www.integratedcarefoundation.org](http://www.integratedcarefoundation.org)). Nick también trabaja como Asociado Senior en The King's Fund, Londres, apoyando su programa de investigación y análisis de políticas para la integración de la atención. Los compromisos internacionales de Nick son el Proyecto UE FP7 INTEGRATE ([www.projectintegrate.eu](http://www.projectintegrate.eu)) y la European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Nick está trabajando con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para apoyar el desarrollo de una estrategia mundial para el desarrollo de la atención integrada centrada en la persona, y está en el equipo de expertos de la Oficina Regional de la OMS en el Marco Europeo de Action Towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD).

### Abstract

La atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas complejas es un reto global. Con gran frecuencia la atención a estas personas no está suficientemente coordinada como consecuencia de la fragmentación existente entre los sistemas de atención social y sanitaria, resultando en pocas experiencias de atención integrada. Sin integración, los resultados de cualquier sistema de salud no son buenos ya que disminuye el potencial para el coste-efectividad. La adopción de un sistema integrado de atención es un gran reto. En la conferencia se analizarán las principales barreras para el desarrollo de un sistema integrado de atención a pacientes crónicos en la práctica y los elementos clave para el éxito de los sistemas más exitosos. Se utilizarán ejemplos internacionales, a nivel europeo principalmente y se abordarán 7 estrategias clave para la integración: la gestión de la salud de la población; la prevención primaria y secundaria con el foco puesto en el autocuidado con apoyo; la coordinación de la atención personalizada a nivel clínico y de servicios; los sistemas de información, comunicación y tecnológicos efectivos; los sistemas integrados que alinean los incentivos económicos y de gobernanza y promueven una cobertura 24/7; la integración normativa para generar una cultura colaborativa; y la inversión en investigación y evaluación que proporcione datos que permitan una mejora continua de la calidad ■

## **Módulo 1:** *Un espacio integrado de atención sociosanitaria (integrated care): de la visión a la legislación*



**Sr. Geoff Huggins:**

***La construcción del relato para la atención integrada en Escocia: de la visión a la legislación***

### **Currículum**

*Director en funciones para la Atención Sociosanitaria integrada, Gobierno de Escocia*

Sus prioridades para 2014-2015, en tanto que Director en funciones para la Atención Sociosanitaria Integrada, incluyen la integración sociosanitaria y la demencia. Es asesor del Consejo Mundial de Atención a la Demencia. Fue ponente principal de la Conferencia de Alzheimer Europe en 2014 y de la Cumbre sobre Demencia del G7 en Tokio. Es líder de la próxima Acción Conjunta sobre Demencia de la Unión Europea. Desde 2004 hasta principios del presente año fue Director de Salud Mental en el Gobierno Escocés. Anteriormente, trabajó en el ámbito de las políticas de vivienda y educación en Escocia y en política y seguridad con la Oficina de Irlanda del Norte.

### **Abstract**

"... los servicios eficaces deben ser diseñados con y para las personas y las comunidades – no 'de arriba abajo' (*top down*) por conveniencia administrativa". Informe de la Comisión Christie sobre el futuro de la prestación de servicios públicos, junio de 2011.

La forma de la sociedad escocesa y las necesidades sanitarias y de atención social de sus comunidades están cambiando rápidamente. Las personas están viviendo vidas más largas y saludables. En los próximos 10 años, el porcentaje de personas mayores de 75 años aumentará en más del 25%.

La integración de la atención sanitaria y social es el programa de reformas del Gobierno escocés para mejorar los resultados para los usuarios de los servicios de salud y asistencia social. La Ley de Organismos Públicos (Trabajo Conjunto) de 2014 entró en vigor el 1 de abril de 2014, proporcionando el marco legislativo para la integración de la sanidad y la asistencia social en Escocia.

La visión para la integración apoya principios como: la provisión de la atención más cerca del hogar, mejor acceso, vías de atención de mayor calidad y mayor poder de decisión de los usuarios.

La declaración de principios "Nueve resultados en salud y bienestar nacional ("Nine National Health and Wellbeing outcomes") ofrece un marco para medir el efecto de los servicios integrados en la salud y el bienestar de los individuos, los cuidadores y sus familias. Las Juntas Conjuntas Integradas ("Integrated Joint Boards", IJB) son responsables de publicar un informe anual de desempeño que demuestra el progreso hacia el logro de estos resultados.

Las "salas de máquinas" de la integración se encuentran dentro de cada localidad de la IJB. Este es el nivel en el que mayor localismo y capacidad de la comunidad pueden mejorar los resultados para los pacientes y los usuarios del servicio.

Para el cumplimiento de estos principios, son necesarias una serie de condiciones. Entre ellas se incluyen: la visión, la propiedad, los valores y creencias, dirigidos por un fuerte liderazgo en todos los niveles para apoyar un enfoque multi-agencia comprometido, trabajando en colaboración para poner a las personas en el centro ■



**Excma. Sra. Dª Milagros Marcos Ortega:**

***La construcción del relato para la atención integrada en Castilla y León***

### **Currículum**

*Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, Junta de Castilla y León*

Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, pertenece al Cuerpo Facultativo de la Junta. Asimismo, es Presidenta del Consejo de Administración de la Gerencia de Servicios Sociales, Presidenta del Patronato de la Fundación Acción Social y Tutela y Presidenta del Observatorio de la Comunidad de Castilla y León. Anteriormente, fue Gerente de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, y Directora General de Planificación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo ■



**Dr. Albert Ledesma Castellort:**

*El relato que sustenta el modelo de atención integrada en Cataluña*

### **Currículum**

*Director del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària, Generalitat de Catalunya*

Actualmente, es médico de cabecera especialista en Medicina familiar y Comunitaria y desde Marzo de 2014 es Director del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria del Departamento de Presidencia de la Generalitat de Catalunya. Desde noviembre de 2011 hasta febrero de 2014, fue responsable del Programa de prevención y atención a la cronicidad del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

Es Socio Fundador de la primera entidad de base asociativa de Catalunya, un equipo de Asistencia Primaria de Vic,

SLP, que gestiona los servicios de atención primaria del área básica Vic 2.

### **Abstract**

La atención sociosanitaria integrada se está convirtiendo en un área de interés en la agenda política gubernamental en Europa. La mayoría de los gobiernos se enfrentan a un gran reto: superar las barreras para facilitar la integración de los servicios de atención social y sanitaria.

Recientemente, el Gobierno de Cataluña adoptó un nuevo Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria que tiene como misión promover, dirigir y participar en la transformación del modelo de atención social y sanitaria para lograr una atención plenamente integrada y centrada en la persona, con el objeto final de crear las condiciones para la prestación de una atención holística a los ciudadanos "de alto costo / alta necesidad" y contribuir a reducir los costes, aumentar la calidad de la atención y mejorar los resultados de salud y bienestar social.

Durante esta sesión se presentará el enfoque adoptado por el Gobierno Catalán en el desarrollo de una atención integrada. En concreto, se centrará especial atención en cómo el liderazgo a la medida del Plan está apoyando y organizando esta transformación en el ámbito regional y cómo las distintas políticas apoyan esta agenda en Cataluña. ■

## **Módulo 2: La implantación de un modelo integrado de atención sociosanitaria (integrated care)**



**Dr. Réjean Hébert:**

*La implantación del modelo de atención integrada PRISMA en Canadá*

### **Currículum**

*Profesor titular del Departamento de Administración Sanitaria, Escuela de Salud Pública de Montréal, Canadá*

Actualmente, es profesor del Departamento de Administración de la Salud en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montréal. Pasó 30 años como profesor de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud en la Universidad de Sherbrooke y fue decano de esa Facultad, de 2004 a 2010. Fue el fundador y Director Científico del Centro de Investigación sobre el Envejecimiento en Sherbrooke y del Instituto de Envejecimiento de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud. De septiembre 2012 a abril

2014, fue Ministro de Salud y Ciencias Sociales de la provincia de Québec, Canadá.

### **Abstract**

*Introducción:* Se han llevado a cabo numerosas experiencias de modelos de atención con redes de servicios integrados, pero la mayoría de estas experiencias se han diseñado de acuerdo a un modelo completamente integrado (PACE, S-HMO, SIPA). El modelo PRISMA es el único ejemplo de modelo coordinado para la atención integrada que se ha desarrollado e implementado, incluyendo el proceso de evaluación de procesos y resultados. El modelo PRISMA incluye los siguientes elementos para mejorar la integración: 1) cooperación entre los responsables de las decisiones y los gestores de todos los servicios y organizaciones, 2) la utilización de una única puerta de entrada al sistema, 3) un proceso de gestión del caso, 4) Planes de Atención Individualizada, 5) una herramienta de evaluación única con un sistema de case-mix, 6) y un sistema informatizado que permite la comunicación entre instituciones y profesionales.

*Metodología:* El modelo PRISMA se implantó en tres áreas (urbana, rural con y sin hospital local) en Quebec (Canadá) y la evaluación de procesos y su impacto se realizó utilizando datos cualitativos y cuantitativos. El estudio del impacto se basó en la población con un diseño cuasi-experimental.

Se identificaron 1.501 personas mayores de 75 años, en riesgo de declive funcional en las tres áreas mencionadas (n=751) y en tres zonas (n=800). Los sujetos fueron evaluados al principio y cada año durante 4 años en autonomía funcional, satisfacción con los servicios y empoderamiento. Se recogió información sobre la utilización de los servicios sociales y sanitarios (públicos, privados y comunitarios) a través de cuestionarios telefónicos bimensuales. El coste asociado a estos servicios también se calculó.

**Resultados y discusión:** Al compararse los resultados de los dos últimos años (grado de implantación del modelo = 75%) con los de los primeros dos años, el grupo experimental presentó una diferencia del 6,3% en la prevalencia de declive funcional ( $p=0,03$ ). La incidencia de nuevos casos de declive funcional también fue significativamente más baja (1,4%). La satisfacción y el empoderamiento fueron más elevadas (ambas  $p<0,001$ ). En relación a la utilización de servicios sanitarios se redujeron el número de visitas al servicio de urgencias en un 20% ( $p<0,001$ ). La hospitalización también se redujo pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,19$ ). No se observaron diferencias en otros servicios. El coste total no fue superior para el grupo experimental, incluso al incluir el coste de la implantación.

**Conclusiones:** El Modelo PRISMA mejora la salud del anciano frágil y la efectividad del sistema sanitario sin costes adicionales. El modelo está implantándose en el Quebec desde el año 2005 ■



**Sra. Dª Coro Piñeiro Vázquez:**

**Avances en el modelo de atención integrada en Galicia**

## Currículum

*Secretaria Xeral Política Social, Xunta de Galicia*

Es licenciada en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (1983). Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología (Especialidad Sociología General) por la Universidad Complutense de Madrid (1985). Tiene el Diploma de Directivo de la Xunta de Galicia (1996).

Funcionaria del Cuerpo Superior Especial (Socióloga) de la Diputación Provincial de Lugo desde 1985, fue jefa de gabinete de Acción Social hasta 1990, cuando se traslada a la Administración Autónoma de Galicia, asimilada al cuerpo superior general, para ocupar los puestos de jefa del Área de Servicios Sociales de la Delegación Provincial en Lugo de la anterior Consejería de Trabajo y Servicios Sociales hasta diciembre de 2001.

Fue también secretaria de la Delegación Provincial de Lugo de la Consejería de Asuntos Sociales desde el 1 de enero de 2002 hasta el 25 de enero de 2003, fecha en que pasa

a la situación administrativa de “servicios especiales” como funcionaria del Cuerpo Superior de la Administración de la Xunta de Galicia, por su nombramiento como Delegada Provincial en Lugo da Consejería de Familia, Juventud, Deporte y Voluntariado. Además, ejerció de jefa de sección de Promoción de la Mujer en Lugo (SGI).

Desde el 23 de abril de 2009 hasta el día 20 de octubre de 2011, ocupó el cargo de directora general de la Dependencia y Autonomía Personal de la Consejería de Trabajo y Bienestar. Con fecha 21 de octubre de 2011, fue nombrada secretaria general de Política Social, cargo que ostenta en la actualidad.

## Abstract

La consecución de un modelo de atención integrada en Galicia pivota sobre dos elementos fundamentales de planificación estratégica: el Plan Marco de Atención Sociosanitaria y el Plan Trabe para la Modernización Tecnológica de los Servicios Sociales.

Ambos instrumentos definen y consolidan las principales líneas de actuación e iniciativas en las que las Consellerías competentes en materia de Servicios Sociales y Sanidad deben incidir para proporcionar a los ciudadanos una asistencia integral, eficiente y de calidad.

Una de las claves fundamentales es, mediante la integración de las TIC en la gestión de los servicios sociales y sanitarios, la creación de un sistema integrado basado en el intercambio de información entre los sistemas de servicios sociales y sanitario y las administraciones local y autonómica, disponible para todos los agentes implicados con toda la información relevante de los usuarios y con la cartera de servicios global.

La creación de esta plataforma tecnológica facilitará la implantación efectiva de la historia social única de los usuarios, que podrá integrarse con la historia clínica y simplificará la labor de los cerca de 30.000 profesionales que integran el Sistema Gallego de Servicios Sociales, y a sus usuarios, cuya población potencial son los más de dos millones setecientos mil habitantes de la Comunidad Gallega ■



**Ilmo. Sr. D. Manuel Molina Muñoz:**

**Avances en el modelo de atención integrada en la Comunidad de Madrid**

## Currículum

*Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, Comunidad de Madrid*

Viceconsejero de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. Médico Inspector, por oposición, del

Cuerpo Sanitario de la Seguridad Social y Diplomado en Valoración Médica de Incapacidades por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Anteriormente había ocupado los cargos de Director General de Ordenación e Inspección de la Comunidad de Madrid, Director Gerente de la Agencia antidroga de la Consejería de Sanidad y consumo de la Comunidad de Madrid o Coordinador General de Programas de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, entre otros.

### Abstract

El proyecto PRISMA es un modelo de atención integrada innovador dirigido a la gente mayor cuyo objetivo es facilitar el acceso a la atención socio-sanitaria. Para su desarrollo se han establecido mecanismos (coordinación entre responsables políticos y gerentes en los niveles regionales y locales, puerta de entrada única, gestión del caso, plan individual de atención) y diseñado herramientas (instrumento de valoración funcional de la autonomía e historia clínica informatizada compartida) que permiten la integración de los diferentes servicios, implantando así un modelo de acción única, gracias a la participación y coordinación de todos los que intervienen en ella. La eficacia de este modelo ha sido comprobada a partir de un estudio piloto que ha demostrado una incidencia menor del deterioro funcional, una reducción de la carga sobre los cuidadores y una menor proporción de usuarios con deseo de ser internados en instituciones. Esto supone un impacto relevante en resultados en triple meta y es por ello que se habla de su generalización.

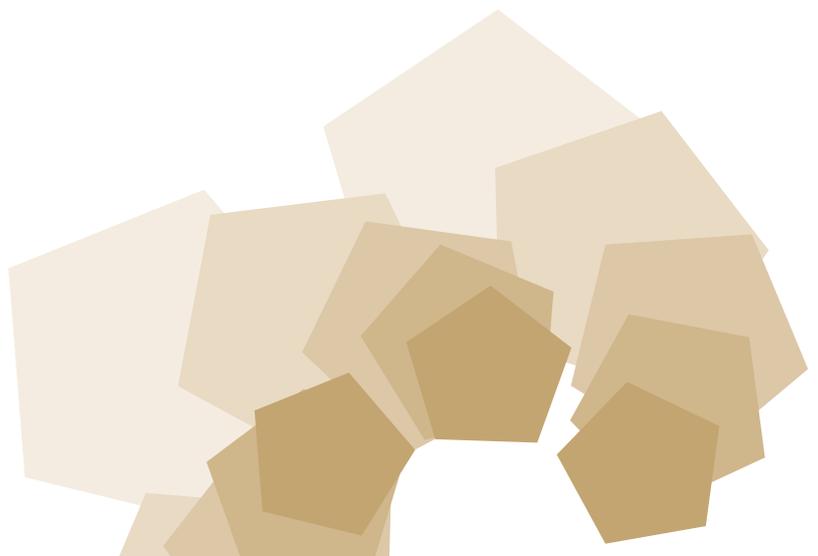
En la Comunidad de Madrid existe una Consejería de Sanidad y otra de Servicios Sociales. Dentro del Servicio Madrileño de Salud, a nivel de cada hospital existe un Trabajador Social y una Dirección de Continuidad Asistencial cuyo objeto es garantizar la continuidad de los cuidados asistenciales así como con los servicios sociales. En cada centro de salud existe un equipo multidisciplinar formado por médicos de familia, enfermeras y otros profesionales entre los que se encuentra el trabajador social cuyo objetivo es coordinarse con los servicios sociales de la zona.

La implementación de la Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas de la Consejería de Sanidad ya es un hecho y supone trasladar el modelo de Kaiser

Permanente y el de la Kings Fund a nuestra realidad para adaptar la atención a las necesidades de cada paciente. Una de sus líneas de ejecución contempla el desarrollo de los elementos necesarios para potenciar la coordinación socio-sanitaria: la identificación, el registro único y el desarrollo del proceso de atención integral del caso socio-sanitario, la enfermera gestora de casos, la historia clínica informatizada compartida, el centro de salud gestor del paciente y coordinador de los recursos socio-sanitarios y la evaluación tomando como referencia la triple meta y avanzando en la obtención de resultados en dimensiones sanitarias y sociales. Para su desarrollo se ha creado una Comisión Socio-Sanitaria y desde la misma se han establecido varios grupos de trabajo que están avanzando con paso firme.

Existen ya dos experiencias que trasladan algunos de los elementos del proyecto PRISMA a nuestra realidad: el Plan de Coordinación Socio-Sanitaria para la Atención de Personas Mayores en Situación de Especial Fragilidad entre el Ayuntamiento de Madrid y el Servicio Madrileño de Salud, que propone garantizar una adecuada atención social y sanitaria a las personas mayores de 75 años del municipio, que cumplen criterios de fragilidad o de alto riesgo, cuyo domicilio corresponda a la zona metropolitana de Madrid, mediante la coordinación entre los Servicios Sociales Municipales y los Servicios Sanitarios; y el Proyecto de Coordinación Socio-Sanitaria de Salud Mental para adultos entre 18 y 65 años con TRASTORNO MENTAL GRAVE y crónico, discapacidad psicosocial y dificultad de integración que son derivados desde los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental de referencia del Servicio Madrileño de Salud, responsables de su tratamiento y seguimiento, a la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera de la Consejería de Asuntos Sociales.

Muchos de los elementos propuestos por el proyecto PRISMA son traspasables a nuestro modelo de atención y en la actualidad trabajamos alineados existiendo ya experiencias locales que avanzan en este sentido. Si bien existen mecanismos que podrían costar más como son la coordinación de alto nivel que supone llevar a cabo cambios legislativos y estructurales, tanto la coordinación funcional como el desarrollo del resto de elementos en mayor o menor grado ■



## Sesión paralela 1: Gestión farmacéutica y de productos sanitarios en centros residenciales



**Dr. Josep Pascual Torramadé:**

**Resultados del análisis del perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales realizado por Edad&Vida**

### Currículum

*Miembro de Fundación Edad&Vida y Director Técnico-Asistencial de SARquavita*

Licenciado en Medicina y Cirugía en 1977 por la Universidad Autónoma de Barcelona y con formación en gestión de Servicios y Centros Sanitarios (EADA y UCH), tiene una amplia experiencia en dos direcciones médicas del sector sociosanitario (1985-2000). Desde el año 2000 trabaja en el Grupo SARquavita desempeñando los cargos de Coordinador Médico y Responsable de I+D en la Fundación. Además, desde el año 2007 es Director Técnico Asistencial de SARquavita, con responsabilidades centradas en el modelo de atención sociosanitaria y de la dependencia, en sistemas de información y registro asistencial, e indicadores de gestión y calidad asistencial, y desde 2005 es miembro del Comité de Ética Asistencial de SARquavita. Actualmente trabaja en atención a enfermos crónicos complejos avanzados (NECPAL), cargas sanitarias en residencias y modelo de atención a discapacitados, y es miembro del Fórum ITSESS (Foro de la Innovación, Transformación y Excelencia en Servicios Sociales y de Salud).

### Abstract

El envejecimiento de la población unido al cambio en el patrón de las enfermedades provocado por el incremento de la cronicidad, la pluripatología y las situaciones de dependencia, tienen una incidencia directa en el perfil de personas que están siendo actualmente atendidas en los centros residenciales en España.

La mayoría de las personas mayores que optan por un servicio de atención residencial lo hacen debido a problemas de salud (de causa sanitaria) que no pueden ser atendidos en el domicilio. Son personas con problemas de salud complejos, con varias enfermedades activas (comorbilidad), asociados a consecuentes niveles de dependencia cada vez más elevados, que requieren de atención por profesionales y recursos especializados de carácter sanitario además de social. Su situación conlleva una prestación farmacéutica compleja y la utilización de productos sanitarios y de nutrición enteral, que deben gestionar, no sin dificultades, los centros residenciales.

Los resultados del Informe de Edad&Vida consiguen demostrar, de forma objetiva, el perfil claramente sanitario de las personas actualmente atendidas en centros residenciales en España. Se han construido un total de 16 indicadores para conocer el estado de salud y las necesidades de atención sanitaria de la población ingresada en centros residenciales, recogiendo sus valores en 111 centros residenciales (14.489 plazas) durante el rango temporal de 1 año.

Tras el análisis se presentan propuestas en relación al papel que deberían tener los centros residenciales como dispositivos incluidos en un modelo integrado de atención social y sanitaria, que permita mejorar la calidad de vida de las personas, a la vez que optimizar la eficacia y eficiencia del sistema de atención ■



**Sr. Lluís Segú Tolsa:**

**Recomendaciones para el diseño de un modelo eficaz y eficiente de atención farmacéutica en centros residenciales**

### Currículum

*Director del estudio de Fundación Edad&Vida "Efectividad y eficiencia en la utilización y gestión de productos farmacéuticos y sanitarios en centros residenciales"*

Licenciado en Farmacia, Diplomado en Salud Pública y Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Fue Responsable Técnico de la División de Atención Farmacéutica del Servicio Catalán de la Salud y Responsable del Servicio de Estudios y Prospectivas en Política Sanitaria del Consorci de Salut i Social de Catalunya. Como consultor ha trabajado en distintos proyectos relacionados con reforma y organización de sistemas de salud en países de América Latina como República Dominicana, Brasil, Chile, El Salvador, Honduras, México, Costa Rica, Panamá, Colombia, Argentina, etc. Ha desarrollado actividades de gestión en atención primaria siendo responsable de gestión clínica del Centro de Atención Primaria de la Barceloneta y farmacéutico de atención primaria del CAP La Roca del Vallès. Actualmente es miembro del Comité de Evaluación Económica e Impacto presupuestario para la reincorporación de nuevas tecnologías sanitarias y Miembro del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos de la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (AIAQS).

Es profesor asociado de la Unidad de Farmacia Clínica del Departamento de Farmacia Galénica y Tecnología Farma-

cética de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona y Profesor del Módulo de Gestión de Medicamentos de la Maestría de Economía de la Salud y Farmacoeconomía de la Universidad Pompeu Fabra. Ha realizado publicaciones nacionales e internacionales, así como comunicaciones y ponencias.

### Abstract

Las residencias asistidas atienden a un conjunto de población especialmente susceptible de presentar problemas relacionados con los productos farmacéuticos y sanitarios durante el proceso de prescripción – dispensación – administración. En el año 2009 la Fundación Edad&Vida analizó el proceso de gestión de estos productos en los centros residenciales y realizó unas recomendaciones generales para los diferentes ámbitos operativos. El estudio que se presenta actualiza la situación descrita en su momento y contrasta la existencia de cambios relevantes, a la vez que propone un Modelo adaptado a las actuales circunstancias del sector.

Este estudio de actualización forma parte de un proyecto más amplio que pretende conformar un marco estratégico y operativo de gestión de la terapia farmacológica y productos sanitarios de alto consumo en las residencias asistidas y

que implique de forma coherente a todos los profesionales y ámbitos relevantes (clínico, logístico, seguridad y económico), con el objetivo de poder proponer los elementos de mejora necesarios para garantizar un entorno efectivo, seguro y eficiente en el manejo de estos productos, tanto desde la perspectiva de los dispositivos asistenciales como de la del sistema de salud en general. En este sentido, se ha desarrollado una herramienta de diagnóstico rápido de la gestión de medicamentos y productos sanitarios en residencias asistidas que permita recoger los aspectos considerados como críticos para garantizar la gestión y la identificación de iniciativas innovadoras.

Los resultados obtenidos en este proceso sitúan la gestión actual de los medicamentos y productos sanitarios en los centros residenciales en un marco del que potencialmente derivan ineficiencias para todos los actores. Existe, en definitiva, una potencialidad de mejora importante y se requiere, a nuestro entender, de cambios estructurales en el modelo externo vinculado a la financiación y suministro de productos y, también un proceso de reflexión que permita cambiar la cultura y actitud interna de los dispositivos asistenciales, sobre todo incorporando el concepto de gestión clínica como elementos integrados del proceso ■



**Sra. Marta Zaera Barrio:**

*Resultados de la implantación de mejoras en la gestión farmacéutica y de productos sanitarios sugeridas por el estudio de Edad&Vida*



**Sr. Tomás Casasín Edo:**

*Resultados de la implantación de mejoras en la gestión farmacéutica y de productos sanitarios sugeridas por el estudio de Edad&Vida*

### Currículum

*Directora de Amma Sant Cugat*

Directora Técnica Asistencial del Centro Amma Sant Cugat desde 2011. Anteriormente, fue Directora Territorial de la Zona Norte-Levante de Amma Gerogestión y del Centro Amma de Teià. Ha ocupado responsabilidades clínicas y asistenciales en distintas residencias y centros de atención a las personas mayores, y de psicología de las organizaciones y RRHH de varias empresas.

Licenciada en Psicología, es Magister en Dirección y gestión de Residencias Geriátricas, en Geriátrica y en Psicología y Envejecimiento. Ha desarrollado distintos proyectos de investigación en el ámbito del entrenamiento de la memoria, la estimulación cognitiva y las necesidades de intervención psicológica en centros de atención a las personas mayores ■

### Currículum

*Jefe del Servicio de Farmacia del Hospital de Viladecans y de la residencia Frederica Montseny de Viladecans*

Licenciado en Farmacia por la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona en junio de 1981 y farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria en el hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona.

Fue farmacéutico adjunto del servicio de farmacia del hospital Joan XIII de Tarragona desde octubre de 1983 hasta noviembre de 1987. A partir de esta fecha y hasta la actualidad, es responsable de la Dirección del Servicio de Farmacia del hospital de Viladecans de Barcelona.

Implantó en el año 2007 un depósito de medicamentos en el centro sociosanitario Frederica Montseny de Viladecans con los objetivos de gestión de la medicación y programa de atención farmacéutica y farmacia clínica en el centro.

Es profesor asociado de la Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia de la facultad de farmacia de la Universidad de Barcelona desde el año 2004 y vocal de hospitales del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona.

Expresidente de la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica y vocal desde el año 1996. Miembro del consejo editorial de la revista European Journal of Clinical Pharmacy ■

## **Sesión paralela 2: Alimentación y Nutrición: de la prevención de la malnutrición a la provisión de servicios de proximidad**



**Dr. Federico Cuesta Triana:**

**Recomendaciones sobre aporte de proteínas y ejercicio físico en las personas mayores, y su relación con la dependencia. Grupo de Estudio PROT-AGE**

### **Currículum**

*Médico especialista en Geriátría del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid*

Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Geriátría. Es Facultativo Especialista del Área de Geriátría del Hospital Clínico San Carlos. Asimismo, es Coordinador del módulo de Endocrinología y Metabolismo del Programa de Doctorado en Geriátría de la Universidad Complutense, Colaborador del Magister de Nutrición de la Facultad de Farmacia y Profesor Asociado de Ciencias de la Salud de la Diplomatura de Nutrición y dietética. Es miembro del Observatorio de Sarcopenia de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Ha publicado numerosos artículos en revistas especializadas.

### **Abstract**

La recuperación de la enfermedad y el deterioro funcional asociado depende de una situación nutricional adecuada, basada fundamentalmente en un aporte de proteínas suficiente para lograr que se mantenga la masa muscular, especialmente en situaciones de enfermedad donde los requerimientos han superado las recomendaciones clásicas hasta situarse por encima de 1-1.2 gramos por kilogramo de peso y día. Esto requiere igualmente de un programa de ejercicio adaptado a la situación de cada persona. Esta combinación (dieta más ejercicio) consigue los mejores efectos sobre la salud y la autonomía. Se revisarán las situaciones de normalidad, fuera de cualquier patología, en las que únicamente existe un envejecimiento de los diferentes órganos y sistemas para posteriormente valorar las diferentes situaciones de enfermedad en las que predominan las situaciones inflamatorias y el deterioro funcional, todo ello basado en la evidencia científica disponible. Se tratarán conceptos como la calidad de la proteína en términos

de absorción y composición de aminoácidos, el momento más adecuado para su administración con el objetivo de conseguir la mejor síntesis muscular o la necesidad de emplear suplementación cuando la dieta tradicional se muestra insuficiente. Finalmente se hará énfasis en la necesidad de plantear objetivos terapéuticos basados en términos de pronóstico funcional, más próximos a la práctica clínica y fácilmente objetivables ■



**Dr. Pedro Abizanda Soler:**

**Los costes de la malnutrición en población anciana: revisión sistemática de la literatura**

### **Currículum**

*Jefe de Sección de Geriátría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

Doctor en Medicina y especialista en Geriátría. Jefe de Servicio de Geriátría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Albacete de la Universidad de Castilla-La Mancha. Presidente del Comité de Ética en Investigación Clínica de Albacete. Coordinador del grupo de investigación de Albacete, miembro de la red RETICEF del Instituto de Salud Carlos III y de la red internacional GARN de la IAGG (International Association of Geriatrics and Gerontology). Autor de numerosas publicaciones y libros nacionales e internacionales.

### **Abstract**

**Metodología:** Revisión sistemática de la literatura hasta diciembre de 2013 sobre la carga económica y el uso de recursos sanitarios asociados a la malnutrición en mayores institucionalizados o de la comunidad. La prevalencia de malnutrición, la frecuentación al médico Atención Primaria, y las hospitalizaciones fueron las principales variables de resultados. Los costes por unidad se obtuvieron de bases de datos disponibles en España con fecha 2014. Se realizó un análisis de sensibilidad.

**Resultados:** La malnutrición afecta al 24,6% de mayores hospitalizados, al 20,8% de aquéllos en instituciones y al 6,9% de los que residen en la comunidad. Supone un

aumento en los costes médicos, principalmente debido a estancias hospitalarias más prolongadas, aumento de hospitalizaciones y visitas a Atención Primaria. El coste anual asociado al uso de recursos sanitarios en pacientes malnutridos (5.000,66€) es 3,5 veces mayor que el de aquéllos con buen estado nutricional (1.433,78€). El análisis de sensibilidad mostró que la prevalencia de malnutrición fue la variable con mayor impacto en los resultados. La reducción de esta prevalencia hasta los límites inferiores hallados en la revisión (desde 15,6% y 4,4%, hasta 2% y 3% en institucionalizados y de la comunidad respectivamente), redujeron los costes por paciente malnutrido desde los 5.000,66€ hasta los 2.511,83€. El aumento hasta los mayores datos encontrados (62% y 23%, respectivamente), implicaron un aumento desde 5.000,66€ hasta 24.291,93€ de coste anual.

**Conclusiones:** La adopción de medidas para reducir la prevalencia de malnutrición en mayores institucionalizados o de la comunidad, reduciría hasta en un 50% los costes anuales por paciente por gasto sanitario ■



**Dr. Domingo Manuel  
García Fernández-Caro:**

***Prevención de la  
malnutrición y promoción  
de hábitos de vida  
nutricionales saludables a  
través de los Servicios de  
Proximidad***

## **Currículum**

*Miembro de Fundación Edad&Vida y Director del Área de Servicios de Proximidad, Ilunion Sociosanitario*

Doctor en Medicina por la Universidad de Cádiz y Licenciado en Psicología, por la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad de Sevilla.

Desde 2009 es director del Área de Servicios de Proximidad, de ILUNION Sociosanitario y desde 1993 es profesor de "Tratamiento e Intervención Social" del IAIC en la Facultad de Derecho de la Universidad de Cádiz. De 1993 hasta el año 2009 ocupó la dirección de Centros de Servicios Sociosanitarios para personas mayores.

Ha sido profesor en los cursos de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP), de la asignatura "Teleasistencia domiciliaria. Avances sociales y tecnológicos" y director de los trabajos de investigación en Tratamiento psicológico forense e Intervención Social en la Universidad de Cádiz.

## **Abstract**

A lo largo de la vida, la nutrición juega un papel fundamental en el crecimiento y en el desarrollo; en la prevención de enfermedades y en la recuperación de la salud. Los hábitos alimenticios del adulto de edad avanzada y las personas dependientes, influyen en gran medida sobre su estado de

salud y pueden afectar a las actividades de la vida diaria y por tanto, a la calidad de vida.

Informar mediante los servicios de teleasistencia sobre dietas adecuadas a la edad, asociadas o no a patologías crónicas, la aportación de ayudas técnicas, los dispositivos de monitorización, o el reparto de comida a domicilio para garantizar una nutrición diaria y variada a las personas mayores que viven solas, es un modelo de prevención primaria y secundaria que se puede realizar a través de los servicios de proximidad, constituidos como vehículo de atención directa a la hora de estar cerca de las personas mayores y dependientes, sobre todo, de los más frágiles, que quieren seguir siendo autónomos en sus domicilios.

El autocuidado conlleva, además de una adecuada alimentación, otros aspectos como el ejercicio físico, la socialización y el apoyo psicológico, la eliminación de hábitos no saludables y la formación y educación en salud, ámbitos, donde los servicios de proximidad también están hoy día jugando un importante papel, con diversas actividades socioculturales y formativas.

El desarrollo de estos y otros servicios, apoyan la permanencia en el domicilio, facilitando mayor autonomía de vida a las personas mayores y dependientes ■

## Sesión paralela 3: ¿Un mundo de tipos de interés al 0%? Efectos sobre el ahorro para las personas



**Sr. Lukas Junker:**

*La innovación de productos en un escenario de bajos tipos de interés – Experiencia de un grupo asegurador internacional*



**Sr. Antonio Argandoña Rámiz:**

*Consecuencias para la economía y el ahorro a largo plazo en un escenario de incremento de la longevidad y tipos de interés del 0%*

### Currículum

*Jefe de Innovación de Producto Global Life, Grupo Zurich*

Jefe de Innovación de Producto del Grupo Zurich. En este cargo es responsable de impulsar la innovación en productos de ahorro y jubilación a nivel mundial. Anteriormente, Lukas fue socio de McKinsey & Company, dirigiendo el ámbito de seguros de vida en Alemania. Lukas tiene un doctorado en administración de empresas por la Universidad RWTH Aachen, un MBA de la McCombs School of Business de la Universidad de Texas en Austin, un Master de WHU Otto Beisheim School of Management, y es analista financiero titulado (CFA).

### Abstract

Esta ponencia se centra en el impacto de un escenario con bajos tipos de interés sobre el mercado asegurador y en cómo las entidades aseguradoras han ajustado su oferta de productos ante esta situación.

Los bajos tipos de interés afectan a las aseguradoras de vida, ya que ejercen presión sobre nuevos volúmenes de negocio, significan un reto para las proposiciones de valor para los clientes y conllevan un deterioro de la rentabilidad del negocio actual. Mientras algunas entidades han optado por ser cautelosas, esperando que el escenario de bajos tipos de interés sea un fenómeno pasajero, otras entidades han apostado por desarrollar nuevos productos aseguradores más allá de los tradicionalmente existentes.

Alemania y Suiza son dos de los países más interesantes a analizar en términos de innovación de producto en un escenario de bajos tipos de interés. En estos mercados se han desarrollado nuevos productos, bien reduciendo la intensidad de capital de los productos tradicionales, bien añadiendo garantías a los productos unit-linked. La ponencia dará ejemplos prácticos de conceptos exitosos desde la experiencia del Grupo asegurador Zurich.

Finalmente se describirán diferentes escenarios potenciales en la evolución futura de los tipos de interés y sus implicaciones para una óptima estrategia de producto. Solamente una estrategia flexible multi-producto construida sobre múltiples y diferentes conceptos de garantía funciona en cada escenario del mercado de capitales ■

### Currículum

*Profesor del Departamento de Economía y titular de la Cátedra “La Caixa” de Responsabilidad Social de la Empresa y Gobierno Corporativo del IESE*

Profesor Emérito de Economía y titular de la Cátedra “la Caixa” de Responsabilidad Social de la Empresa y Gobierno Corporativo del IESE, Universidad de Navarra. Catedrático de Fundamentos del Análisis Económico (en excedencia), Académico Numerario de la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras, Presidente del Comité de Normativa y Ética Profesional del Colegio de Economistas de Cataluña. Autor de numerosos libros y artículos sobre macroeconomía, economía española y europea y ética aplicada a la economía y a la empresa.

### Abstract

En la economía se produce, con frecuencia, “daños colaterales”, cuando las medidas adoptadas para solucionar un problema tienen impactos no despreciables, negativos o positivos, previstos o no, en otros ámbitos. Después de una larga crisis financiera, del salvamento de muchas instituciones con fondos públicos y de la adopción de medidas prudenciales para asegurar la solvencia de la banca, las autoridades han tenido que dar un paso más. La necesidad de evitar una deflación hasta ahora poco conocida, pero que parece amenazadora, y de afianzar la recuperación de la demanda y la producción, ha llevado a los bancos centrales de Estados Unidos, la zona euro y Japón, entre otros, a promover agresivas políticas de *quantitative easing*, consistente en el aumento de la liquidez lanzada a los mercados, en un entorno de tipos de interés oficiales prácticamente iguales a cero. Todavía no sabemos si esas acciones conseguirán sus objetivos, pero sí conocemos unos probables “daños colaterales” de esas medidas: el del ahorro de las familias. Ese ahorro es pieza clave para la reducción del endeudamiento de los hogares, para la financiación de sus sistemas privados de pensiones, para el rendimiento de su riqueza financiera y para la valoración de sus activos. En esta intervención intentaremos llegar a conclusiones útiles sobre el impacto que aquellas políticas, expansivas y heterodoxas, de los bancos centrales, pueden tener sobre las variables relevantes para las decisiones financieras de los hogares a largo plazo ■



**Sra. Pilar González de Frutos:**

*Riesgos y oportunidades para el Sector Asegurador*



**Sr. Mariano Rabadán Fornies:**

*Riesgos y oportunidades para el sector Financiero*

### **Currículum**

#### *Presidenta de UNESPA*

Presidenta de UNESPA desde Junio de 2003, cargo que ostenta en la actualidad. Además, es miembro del comité consultivo de CNMV, miembro de la Junta Consultiva de Seguros del Ministerio de Economía. También es representante del seguro español en Insurance Europe (Confederación Europea de Asociaciones de Aseguradoras), FIDES (Federación Iberoamericana de Empresas de Seguros) y en la IAIS (Asociación Internacional de Supervisores de Seguros). Es licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) (Promoción de 1979) e inspectora de Seguros del Estado (Promoción de 1980). En su currículum destacan: tareas de Supervisión a Entidades Aseguradoras (1980-1983), Subdirectora Técnica de Operaciones en el Consorcio Compensación de Seguros (1983-1988), Directora de Operaciones del Consorcio Compensación de Seguros (1988-Enero 1997), Directora General de Seguros, (Enero 1997- Noviembre 2002) y Vicepresidenta de CEOE (2006-2015).

### **Abstract**

El seguro español gestiona casi 170.000 millones de euros de sus clientes. En un 80%, estos ahorros están canalizados por productos de prestación definida. Esta alternativa de ahorro otorga certidumbre frente a los vaivenes de la economía. Dado que este modelo se basa en la existencia de unas garantías mínimas, unos tipos bajos de interés prolongados en el tiempo pueden ponerlo en cuestión. Esto puede ocurrir si las entidades encuentran dificultades para adquirir activos que renten una cantidad suficiente para cumplir con la prestación apalabrada previamente con el tomador de una póliza. Para evitar que un desajuste derivado de la renovación de las inversiones pueda generar tensiones de liquidez, el seguro español casa los flujos de entrada de dinero (primas) con los de salida (pago de prestaciones). Las pruebas de resistencia llevadas a cabo en 2014 por el regulador comunitario de seguros (Eiopa, en inglés) han avalado la eficacia de esa gestión de activos y pasivos. A pesar de ello, existe una tendencia en Europa a la migración desde productos de prestación definida a otros de contribución definida. Es decir, a productos donde el cliente sabe el dinero que pone pero no el que recibirá después. Esto obliga a sensibilizarle sobre los riesgos que asume ■

### **Currículum**

#### *Presidente de INVERCO*

Presidente de la Asociación de Instituciones de Inversión Colectiva y Fondos de Pensiones (INVERCO). También es Vicepresidente de la Federación Internacional de Administradoras de Pensiones (FIAP) y Miembro del Comité Consultivo de la CNMV y de la Junta Consultiva de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía), así como del Patronato de la Fundación de Estudios Financieros.

Ha sido Presidente de la Federación Europea de Fondos de Inversión (EFAMA), Presidente del Instituto Español de Analistas Financieros y miembro del Consejo de Administración de la Federación Europea de Asociaciones de Analistas Financieros y de la Federación Europea de Fondos de Pensiones (Pensions Europe), así como Vicepresidente de la Asociación para el Progreso de la Dirección (APD) y del Comité Español de la Liga Europea de Cooperación Económica (LECE). También fue Presidente del Comité de Financiación de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE) y miembro de la Comisión de Economía de la misma.

En el ámbito académico ha sido Profesor del Instituto de Estudios Superiores de la Empresa (IESE), Universidad de Navarra, Profesor de la Facultad de Ciencias Empresariales de la Universidad Autónoma de Madrid y del Colegio Universitario de Estudios Financieros (CUNEF), Universidad Complutense de Madrid.

Su carrera profesional la ha desarrollado en los Grupos Banco Popular Español, Grupo March y Sabadell, desempeñando diversos cargos ejecutivos en sus áreas financieras y en particular en las relacionadas con el ahorro colectivo y ahorro-previsión, entre ellos, la Presidencia de Sociedades Gestoras de IIC, Fondos de Pensiones y Sociedades de Inversión Inmobiliaria, habiendo sido Consejero del Banco de Progreso (Grupo March) y del Banco Urquijo (Grupo Sabadell) ■

## **Sesión especial del Imsero: La atención sanitaria y los servicios sociales: Una transformación de su visión en torno a la persona**



**Sr. Fernando Vicente Fuentes:**

### **Objetivos de una estrategia de atención sociosanitaria**

#### **Currículum**

##### **Vocal Asesor de la Dirección General del Imsero**

Doctor en Derecho por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y Licenciado en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid. Ha cursado el Programa de Dirección General del IESE y el de especialista en Derecho Empresarial de la Universidad Politécnica de Madrid.

Ha desempeñado, entre otros, los puestos de Director General de Recursos Humanos y de la Inspección General de Servicios del Ayuntamiento de Madrid, de Director General de Recursos Humanos y Servicios Económico Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, de Director General de Recursos Humanos del INSALUD y Subdirector Provincial de dicha Entidad, y de Director y Subdirector de Gestión y Servicios Generales, respectivamente, del Hospital 12 de Octubre y Clínico San Carlos de Madrid

Entre otras actividades que realiza, cabe mencionar, la de Profesor de Ética y Legislación Profesional de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, la de Director y profesor en distintos Máster y Cursos de Universidades, Escuelas de Negocio y Entidades públicas y privadas, así como ponente en Seminarios y Congresos especializados.

Es autor de artículos y libros relacionados con los Recursos Humanos, la Gestión Sanitaria y el Derecho Sanitario.

#### **Abstract**

El sistema sanitario y el sistema de servicios sociales constituyen parte sustancial del modelo de protección y garantías de nuestro Estado de Bienestar. Ahora más que nunca es necesario contribuir, entre todos, para que los logros alcanzados sean sostenibles, siendo también responsabilidad de todos la gestión ordenada y coherente de los recursos que la sociedad pone a disposición de aquellos que tienen encomendada la responsabilidad de llevarla a efecto.

En este contexto, la adopción de una estrategia de atención sociosanitaria representa una doble oportunidad: por una parte, la de optimizar los recursos públicos y privados destinados a la atención de las personas que necesitan cuidados de larga duración, con enfermedades crónicas o en situación de dependencia y, por otra, la de avanzar en una atención más eficaz, con su centro de acción en las personas y sus necesidades y con base en la generación de una

nueva cultura del cuidado. Definición de procesos adaptados a las necesidades reales de las personas, equipos de coordinación multidisciplinares, optimización de recursos, itinerarios de atención, etc., son conceptos que articulan una nueva estrategia de atención.

El sistema sanitario y el sistema de servicios sociales cuentan con una extensa cartera/catálogo de servicios y con las herramientas necesarias para procurar una correcta intervención tanto en la prevención como en la atención a las personas. Ambos sistemas han de emprender un camino común y compartido en aras de una mayor y mejor eficiencia de sus acciones. Tomando como base la experiencia de trabajo en ambos sistemas, ahora se justifica más que nunca una acción conjunta, sin que esto implique pérdida de identidad por ninguno de los dos.

Sin embargo, aún son muchos los elementos que deben ponerse en marcha y desarrollarse para alcanzar, en la práctica, una verdadera coordinación entre ambos sectores. Es el momento de dar un impulso para la elaboración de una estrategia de atención sociosanitaria que nos sitúe, de nuevo, a la vanguardia de los países de nuestro entorno ■



**Sra. Carmen Ferrer Arnedo:**

### **Lecciones aprendidas en atención sociosanitaria**

#### **Currículum**

##### **Directora Gerente del Hospital de Guadarrama (Madrid)**

Directora Gerente del Hospital de Guadarrama desde Noviembre de 2010. Anteriormente fue Directora Gerente de Atención Primaria del Área 9 de Madrid y Directora de Enfermería en 3 Áreas de Madrid. Ha sido Coordinadora Científica de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud Español. Revisora de la Estrategia de Promoción y prevención del SNS y colaboradora en la estrategia de EPOC y Salud Mental del SNS. Miembro del grupo técnico de la Red de Escuelas de Salud del Ministerio de Sanidad y Miembro del grupo director de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Comunidad de Madrid 2013. Posee el grado de enfermería por la Universidad Europea de Madrid y una diplomatura universitaria en fisioterapia. Es Máster en Administración y Dirección de Servicios de Enfermería, Oskaidetza. Experto en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid y Master en alta dirección de servicios de salud y gestión empresarial

por la Universidad de Alcalá de Henares. Colabora como docente en diversos programas de formación.

### Abstract

La Estrategia Abordaje de la cronicidad plantea algunos elementos claves que han de determinar cómo debería de ser la Atención al Paciente con enfermedades crónicas y cómo se ve afectado el rediseño de los servicios para que éstos sean capaces de proponer una nueva manera de abordar los problemas de las personas más frágiles.

Pero este punto de partida sólo es posible si somos capaces de aprender de aquello que tantas veces hemos intentado hacer y que, sin embargo, no ha servido como una respuesta eficaz en la solución de los problemas.

La experiencia: Es preciso potenciar la comunicación fluida y eficaz entre los servicios sanitarios, los servicios sociales y los recursos del ámbito de la Comunidad, es decir, trabajar con el paciente como eje del sistema y ser capaces de ofertar una adecuada cobertura de sus necesidades. A veces, el objetivo ha sido el propio servicio. Por ello, se necesita cambiar el enfoque.

Otro elemento para reflexionar es el propio término Socio-sanitario: es un espacio, es una propuesta de servicios sanitarios de larga estancia porque el envejecimiento o la dependencia lo requieren y se asimila a la enfermedad o se trata de servicios prestados desde las residencias medicalizadas... porque las personas están enfermas... o no, qué es y para qué sirve. Cómo se interpreta el concepto, es lo que determina la cobertura, la financiación, o el modelo de la provisión.

Otros elementos que han traído lecciones aprendidas son los términos: coordinación, fragmentación, atención integral, lo multidisciplinar, atención de cuidados, autocuidado, care. Confundir marco con disciplina, las personas y sus valores, qué es la eficacia...

Si aprendemos de aquello que no ha salido bien, seguramente no repetiremos errores y podremos avanzar en ofertar servicios a la población alineados con sus necesidades donde las personas llevan las riendas y son activas ■

## Sesión paralela 4: Responsabilidad Social de las Empresas y economía social



**Sr. Javier Romero Reina:**

***El punto de vista de una empresa de servicios residenciales***

### Currículum

*Miembro de Fundación Edad&Vida y Director General de Grupo Amma*

Director General del Grupo Amma. Licenciado en Derecho por la Universidad de Córdoba y Diplomado en Alta Dirección por el Instituto San Telmo-IESE. Fue asesor jurídico en Compañía Sevillana (Endesa), Supercable y Grupo Prasa. Durante 11 años trabajó en la empresa Sanyres, primero como Director Jurídico, posteriormente como Director de Recursos Humanos y Jurídicos y como Director General desde 2006 hasta noviembre de 2011, fecha en la que se incorpora a Amma, como Director General.

### Abstract

La Responsabilidad Social está en la esencia de las empresas que operan en el sector de atención a la dependencia y la tercera edad. Y ello porque este sector se basa, de forma primordial, en un firme compromiso ético con las personas. Compromiso con sus usuarios, a través de la cali-

dad asistencial de los servicios, buscando en todo momento mejorar su calidad de vida respetando su singularidad, su dignidad y su independencia. Compromiso también con sus familiares, para ofrecerles la confianza y seguridad de que sus mayores están en las mejores manos, actuando con la máxima transparencia y cooperación con ellos. Y compromiso, finalmente, con los profesionales, que son la base de cualquier empresa de este sector, un sector que se ha caracterizado por ser un gran generador de empleo, incluso en épocas de crisis.

Pero, en este sector, las empresas debemos dar un paso más y ampliar el horizonte de nuestros compromisos para llevar la Responsabilidad Social al corazón mismo de nuestras decisiones empresariales y de nuestro día a día, algo que está haciéndose de forma progresiva estos últimos años. Compromisos añadidos, por ejemplo, con el medio ambiente, con el buen gobierno, con la solidaridad, con los proveedores y grupos de interés, con la diversidad, con la innovación e investigación, etc. Y todo ello, además, dando a la Responsabilidad Social un enfoque estratégico y planificado, siguiendo los parámetros e indicadores nacionales e internacionales para homologarse con la pertinente certificación y elaborando anualmente memorias de Responsabilidad Social ■



**Sr. Juan José Mulero Miras:**

***El punto de vista de una empresa aseguradora***

### **Currículum**

*Miembro de Fundación Edad&Vida y Director General de Seguros Generales y Vida del Grupo DKV*

Estudió Filología Hispánica en la Universidad de Barcelona. Antes de su incorporación al sector asegurador trabajó en un par de entidades relacionadas con el sector de la consultoría. En 1989 se incorporó a la compañía Zurich, después a Nórdica y en el año 1998 entró a formar parte del Grupo DKV, compañía que acababa de iniciar su andadura en España. En diferentes momentos ha formado parte de algunas comisiones de la patronal del seguro UNESPA y ha participado también como ponente en diferentes reuniones y seminarios organizados por entidades del sector.

En DKV es el responsable de los negocios de Seguros Generales y Vida, y también es uno de los impulsores de las acciones de Responsabilidad Social Corporativa y Acción Social que se realiza desde el Grupo. Una de las acciones que impulsa está orientada al desarrollo de productos aseguradores donde priman conceptos como la sostenibilidad y el medio ambiente. También lidera un proyecto sobre el Envejecimiento Activo que se está realizando en la organización. Anteriormente, ha colaborado, y sigue haciéndolo, en el desarrollo de la Fundación Integralia, fundación de DKV para la integración laboral de personas con discapacidades físicas. Desde hace unos meses, representa al Grupo DKV en la Fundación Edad&Vida.

### **Abstract**

Escuchar hablar de la Responsabilidad Social Corporativa y relacionar de inmediato esa expresión con buenismo, filantropía, mecenazgo, etc. era todo uno. Nunca me planteé la necesidad de que la empresa debía compartir, en alguna medida, el valor que generaba con la sociedad, y en particular, con los más desfavorecidos.

Hace unos años, a raíz de la puesta en marcha en nuestra empresa de la Fundación Integralia -Fundación para la Integración laboral de personas con grandes discapacidades físicas-, fue cuando empecé a comprender que la empresa podía empezar a jugar un rol distinto al que siempre había jugado en la sociedad.

Esa experiencia directa fue la que activó el mecanismo que me ha permitido entender el importante papel que debe desempeñar la Responsabilidad Social Corporativa en la sociedad y el gran impacto que puede y debe tener en ésta.

Pero la Responsabilidad Social en el mundo empresarial no puede ser una obligación ni tampoco una acción que se realiza porque ahora es la moda.

La Responsabilidad Social es un modo distinto de entender la empresa y el negocio. Es la capacidad de generar y compartir valor entre la empresa y la sociedad. Hacer el bien no excluye el hacer buenos negocios. Y que nadie dude de que generar valor para los grupos de interés, para la sociedad y dentro de ella, de una forma especial para los más desfavorecidos, beneficia también al accionista aunque de momento esto ocurra a largo plazo ■



**Sr. Rafael de Lorenzo García:**

***La perspectiva de una Fundación de economía social***

### **Currículum**

*Secretario General de la ONCE*

Es Licenciado en Derecho por la Universidad Complutense. Obtuvo el Grado de Doctor en Derecho "cum laude" y premio extraordinario por la Universidad de Alcalá de Henares. Ha publicado más de 20 libros; diversidad de artículos; monográficos y colaboraciones sobre discapacidad, fundaciones, ONG, Economía Social, Derechos Humanos y temas europeos.

Actualmente es Secretario General del Consejo General de la ONCE, Profesor asociado de la UNED; miembro del Club de Roma; miembro del Consejo Asesor de la Asociación Española de Fundaciones y Académico correspondiente de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación ■



**Sr. Marc Simón Martínez:**

***Proyectos de economía social de la Obra Social "la Caixa"***

### **Currículum**

*Director Corporativo del Área Social de la Fundación Bancaria "la Caixa"*

Es Máster Técnico de Desarrollo en entornos TIC por la Universidad Politécnica de Cataluña y PDG – Programa de Dirección General- por la Universidad de Navarra, IESE. Después de una breve estancia en Telefónica ha llevado a cabo su trayectoria profesional en la Caja de ahorros y Pensiones de Barcelona "la Caixa", donde empezó el año 1981, participando desde entonces en distintas funciones en la entidad. En "la Caixa" ha dirigido las áreas de Gestión Tecnológica, Sistemas de Información, Organización y Calidad Operativa e Innovación y Expansión Internacional. De manera relevante y como Director de Gestión Estratégica y Arquitectura del Sistema de Información, se dedicó a la solución informática de la incorporación al Euro y del efecto 2000. En la actualidad y desde el mes de julio de 2008 es el Director del Área de Integración Social de Fundación "la Caixa".

### **Abstract**

El nuevo escenario social que nos definen las predicciones de población en el año 2050, pone de manifiesto el importante incremento de personas mayores con necesidad de cuidados que nuestro país experimentará en los próximos años.

La situación de crisis económica ha mostrado la evidencia de que el estado del bienestar, tal y como antes del año 2007 pensábamos, no es viable, y se pone de manifiesto la necesidad de encontrar nuevas fórmulas que permitan atender a las personas que lo necesiten.

Desde la Obra Social "la Caixa" llevamos 3 años promoviendo la nueva vía que representa la economía social, promoviendo el emprendimiento social, a la vez que apoyando a las empresas de inserción para que se erijan en alternativas viables para este fin.

En el transcurso de la mesa de debate expondremos algunos ejemplos tanto de proyectos de emprendimiento social, como de entidades sociales a las que estamos apoyando y que también actúan en este segmento. A la vez, también realizaremos un análisis de las posibilidades de inserción en este ámbito que se dan a través de nuestro programa Incorpora, un programa que se focaliza en ofrecer oportunidades de inserción a los colectivos más desfavorecidos, y que permite ver la importancia futura potencial de todo este sector como generador de ocupación.

Todo este análisis no debe hacernos olvidar la importancia capital que tiene definir las líneas principales de cómo cuidar bien a las personas, ése objetivo primordial que debe ser "cuidar como nos gustaría ser cuidados", y que debe ser el denominador común de todas las iniciativas en este ámbito ■



**Sr. Carlos Pedro de la Higuera Pérez:**

***El punto de vista de una Asociación de Empresas de Economía Social***

### **Currículum**

*Consejero de la Junta Directiva de CEPES y responsable del área de Dependencia*

Socio Fundador de la Cooperativa Gredos San Diego, de la que actualmente es Presidente desde 2014. Anteriormente ocupó el cargo de Director General de GSD Cooperativa y del Grupo Cooperativo GSD, formado por las cooperativas Tosande, que gestiona la residencia de mayores y centros de día Los Balcones; El Mercante, dedicada al diseño, creación y distribución textil; Educación Activa Complutense, que gestiona el Colegio GSD Alcalá; y Artemus, dedicada a la enseñanza de música y danza.

Compagina este cargo con la Presidencia de la Comisión de Dependencia de CEPES y la Presidencia de FECOMA. Es Consejero de la Cooperativa de Crédito Cajamar y miembro de su Comisión Ejecutiva.

### **Abstract**

Las empresas de Economía Social han actuado tradicionalmente prestando servicios a las personas en situación de dependencia, incluso desde mucho antes de la Ley que regula este sector en España. Las Cooperativas, Sociedades Laborales, Mutualidades, Empresas de Inserción, Centros Especiales Empleo y entidades de la Discapacidad son gestores naturales de estos servicios por su origen, génesis y directa vinculación con colectivos con especiales necesidades de apoyo.

La Economía Social cuenta además como ventaja añadida con el arraigo territorial del que disfruta, no trabaja con grandes masas deslocalizadas, ofrece contacto personal, calidad y cercanía a la persona, entorno y familia.

Asimismo, existe una mayor implicación de los profesionales con su tarea pues la propia labor social se convierte en una labor de encuentro, en la línea de primacía de la persona frente al capital, primordial ventaja de la Economía Social frente a grandes estructuras, empresas de gran tamaño y principales proveedores de servicios.

Los principios y valores de solidaridad, empatía y tolerancia, base de la atención a los mayores, coinciden plenamente

te con los principios de actuación de la Economía Social, que intercalan la consecución de beneficios empresariales y creación de empleo de calidad con atención especializada, innovadora y comprometida.

Por tanto, nuestro modelo de empresa basado en la atención integral, enfoque global y desarrollo local, se muestra como fórmula ideal para prestar servicios sociales de proximidad, pues es cercano al ciudadano, trabaja desde y para lo local y resulta una opción acertada para promover nuevos proyectos en este sector de actividad ■



**Sra. Isabel María  
Martínez Lozano:**

**Índice Global de  
Envejecimiento**

### **Currículum**

*Presidenta de HelpAge International España*

Es licenciada en Ciencias de la Información, Universidad Complutense de Madrid (1992). También Máster Interuniversitario en Sostenibilidad y Responsabilidad Social de las Empresas y Executive en liderazgo público por el Instituto de Empresa.

Actualmente, desde enero de 2013 es Comisionada para Universidad, Juventud y Planes Especiales de la Fundación ONCE. Anteriormente fue Coordinadora de la Organización de Estados Iberoamericanos para la educación, la ciencia y la cultura (OEI).

Durante años ha estado dedicada al servicio público, desempeñando entre otras cosas, la responsabilidad de Secretaria General de Política Social y Consumo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. También fue Secretaria General de Igualdad del Ministerio de Igualdad. Desde 1997 ha participado activamente en la elaboración y diseño de normas y políticas públicas ligadas a la igualdad de género y el bienestar social.

Ha participado en diferentes organismos e instituciones desde el 2004 al 2011 y representado a España en el Consejo EPSSCO de la Unión Europea, la CSW de Naciones Unidas, la Comisión de Desarrollo Social, la mesa directiva de la CEPAL y fue la presidenta de la delegación española y portavoz durante el examen a España de la Convención de los derechos humanos de las Personas con Discapacidad en septiembre 2011. Ha participado como docente y ponente en numerosos cursos y jornadas sobre igualdad y estado del bienestar.

### **Abstract**

Todos los años HelpAge International publica el Índice Global del Envejecimiento, un informe que califica a 96 países

según el bienestar económico y social de las personas mayores. Actualmente, hay 868 millones de personas mayores de 60 años (aproximadamente el 12% de la población mundial). Para 2050, aumentará hasta el 21% y serán casi dos mil millones de personas.

El Índice representa al 91% de la población mayor de 60 años del planeta, es decir 9 de cada 10 personas mayores. Mide el bienestar de los mayores centrándose en cuatro áreas clave: seguridad en los ingresos, estado de salud, competencias (empleo y educación) y entornos favorables. El índice es una herramienta única para poder valorar cuál es la situación de las personas mayores en cuanto a los servicios que reciben pero también mide su aportación como parte fundamental de la sociedad, tanto económicamente como social y culturalmente. En los países de renta media y baja prácticamente todas las personas mayores trabajan toda su vida, mientras su salud se lo permite. Muchas de ellas trabajan en la economía informal, lo que compromete su futuro a carecer del acceso a prestaciones sociales de salud e ingresos seguros. Además, muchas de ellas también son cuidadoras de otros miembros de sus familias y, en una mayoría de los casos, las mujeres actúan como cabeza de familia.

España se encuentra en el número 21 del Índice. Los datos del Índice nos muestran que en España las personas mayores viven razonablemente bien, con una alta esperanza de vida, aunque aún queda mucho por hacer para que vivan una vida segura, digna y saludable, mucho más teniendo en cuenta nuestros altísimos niveles de envejecimiento, que nos situarán a la cabeza del mundo. Por eso es una llamada de atención para que en estos momentos de recortes sociales, trabajemos junto a los actores de la sociedad civil y el Gobierno para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, fortalecer sus derechos y visibilizarlos como miembros activos de la sociedad. Tenemos que estar preparados para vivir en una sociedad intergeneracional, donde los mayores puedan vivir dignamente, no sean discriminados y sean parte activa de la sociedad. En la mayoría de los países de la Unión Europea, los sistemas de pensiones reducen más la desigualdad que el resto de medidas fiscales y de prestaciones sociales juntos por lo que la protección de este derecho es fundamental para garantizar una vejez de calidad.

En esta alianza por una sociedad intergeneracional, tenemos que implicar a todos los actores sociales: administración, empresas, instituciones públicas y privadas... Es necesario apostar por nuevas alianzas para fortalecer el estado del bienestar, sin renunciar a los derechos sociales básicos ■

# Miércoles, 11 de marzo de 2015

## Módulo 3: La evaluación de los sistemas integrados de atención socio sanitaria (integrated care)



**Sr. Nicholas Mays:**  
*Avances en la atención integrada en Inglaterra – resultados provisionales de una evaluación del programa “Integrated Care and Support Pioneers” (PIRU)*

### Currículum

*Profesor de Política Sanitaria, London School of Hygiene and Tropical Medicine y Director de la Unidad de Investigación para la Innovación Política (PIRU)*

Profesor de Política Sanitaria en el Departamento de Investigación y Políticas de Servicios Sanitarios en la Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical (LSHTM) desde 2003. También dirige la Unidad de Investigación para la Innovación Política (PIRU), financiada por el Departamento de Salud. Se trata de una innovadora iniciativa que comenzó en enero de 2011 con el objetivo de implicar a un equipo multidisciplinar de investigadores en las primeras etapas del desarrollo de políticas nacionales y la evaluación de programas y políticas innovadoras en el ámbito de los servicios de salud, la asistencia social y de la salud pública. Hasta marzo de 2013, fue coordinador científico del Programa de Evaluación de Reformas Sanitarias financiado por el Departamento de Salud, que tiene por objeto evaluar el impacto de las dos grandes reformas del Sistema Sanitario Inglés (NHS): en primer lugar, las reformas del período 2002-10 relacionadas con el mercado; y en segundo lugar, los cambios posteriores a la reforma de 2008 (“Next Stage Review”), la “atención de alta calidad para todos”.

Nicholas Mays tiene formación en políticas sociales, análisis de políticas y evaluación de políticas sanitarias.

Tiene experiencia como asesor político del gobierno, siendo asesor principal de Hacienda de Nueva Zelanda en políticas públicas de salud entre 1993 y 2008. Periódicamente continúa asesorando al Ministerio de Sanidad y de Hacienda neozelandés sobre estrategias para el sistema sanitario. Entre 1994 y 1998 fue Director de Investigación en Servicios de Salud en el King’s Fund, Londres. En total, cuenta con 30 años de experiencia en investigación de servicios de salud y la evaluación de políticas sanitarias.

### Abstract

El programa “Integrated Care and Support Pioneers” (PIRU) es una iniciativa de abasto nacional que pretende mejorar

la calidad, efectividad y coste-eficiencia de la atención a personas cuyas necesidades se satisfacen mejor cuando distintas partes del sistema nacional de salud (NHS) y los servicios de las autoridades locales (especialmente la atención social a personas adultas) trabajan de forma integrada. La evaluación temprana e independiente del Programa tiene por objetivo identificar la visión, el alcance, los objetivos, los planes, las intervenciones, la lógica subyacente y la implementación de la primera ola de 14 “Pioneers” (o proyectos pioneros). Esta presentación aborda los primeros 12 meses del programa ■



**Sr. Arturo Álvarez Rosete:**

*La identificación y análisis de experiencias de atención integrada en España: el Observatorio de Modelos Integrados en Salud*

### Currículum

*Director Científico del OMIS de la NewHealth Foundation e Investigador de la London School of Hygiene and Tropical Medicine*

Director científico de la Fundación NewHealth (<http://www.newhealthfoundation.org>) y, en ella, el responsable del Observatorio de Modelos Integrados de Salud (OMIS, [www.omis-nh.org](http://www.omis-nh.org)). Está vinculado como investigador a la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

Arturo Álvarez es doctor en Ciencia Política por la Universidad de Nottingham, especializado en políticas públicas, y su experiencia profesional se ha ido construyendo entre la consultoría y la investigación. Ha sido consultor de política sanitaria para el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales; e investigador en el centro inglés *The King’s Fund*.

### Abstract

En los últimos años, se han venido implantando en España diferentes iniciativas que buscan coordinar e integrar la atención sanitaria y social, desde enfoques centrados en las necesidades de las personas. Acompasándonos así al cambio de paradigma de la atención que está sucediendo a nivel mundial, en nuestro país comenzamos ya a disponer

de experiencias y conocimiento sobre qué funciona, en qué situaciones y con qué impacto.

Como parte de la Fundación NewHealth, el Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) ha nacido para identificar y analizar las iniciativas de coordinación e integración sociosanitaria que se van implantando en nuestro país y contribuir a la difusión de lo aprendido. La página web [www.omis-nh.org](http://www.omis-nh.org) permite el registro de experiencias a los autores de las mismas, que son analizadas según un marco que evalúa tres ejes analíticos: innovación, capacidad transformadora y elementos favorables o desfavorables para su implementación. A su vez, cada eje se despliega en una serie de dimensiones analíticas, expresadas en variables de tipo cualitativo.

Pero, ¿cómo hacer que la evidencia científica aprendida permee la práctica de los profesionales de la atención social y sanitaria, llegue a la planificación de nuevos servicios de atención, ilumine la toma de decisiones y contribuya a la formulación de políticas y estrategias? Desde el OMIS, pretendemos crear evidencia útil para la acción. Apostamos por un modelo de transferencia del conocimiento que facilita espacios de diálogo, mediante la activación y puesta en marcha de redes de expertos, profesionales y decisores para analizar experiencias, explorar tendencias y proponer sugerencias de avance ■



**Sra. Vicky Serra-Sutton:**

***La experiencia del proyecto AQuAS en evaluación de la atención integrada en Cataluña***

### **Currículum**

*Investigadora, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)*

Socióloga (Universidad de Barcelona-UB, 1997), diplomada en Sanidad (Escuela Nacional de Sanidad, UB 2000) y PhD (Metodología de investigación biomédica y salud pública, Universidad Autónoma de Barcelona, 2006). Trabaja como investigadora senior en Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS, en Barcelona). Es miembro del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) y de la Sociedad Española de Epidemiología. Sus intereses principales en investigación se centran en la evaluación de servicios sanitarios, evaluación de la calidad asistencial y organizaciones, medidas percibidas por usuarios y desarrollo de indicadores. Es consultora de la Universidad Abierta de Cataluña desde 2006. Ha participado en proyectos comisionados vinculados al Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como proyectos competitivos financiados a nivel estatal e internacional. Ha publicado más de

25 informes técnicos, artículos y capítulos de libro y es revisora de revistas de salud pública.

### **Abstract**

El objetivo de esta presentación es compartir la experiencia en evaluación de programas de atención a la cronicidad y de modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña. Desde la AQuAS se han llevado a cabo evaluaciones externas de este tipo de iniciativas locales comisionadas por el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad e Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales en el marco de un nuevo Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria.

En el caso de los modelos de atención social y sanitaria, el abordaje evaluativo se ha basado en metodología cualitativa para describir su organización y funcionamiento, describiendo aspectos de liderazgo, barreras y facilitadores en su desarrollo e implementación así como beneficios percibidos por parte de los profesionales implicados en cada experiencia. Los modelos evaluados (Alt Penedès, Gironès, La Garrotxa, Lleida, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana y Vilanova i la Geltrú) presentan heterogeneidad en cuanto a diferencias en sus proveedores, ámbitos, áreas geográficas, formas culturales de organizarse, poblaciones diana, objetivos y también perfiles profesionales implicados (trabajo social, enfermería, medicina familiar y comunitaria, medicina interna o psiquiatría entre otros).

Este proyecto ha permitido profundizar en el conocimiento de modelos organizativos integrados en nuestro ámbito desde una visión multidisciplinar, teniendo en cuenta la voz de profesionales que trabajan en gestión como en la atención a personas con necesidades sociales y en salud. También ha facilitado identificar aspectos de mejora y una propuesta de indicadores para futuras comparaciones cuantitativas. Más información en: <http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/> ■



**Dra. Ana María Miquel Gómez:**

***Experiencias de evaluación en cronicidad en la Comunidad de Madrid***

### **Currículum**

*Coordinadora de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid*

Gerente Adjunta de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, y Coordinadora de la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid.

Licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ha sido Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos de la Dirección General de Atención Primaria de Madrid, Directora Médica del Área 8 de Atención Primaria de Madrid y Directora Médica del SUMMA 112 de Madrid. Como docente, ha sido profesora en distintos másters y cursos de gestión sanitaria, calidad asistencial y epidemiología, en diversas universidades españolas.

### Abstract

La Comunidad de Madrid se encuentra inmersa en una transformación del modelo de atención sanitaria cuyo motor de impulso lo constituye la Estrategia de Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas.

El modelo de atención se construye en torno a la visión del itinerario del paciente, definiendo así treinta elementos necesarios para ajustar la atención a las necesidades reales del paciente a lo largo de su paso por nuestro sistema sanitario. Los treinta elementos propuestos por la Estrategia han sido agrupados en nueve líneas de ejecución. Las líneas de ejecución se han articulado y se están desplegando de manera estructurada a través de 23 proyectos definidos y 4 subproyectos que en el momento actual progresan con paso firme. Con un cronograma que tiene un horizonte hasta finales del año 2017, 20 de los 23 proyectos están ya iniciados.

Tomando como referencia este marco estratégico y con una orientación hacia la triple meta de mejorar la salud de la población, la experiencia del paciente con la atención recibida y la eficiencia del sistema se ha puesto el foco en una única línea estratégica que es la línea 9.

El despliegue de esta línea 9 cuenta con 3 proyectos marco: 1) Monitorización y seguimiento de la implantación de la Estrategia; 2) Mapa de iniciativas en Cronicidad en la Comunidad de Madrid, con el objeto de compartir de manera libre entre todos los profesionales los proyectos enmarca-

dos en la Estrategia y así identificar experiencias exitosas que podrán compartirse a través de una plataforma para la innovación y gestión del conocimiento; 3) Evaluación del impacto de la Estrategia en triple meta.

El desarrollo del proyecto de evaluación del impacto de la Estrategia con el foco tridimensional ha partido de la constitución de un grupo de expertos que inicialmente ha identificado y priorizado los indicadores que ligados a triple meta ya tenemos en la organización. Hasta la fecha, el grupo está trabajando con un total de 110 indicadores que pueden obtenerse a partir de 11 fuentes de información.

Se han seleccionado un total de 79 indicadores relacionados con los resultados en salud (prevalencias, coberturas, mortalidad, efectividad, reingresos, ingresos evitables...); otros 13 relacionados con la experiencia del paciente (satisfacción, accesibilidad); y otros 18 para aproximarnos a los costes de la cronicidad (actividad, gasto en farmacia de pacientes crónicos). Con los datos del año 2013 y 2014 se ha obtenido el evolutivo de nuestra comunidad para los indicadores priorizados.

Además, se están abordando tres líneas de trabajo paralelas: 1) Obtención de indicadores relacionados con la experiencia del paciente; 2) Introducción e implementación de herramientas que permitan medir la calidad de vida en la práctica clínica; 3) Identificación de cuestionarios que permitan medir el autocuidado; 4) Creación de un soporte informático que permita compartir esta información con distintos niveles de agregación; 5) Inclusión de nuevos indicadores de resultados en salud a partir del trabajo realizado con sociedades científicas; 6) Estandarización de indicadores según niveles de riesgo.

Con el trabajo iniciado hemos desarrollado un instrumento de evaluación inicial de nuestro sistema sanitario tomando como referencia triple meta, que nos puede permitir evaluar y mejorar nuestros resultados finales para seguir avanzando en la transformación del sistema sanitario ■

## Módulo 4: La ética en los modelos integrados de atención sociosanitaria (integrated care)



**Sr. Francisco Javier de la Torre Díaz:**

### *Dilemas éticos sobre el envejecimiento en dignidad*

Comité de Ética de la Universidad P. Comillas. Es Doctor en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid y Licenciado en Filosofía y Teología Moral por la Universidad Comillas. Ha publicado diez libros y editado veinte estudios sobre diversos temas referidos a la ética y la ética profesional. Entre sus obras cabe destacar: *Ética y Deontología Jurídica* (Dykinson 2000), *El modelo de diálogo intercultural en Alasdair MacIntyre* (Dykinson 2001) y *Pensar y sentir la muerte* (San Pablo, 2012). Entre los libros editados podemos destacar: *La limitación del esfuerzo terapéutico* (Comillas 2006), *Bioética y dignidad humana* (Comillas 2007), *Enfermedad, dolor y muerte en las tradiciones judeo-cristiana y musulmana* (Comillas, 2011) y *Bioética y ancianidad en una sociedad en cambio* (Comillas 2015).

### Currículum

Director de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas

Director de la Cátedra de Bioética y del Máster de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas. Es Presidente del

## Abstract

Abordaremos brevemente algunas intuiciones centrales de tres de las cuestiones más debatidas en la actualidad en los temas del envejecimiento desde la perspectiva ética: el maltrato y los abusos en mayores, los dilemas éticos en torno a las voluntades anticipadas o el testamento vital y los cuidados de larga duración. Seguiremos con una reflexión

sobre la discriminación de los mayores y la necesidad de introducir un discurso más intergeneracional y más humanista y finalizaremos con una reflexión sobre lo que supone la dignidad en estos contextos y su reflejo en una atención centrada en la persona, la necesidad de propiciar ambientes hogareños y participativos y el reto de un trato humanizado y familiar ■



**Dr. Marc Antoni Broggi i Trias:**

### *Reflexiones éticas sobre la atención integrada*

## Currículum

### *Presidente del Comitè de Bioètica de Catalunya*

Cirujano General desde 1965. Ha sido Jefe de Servicio del Hospital Universitario Germans Trias y Pujol de Badalona, ahora emérito. Miembro de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Miembro fundador del Comitè de Bioètica de Catalunya (en 1991) del que ahora es Presidente desde 2009. Ha escrito numerosos artículos sobre relación clínica,

información al enfermo, derechos del paciente, profesionalidad. Es autor del libro *Por una muerte apropiada* (Anagrama, 2013).

## Abstract

Para poder procurar una atención integrada se precisa una mirada integradora; es decir: curiosa y respetuosa con las preferencias de cada persona. Hay que ayudarle a que pueda apropiarse al máximo de su proceso, lo que requiere propiciar una comunicación dirigida a mitigar el miedo y a dar seguridad de acompañamiento humano y de control técnico de los síntomas. Hay que manifestar una voluntad de adaptación a la persona en concreto, recordando que se luchará contra el dolor (y se prevendrá), llegando a la sedación si el enfermo lo necesita, de que no se le aplicarán medidas fútiles, desproporcionadas o que el enfermo no quiera y de que se va a cuidar de su confort. La profesionalidad incluye ahora un conocimiento de estas necesidades y sus límites, una habilidad de gestionarlos y una actitud abierta y comprensiva ■

## Sesión paralela 5: Colaboración Público-Privada: La contratación pública de servicios



**Sr. Bruno Broseta Dupré:**

### *Tendencias en la Transformación de la Contratación Pública de Servicios*

## Currículum

### *Universidad Europea de Valencia*

Doctor en Economía (Ph.D.) por la Universidad de California, con amplia trayectoria profesional en el ámbito universitario y de organismos de investigación en Estados Unidos y España (1988-2002), en la dirección general en redes privadas de Centros Tecnológicos de I+D+i (2002-2007) y en la administración pública de la Generalitat (2007-2014) con competencias en política industrial e innovación y en la reestructuración del sector público empresarial.

Actualmente dirige BD Consulting, especializada en Consultoría de Dirección, Desarrollo de Negocio y *Public Affairs*,

así como el área de Dirección Estratégica en el Executive MBA de la Universidad Europea de Valencia.

## Abstract

A nuestro juicio, entender el proceso -presente y futuro- de transformación en la contratación pública de servicios requiere considerar tres elementos fundamentales. En primer lugar, la crisis económica ha provocado tensiones significativas en los procesos de contratación: el intenso proceso de consolidación fiscal ha afectado a presupuestos, número de contratos licitados y valor estimado de los mismos. Para los adjudicatarios y contratistas, a las dificultades financieras, concursos de acreedores, etc. se ha unido la problemática de los impagos. Paralelamente, se han impulsado procedimientos de contratación como los contratos de colaboración público privada, y se ha avanzado considerablemente en la implantación de sistemas y técnicas de contratación centralizada.

En segundo lugar, los constantes cambios legislativos habidos en los últimos años han resultado en un cuerpo normativo excesivamente complejo y a menudo de difícil interpretación, lo que dificulta una adecuada evaluación previa de riesgos por las empresas contratistas. El carácter formalista

y eminentemente transaccional de esta normativa limita las posibilidades de mejorar la relación calidad-precio en la prestación de los servicios introduciendo modelos innovadores de mayor valor añadido, y genera limitaciones normativas relevantes en las fases de gestión y extinción de los contratos para el sector privado (mantenimiento del equilibrio económico-financiero, operaciones corporativas en empresas adjudicatarias,...).

Por último, la progresiva implantación de la Estrategia Europa 2020 y los avances en regulación armonizada para la creación de un espacio europeo de contratación –en particular las recientes Directivas 2014/23/UE y 2014/24/UE- auguran nuevos cambios significativos en nuestra normativa sobre contratación pública ■



**Sra. Neus Colet Arean:**

***La transformación de la contratación pública de servicios. La visión de la Administración***

**Currículum**

*Responsable de la Secretaría Técnica de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de la Generalitat de Catalunya*

Licenciada en Derecho por la Universidad de Barcelona (1990). Pertenece al cuerpo de abogados de la Generalitat de Catalunya y está adscrita en el Departamento de Economía y Finanzas desde el año 1990.

Máster en Derecho Tributario y Financiero por la Universidad de Barcelona (1994); Máster en Derecho de Cataluña por la Universidad Autónoma de Barcelona (1995); Máster en Dirección Pública (*European Master in Public Administration*) por ESADE Barcelona (2004) y Diplomada en Función Gerencial en las Administraciones Públicas, también por ESADE Barcelona (2003).

Jefe de la Secretaría Técnica de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de la Generalitat de Catalunya desde el año 2005, órgano del que ha sido vocal en representación del Departamento de Economía y Finanzas desde el año 1997.

Además de la actividad profesional reseñada, es colaboradora habitual en ESADE y en la Escuela de Administración Pública de Catalunya, así como con otras universidades y entidades públicas y privadas mediante la participación como profesora, ponente o conferenciante experta en contratación pública en diferentes tipos de másters, posgrados, cursos, congresos y otros eventos.

**Abstract**

El binomio contratación pública y colaboración público privada (CPP) y el encaje entre ambos conceptos requiere, en primer lugar, un análisis sobre el concepto y el perímetro de la CPP. Efectivamente, aunque no existe consenso a nivel europeo para establecer un concepto homogéneo de CPP, la mayoría de definiciones que se manejan hacen referencia a unos elementos básicos que, en esencia, son: el carácter de instrumento o técnica de cooperación entre los ámbitos público y privado y la focalización en un proyecto común de carácter público. Adicionalmente, se asocian otros elementos a su definición, como la gestión compartida de los recursos y el reparto del riesgo.

El perímetro amplio de la CPP como técnica de cooperación entre el ámbito público y el privado hace referencia a muy diferentes fórmulas, más allá del estrictamente contractual. Así, comprende tanto las fórmulas contractuales en sentido amplio –todos los contratos del sector público y las fórmulas de colaboración público privada ortodoxas, es decir, las concesionales - como otras de carácter no contractual o institucional, esto es, las técnicas de fomento, de participación o de personificación.

En derecho de español, a partir de la Ley de Contratos del Sector Público de 2007, se configuró una categoría específica de contrato de CPP que, con carácter subsidiario y subordinado respecto del resto de tipologías contractuales, articula, junto con la concesión, las nuevas fórmulas de partenariado entre el sector público y el sector privado. Un análisis de la aplicación de este esquema contractual durante los últimos años pone de relieve la necesidad de reformular diferentes aspectos de su régimen jurídico, así como de replantear la propia actividad contractual de las organizaciones públicas para facilitar la obtención de las eficiencias, la calidad y la sostenibilidad requeridas en la prestación de los servicios públicos ■

## Sesión paralela 6: Envejecimiento activo y prevención de enfermedades crónicas



**Sr. Álvaro Hidalgo Vega:**

### *El valor económico de la prevención*

#### **Currículum**

##### *Economista de la Salud*

Doctor en Ciencias económicas y empresariales por la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) (1997), Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Complutense de Madrid (1993) y por la Université Paris-X-Nanterre (1992) en la especialidad de economía cuantitativa. Profesor de Teoría Económica en la UCLM y responsable del Área de Fundamentos del Análisis Económico de la UCLM en el Campus de Toledo.

En la actualidad dirige un equipo de investigadores en el Seminario de Investigación en Economía y Salud (SIES) de la UCLM y es presidente del Instituto Max Weber. Teniendo como principales líneas de investigación la economía de la salud, la evaluación de tecnologías sanitarias, la economía del medicamento, los sistemas de información sanitaria y los estudios de discriminación por género. Es socio director de Weber Economía y Salud.

Como investigador principal ha obtenido proyectos financiados por la Comisión Europea, el IMSERSO, el Instituto de la Mujer, el Ministerio de Sanidad y Consumo y numerosas fundaciones de empresas farmacéuticas multinacionales. Ha escrito numerosos libros y artículos científicos sobre las materias anteriormente citadas.

#### **Abstract**

La población mundial está envejeciendo y la población de 65 o más años de edad casi se duplicará, pasando de 87,5 millones en 2010 a 152,6 millones en 2060 en la UE. Está previsto que la tasa demográfica de dependencia de la vejez (personas de 65 o más años de edad en relación con las que tienen 15-64 años) aumente del 26% en 2010 al 52% en 2060 en la UE en conjunto. En este sentido, todos los gobiernos europeos han reconocido la importancia de un envejecimiento saludable como parte del inexorable cambio demográfico que afecta a todas las poblaciones. Un aspecto esencial es el aumento concurrente de las enfermedades crónicas. Es importante prevenir las enfermedades para conseguir un envejecimiento saludable no solo en lo que respecta a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, sino también cuando se considera el impacto social de dichas enfermedades.

Enfermedades infecciosas muy frecuentes en la vejez, como la gripe, las infecciones por neumococos o el herpes zóster, pueden producir complicaciones graves que contribuyen o aceleran el deterioro global de la persona hasta la muerte. El riesgo de enfermedades infecciosas en la edad adulta supone una alteración importante de las actividades familiares y profesionales con una repercusión económica acumulada cuando se consideran a escala nacional. Desde esta perspectiva, la vacunación contra la gripe y el herpes zóster, como intervención que mejora la calidad de vida, cobra mayor importancia. A lo largo de la ponencia se analiza el valor económico que estas vacunas aportan a las sociedades de nuestro entorno ■



**Sr. Albert Vergés Millet:**

### *Conclusiones del Programa "Más Vida Más Salud" para el fomento del envejecimiento activo y saludable y la mejora de la calidad de vida de los pacientes crónicos*

#### **Currículum**

##### *Director General Fundación Edad&Vida*

Cursó la Licenciatura en Medicina (Universidad Autónoma de Barcelona), y es titulado en Gestión de Pequeñas y Medianas Empresas (Fundación Emi Business Institute). En 2004 fue nombrado Director General de la Fundación Edad&Vida, cargo que ostenta en la actualidad. Anteriormente, fue Gerente del Instituto Fundación Edad&Vida (2002-2004). Durante 30 años (1972-2002) fue Director-Gerente de la Federación Catalana de Deportes para Disminuidos Psíquicos, etapa durante la cual fue también Director General de las 5 primeras ediciones de los Juegos Nacionales Special Olympics España (1988-2000).

#### **Abstract**

El Programa "Más Vida, Más Salud", impulsado por la Fundación Edad&Vida, tiene el objetivo de promover el envejecimiento activo y saludable, el mantenimiento de la salud y la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. El Proyecto promueve la realización de Mesas de trabajo en diferentes Comunidades Autónomas con la participación de representantes de la administración pública, profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes y organizaciones de personas mayores, los cuales comparten información, conocimientos y experiencias sobre diversas temáticas relacionadas con la promoción del envejecimiento activo y saludable, la prevención de enfermedades,

la promoción de la salud y el autocuidado. Entre las principales conclusiones destacan la necesidad de desarrollar un modelo integrado de atención social y sanitaria capaz de dar respuesta a las necesidades de una población cada vez más envejecida y aquejada de enfermedades crónicas, así como impulsar planes y sistemas de prevención que pon-

gan el foco en la educación en estilos de vida más saludables y en la utilización de aquellos elementos de prevención que se hayan demostrado efectivos, como es el caso de la vacunación, especialmente en pacientes crónicos de edad avanzada ■



**Dra. Sonia Tamames Gómez:**

***Diseño e implementación del programa piloto de vacunación frente a herpes zóster en Castilla y León***

#### **Currículum**

*Jefe de Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León*

Jefe de Servicio de Epidemiología en la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Es Doctora en Medicina por la UVa (Universidad de Valladolid). Es especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública vía MIR. Tiene un Máster en Salud Pública por la ENS-ISCIII y un Máster en Metodología de la Investigación por la UAB. Posee también una especialización en Alta Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias por el IESE. Es Experto Universitario en Vacunas por la UCM. Sonia es autora de más de 30 publicaciones en revistas *peer-reviewed*, con un factor de impacto acumulado por encima de 80 puntos. Ha participado en 6 proyectos de investigación con financiación pública competitiva, como investigadora principal o colaboradora.

#### **Abstract**

En el año 2005, Oxman y colaboradores publicaron los primeros resultados sobre la vacuna frente al herpes zóster (HZ), demostrando que era una vacuna capaz de disminuir la incidencia de la enfermedad y sus secuelas y, por tanto, de la carga de enfermedad atribuible. Además mostraron que se trataba de una vacuna segura. El HZ es una enfermedad que se produce por la reactivación del virus de la varicela, cuyo mayor factor de riesgo es la edad y enfermedades que pueden alterar la respuesta inmune. Frecuentemente produce secuelas, algunas graves y de difícil manejo. Existe un amplio consenso por parte de diversas sociedades científicas sobre cuáles deben ser los grupos prioritarios para la indicación de esta vacuna. Castilla y León tiene una población envejecida y la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los mayores es una prioridad estratégica. Con este objetivo y basándose en las evidencias y consensos científicos disponibles, se decidió poner en marcha el Programa piloto de vacunación frente a Herpes Zóster en Castilla y León, que inicialmente se dirige a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en tratamiento con corticoides inhalados entre 60 y 64 años por ser los que más pueden beneficiarse de ella, ya que en ellos no sólo es más frecuente el HZ sino que sus secuelas producen mayor detrimento de la calidad de vida. Este Programa nace con espíritu de continuidad y pretende ampliar progresivamente la prevención a otras edades y grupos poblacionales ■

## **Sesión paralela 7: La cobertura aseguradora de la atención a la cronicidad y la dependencia**



**Sr. Miguel Alferieff:**

***Una visión internacional de la cobertura de la cronicidad y la dependencia: prestaciones económicas y de asistencia sanitaria. La experiencia en Francia***

#### **Currículum**

*Director General Adjunto para Europa, Oriente Medio & África de SCOR Global Life SE, a cargo de los mercados de Centro, Este, Sur de Europa y Oriente Medio*

Licenciado en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad San Pablo CEU de Madrid y MBA por ENASS (École Nationale d'Assurances) - CHEA (Centre de Hautes Études en Assurances). Se incorpora al grupo SCOR hace 23 años, en Julio de 1991, en la oficina de Madrid con responsabilidades en Finanzas y Marketing. En Septiembre de 2001 es nombrado Vicepresidente de Mercados direc-

tos (Oriente Próximo y Medio, Turquía, Grecia, Europa del Este, Países Bajos y Escandinavia) y Asia en SCOR VIE así como Director Adjunto del Departamento de Suscripción de SCOR VIE, hasta Septiembre de 2006, cuando asume el puesto de Director General de SCOR Global Life SE Ibérica Sucursal. En Agosto de 2011 es nombrado Director de Europa del Sur y Oriente Medio de SCOR Global Life SE. Desde Noviembre de 2014 es Director General Adjunto para Europa, Oriente Medio & África de SCOR Global Life SE, a cargo de los mercados de Centro, Este, Sur de Europa y Medio Oriente.

### Abstract

El creciente número de personas mayores en la población de los países industrializados occidentales ha aumentado la concienciación ante los riesgos y necesidades de cuidados de larga duración, directamente relacionados con el incremento de la esperanza de vida. Las personas que no pueden vivir de forma autónoma dependen de la ayuda de los demás en su vida cotidiana. Esta necesidad de asistencia se refiere a actividades básicas que pueden ir desde desplazarse, hacer la compra, preparar la comida y realizar las demás tareas domésticas, hasta lavarse y comer en los casos más graves. Los cuidados de larga duración tienen un coste que supera a menudo los ingresos de la persona que los necesita, y puede acabar muy rápidamente con su patrimonio y ahorros.

El seguro de dependencia proporciona un servicio o prestación que contribuye a costear los servicios que permiten a una persona vivir de forma autónoma o en un centro especializado, si pierde la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida. Las prestaciones se abonan en caso de necesidad parcial o total de cuidados de larga duración por parte de la persona asegurada.

El seguro de dependencia es relativamente nuevo en comparación con seguros clásicos como los de vida y rentas. Aunque los primeros contratos privados aparecieron en algunos países en los años 70, su desarrollo definitivo en algunos de ellos sólo se produjo tras varios años (en algunos casos, décadas) de comercialización, como en el caso de Francia.

En el sector público, los Gobiernos nacionales reaccionaron de manera muy variada frente a las crecientes necesidades de cuidados de larga duración. Respondieron con una gran variedad de sistemas de financiación. En general, los sistemas de salud suelen ser sistemas mixtos, que combinan una financiación pública con algún elemento de financiación privada. La mayoría de los sistemas, aunque no todos, incluyen un seguro (obligatorio) de enfermedad, y casi todos estos programas están de alguna manera financiados directamente por impuestos generales.

La presentación tiene como objetivo presentar la situación actual de los seguros públicos y privados de dependencia en Francia, por ser este el mercado más relevante y extrapolable a la realidad española ■



**Sra. Montserrat Guillén i Estany:**

***Diferentes enfoques para la cobertura financiera de la cronicidad y la dependencia***

### Currículum

*Catedrática de Economía de la UB y Directora del UB Risk Center*

Catedrática de Econometría en la Universidad de Barcelona desde 2001 y profesora visitante en la Universidad de París (Pantheon-Assas) desde 1993. Dirige el grupo de investigación de Riesgos en Finanzas y Seguros (UBriskcenter). Obtuvo la distinción ICREA Academia de la Generalitat de Catalunya. Es editora de varias revistas científicas de reconocido prestigio y en 2011 fue elegida presidenta del European Group of Risk and Insurance Economists (Geneva Association). Es académica de número de la Real Academia de Doctores.

### Abstract

El coste de cuidados de la dependencia, sin mecanismo asegurador, es altamente incierto y puede ser catastrófico para muchas familias. Se muestran las principales barreras al desarrollo del mercado de seguros privados de dependencia desde el punto de vista de la oferta (incertidumbre sobre el número de personas con dependencia, coste de sus cuidados, selección adversa y un marco regulatorio inestable). Por parte de la demanda, se indica que actúan en contra de la expansión de los seguros de dependencia, fundamentalmente, las primas demasiado altas y una deficiente comprensión del riesgo. Se analiza el impacto de la dependencia sobre recursos financieros básicos y cómo afecta a los mayores cuya única fuente de riqueza es la pensión pública. Se concluye que el esfuerzo por el ahorro y los instrumentos de financiación individual deben incentivarse en la cobertura de cuidados de larga duración especialmente para afrontar situaciones de severidad moderada. Si el sistema público no alcanza a cubrir la dependencia leve, es imprescindible promover alternativas ahorro, en particular para colectivos de especial fragilidad como el de las mujeres ■



**Sra. Núria Mas Canal:**

***Diferentes enfoques para la cobertura en servicios de la cronicidad y la dependencia***

### **Currículum**

*Profesora asociada del IESE*

Profesora Agregada de Economía en el IESE y titular de la Cátedra Jaime Grego de Healthcare Management. Cuenta con un Ph.D. in Economics de la Harvard University y es licenciada en Economía por la Universitat Pompeu Fabra. Antes de incorporarse al IESE, la profesora Mas trabajó como asociada en Lehman Brothers International. Núria Mas es miembro del Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario de la Generalitat

de Cataluña y es directora académica del Encuentro del Sector Sanitario del IESE, que se celebra anualmente. Sus trabajos de investigación han sido publicados en varias revistas internacionales, como el *Journal of Health Economics*, *The Review of Industrial Organization* o el *International Journal of Healthcare Finance and Economics*.

### **Abstract**

Las necesidades de nuestros sistemas de salud y sociosanitarios han cambiado. Las crecientes presiones económicas y el envejecimiento de la población hacen necesario repensar la forma como organizamos y pensamos en la prestación de los servicios de la población. La longevidad se está traduciendo en un agravamiento de la ratio de dependencia e implica también un cambio de la morbilidad de la población, que está pasando de estar centrada en dolencias agudas a centrarse en enfermedades crónicas. En este contexto, es más importante que nunca pensar en la posibilidad de lograr la llamada "Triple Meta": mejor salud para la población, mejores cuidados y una racionalización de los costes. Esto implica gastar los recursos disponibles de la mejor manera posible, es decir, donde tengan el mayor impacto posible sobre la salud y el bienestar de la población ■

## **Sesión paralela 8: Abordaje interprofesional en el final de la vida: la visión del experto**



**Sr. Fernando Martínez Cuervo:**

***El papel de la enfermera en el final de la vida***

### **Currículum**

*Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*

Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Dirige el Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores El Cristo, perteneciente al ERA (Establecimientos Residenciales para Ancianos del Principado de Asturias). Profesor colaborador de la Universidad de Cantabria y de la Universidad de Oviedo, ha sido ponente en diversos Congresos y Jornadas relacionadas con el cuidado gerontológico. Es autor en diversos libros y artículos relacionados con el mundo del mayor y las heridas crónicas. Es también Miembro del Comité Director del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y heridas crónicas).

### **Abstract**

La muerte es un hecho seguro en nuestras vidas, con independencia que se presente de forma repentina o dilatada en el tiempo, nos tendremos irremediabilmente que enfrentar a ella. En la sociedad que nos toca vivir el tema de la muerte sigue siendo tabú para amplios sectores. Desde el punto de vista de la medicina curativa, es considerada como un fracaso; sin embargo, no deja de ser menos cierto que la mejora de los cuidados orientados al proceso de fin de vida han permitido enriquecer de forma sustancial la vivencia de este periodo para todas las partes en acción: paciente, cuidadores, familiares y profesionales. En el proceso de fin de vida interviene un nutrido grupo de profesionales, cuidadores y familiares que permitirán al individuo afrontar este hecho de manera personal, acorde a sus creencias, experiencias de vida y a las circunstancias socio-culturales que le han rodeado. Especialmente para los equipos multidisciplinares que intervienen se les exige una elevada competencia técnica, científica y humanística, siendo la enfermera un pilar fundamental en la implementación y desarrollo de unos cuidados que posibiliten un fin de vida digno. La enfermera, dentro de su campo competencial, desarrolla una atención integral y humana, procurando satisfacer las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales que experimenta la persona en el proceso de fin de vida, lo que

facilitará a la persona y a sus familiares vivir estos momentos difíciles de una forma acorde a sus expectativas. Por todo ello, los conocimientos y las competencias profesionales específicas deben de ir acompañadas de habilidades personales que proporcionen una buena comunicación, comprensión y empatía que permitan respetar e impulsar las decisiones de la persona en el proceso de fin de vida, así como ayudar a canalizar el proceso de duelo que sobreviene cuando se produce la pérdida de un ser querido ■



**Sra. Maria Die Trill:**

**Aspectos psiquiátricos y psicosociales del anciano con cáncer**

**Currículum**

*Coordinadora de la Unidad de Psico-Oncología del Hospital Universitario Gregorio Marañón y Ex-Presidenta de la Sociedad Española de Psico-Oncología*

Coordinadora de la Unidad de Psico-Oncología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, Profesora Asociada de la Facultad de Psicología, Universidad Complutense, Directora, ATRIUM: Psico-Oncología y Psicología Clínica. Durante 10 años: Bellevue Psychiatric Hospital- NYU Medical Center; Memorial Sloan-Kettering Cancer Center - NY; Dana-Farber Cancer Institute - Boston, y Universidad de Harvard, Boston. Creó la primera unidad de psico-oncología en España.

Ha recibido premios internacionales: *First International Scholar Award in Medical Crisis Counselling- Fundación Linda Pollin (USA)*, *Rudin Foundation Award (USA)* y *Cornelia Perry Award in Public Speaking and Meaning of Life (USA)*, *Noemi Fisman Award for Lifetime Clinical Excellence (IPOS)*. Coordina un curso de posgrado sobre psico-oncología (octava edición). Acaba de crear el centro ATRIUM: Psico-Oncología y Psicología Clínica y el Instituto de Formación Psico-Oncológica en el que se imparte para profesionales y pacientes. Ha publicado más de 100 capítulos de libros y artículos en revistas científicas, dos libros sobre psico-oncología, y vídeos y material de formación. Ha sido Presidenta y organizadora del 10º Congreso Mundial de Psico-Oncología (Madrid, 2008) y Presidenta de la Sociedad Española de Psico-Oncología.

**Abstract**

La calidad de vida y la dependencia adquieren vital importancia en personas de edades avanzadas que sufren enfermedades graves como el cáncer. A medida que aumenta la población geriátrica, aumentan el número de diagnósticos oncológicos y el de supervivientes de cáncer. Sin embargo, se ha desestimado prestar un cuidado de calidad en el que se integren las consecuencias psicológicas y sociales de un diagnóstico oncológico en pacientes mayores. Las frecuentes alteraciones psiquiátricas y psicológicas que pueden

desarrollar los pacientes geriátricos (PGs) suelen ser desconocidas a pesar de que la incidencia de suicidios, depresión, estados paranoides y de trastornos orgánicos mentales aumenta con la edad y es mayor que en jóvenes adultos (Riley, 1994). Depresión (Dworkin et al., 1990), reducción en la socialización (Ferrell et al., 1990), alteraciones del sueño (Foley, 2004) y trastornos cognitivos entre otros suelen empeorar en el contexto del cáncer y sus tratamientos. A las demandas psicosociales del cáncer les acompaña la carga de síntomas físicos como el dolor. La comunicación con profesionales sanitarios adquiere especial importancia dada la necesidad de tomar decisiones complejas sobre la administración de tratamientos oncológicos agresivos. La ayuda al cuidador constituye otro aspecto crucial de un cuidado integral. Se hará énfasis en la importancia de prestar una atención multidisciplinar especializada con el fin de optimizar el cuidado integral a una población frecuentemente desatendida en sus necesidades emocionales ■



**Dr. Marcos Gómez Sancho:**

**La atención integral al paciente avanzado y sus familiares**

**Currículum**

*Presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial y expresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*

Presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial y Expresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Es Doctor en Medicina y Doctor Honoris Causa de la Universidad de la República de Uruguay. Es también especialista en Anestesiología y Reanimación, y Máster en Cuidados Paliativos por las Universidades de Barcelona, Granada, Valladolid y Autónoma de Madrid. Ha recibido la Medalla de Oro al Mérito en el Trabajo y ha conseguido el reconocimiento Nacional "V de Vida" de la Asociación Española contra el Cáncer. El Dr. Gómez es también autor de más de 20 libros sobre Cuidados Paliativos y más de 1.200 conferencias pronunciadas en Europa y América.

**Abstract**

El Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europa contra el Cáncer define los Cuidados Paliativos como "la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinar cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes y de sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso del duelo".

Las bases de la terapéutica en pacientes avanzados serán:

- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo del enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada

más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.

- Importancia del "ambiente". Una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

La Medicina Paliativa debe ser llevada a cabo a través de equipos multidisciplinares integrados por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, asistentes sociales, asistentes espirituales, voluntarios etc., a quienes hay que exigirles que estén extremadamente instruidos en estos problemas, que tengan un profundo respeto por la vida y un gran amor por el prójimo ■

## **Módulo 5:** *Punto de vista de los representantes de la Administración*



**Excmo. Sr. D. Jesús Fermosel Díaz**

*Consejero de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid*



**Sr. D. Jon Darpón Sierra**

*Consejero de Salud del Gobierno Vasco*



**Hble. Sr. Boi Ruiz i Garcia**

*Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya*



**Excma. Sra. Dª Maria José Sánchez Rubio**

*Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía*



**Hble. Sra. Dª Asunción Sánchez Zaplana**

*Consellera de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana*



**Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz Salgado**

*Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Castilla-La Mancha*



**Sr. D. César Antón Beltrán**

*Director General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*



**Sr. D. Julio Sánchez Fierro**

*Vicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario*

## Módulo 6: Conclusiones del relato para la atención integrada



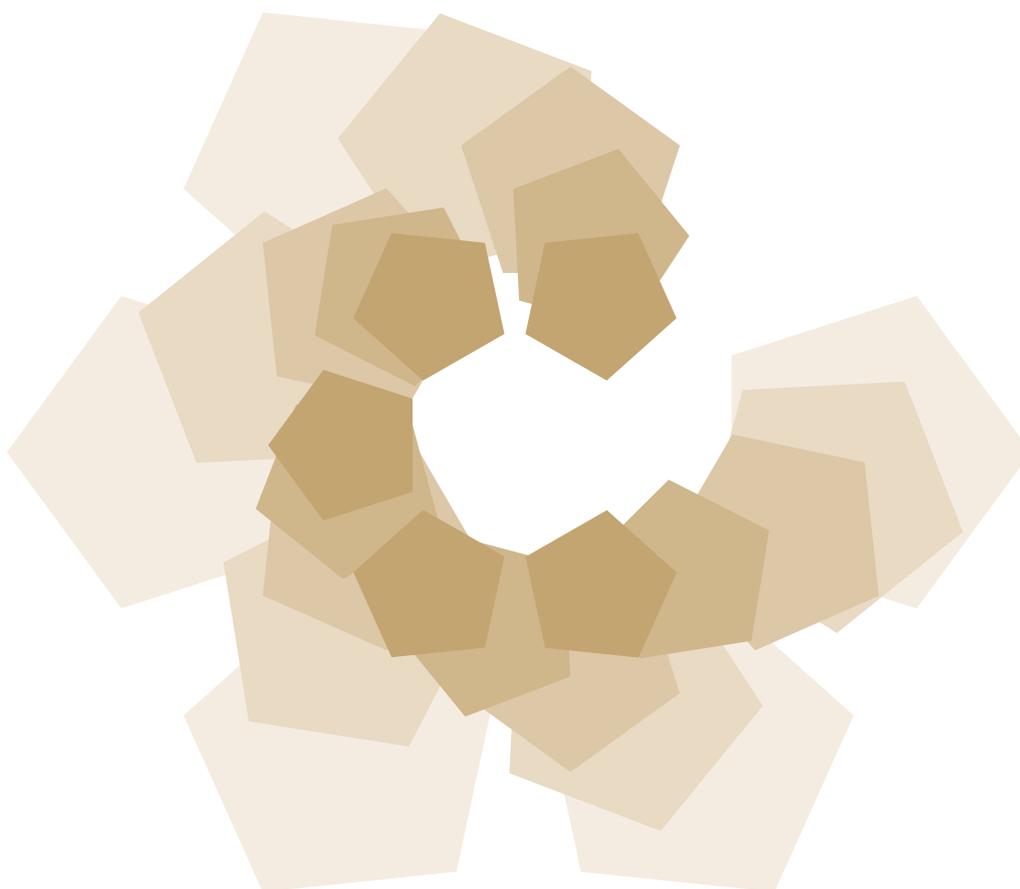
**Dr. Josep Maria Via i Redons**

### **Currículum**

*Presidente del Comité de Programa del Congreso y Asesor del Presidente de Fundación Edad&Vida*

Es doctor en medicina, máster en gestión de servicios sanitarios y diplomado en gestión hospitalaria. Ha sido directivo del Institut Català de la Salut y del Servei Català de la Salut entre 1984 y 1994, contribuyendo en esta etapa a la creación del modelo sanitario en Cataluña.

Entre 1997 y 2000 ocupó el cargo de Secretario de Gobierno y de Relaciones con el Parlament de Catalunya, periodo en que uno de sus objetivos fue trabajar para crear una Administración moderna y diferente del modelo actual. Ha trabajado como consultor de gobiernos y empresas privadas del sector salud en países de Europa, América y África. Ha sido profesor en EADA, ESADE y la UOC y profesor colaborador de la Universidad de Montréal, en Suiza y en Italia. Actualmente es miembro de diversos consejos de administración, desarrolla servicios de consultoría y coaching, es miembro del Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario de la Generalitat de Catalunya y presidente del Consejo Rector del Parc de Salut Mar de Barcelona. También colabora como asesor de Presidencia con la Fundación Edad&Vida ■



## Miembros Promotores



## Miembros Colaboradores

- **AFALcontigo** – Asociación Nacional del Alzheimer
- **CAEPS** – Universitat de Barcelona
- **CEATE** – Confederación Española Aulas de Tercera Edad
- **CEOMA** – Confederación Española de Organizaciones de Mayores
- **CSIC** – Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- **EADA** – Escuela de Alta Dirección y Administración
- **ESADE** – Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas
- **Fundación Aequitas** – Fundación del Consejo General del Notariado
- **Fundació Bosch i Gimpera** – Universitat de Barcelona
- **Fundación Consejo General de la Abogacía Española**
- **Fundació Pere Tarrés** – Universitat Ramon Llull
- **Fundación Universitaria San Pablo-CEU**
- **IBV** – Instituto de Biomecánica de Valencia
- **IESE - Escuela de Dirección de Empresas** – Universidad de Navarra
- **LOYOLA LEADERSHIP SCHOOL**
- **POLIBIENESTAR**
- **SEAUS** – Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad
- **SECOT** – Seniors Españoles para la Cooperación Técnica
- **SEDISA** – Sociedad Española de Directores de Salud
- **SEGG** – Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
- **SEMER** – Sociedad Española de Médicos de Residencias
- **SEMERGEN** – Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
- **SEMFYC** – Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
- **SEMG** – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
- **UDP** – Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España
- **Universidad de Almería**
- **Universidad Autónoma de Madrid**
- **Universidade da Coruña**
- **Universidad de Córdoba**
- **Universidad de Extremadura**
- **Universidad de Granada**
- **Universitat Politècnica de Catalunya**
- **Universitat de Vic**