

# PLAN OPERATIVO SOCIO SANITARIO DE BIZKAIA. 2023-2026







<b>0. GLOSARIO</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>2. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA</b>	<b>6</b>
2.1. Estrategia SocioSanitaria de Euskadi 2021-2024 y sus áreas de actuación	6
2.2. Gobernanza sociosanitaria	7
2.2.1 Órganos decisorios y figuras de coordinación	8
2.2.2 Alcance	9
<b>3. PLAN OPERATIVO SOCIOSANITARIO (POSS) DE BIZKAIA 2023-2026</b>	<b>11</b>
3.1. Acuerdo institucional	11
3.2. Objetivos perseguidos	11
3.2.1 Objetivo general	11
3.2.2 Objetivos específicos	11
<b>4. PROYECTOS DEL POSS DE BIZKAIA 2023-2026</b>	<b>13</b>
4.1. Visión global: listado de proyectos:	13
4.2. Detalle del contenido de los proyectos que contemplan el actual POSS:	13
Gobernanza sociosanitaria	14
Interoperabilidad sociosanitaria	16
Prevención sociosanitaria	20
Atención sociosanitaria	24
I+D+I sociosanitaria	31
<b>5. CRONOGRAMA</b>	<b>33</b>
<b>6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL POSS 2023-2026</b>	<b>34</b>





## 0. GLOSARIO

SIGLAS	DESCRIPCIÓN
<b>AT</b>	Atención temprana
<b>DFB</b>	Diputación Foral de Bizkaia
<b>Bizkaia</b>	Territorio Histórico de Bizkaia
<b>CCR</b>	Centros Comarcales de Referencia
<b>CAPV</b>	Comunidad Autónoma del País Vasco
<b>CVAS</b>	Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria
<b>EASSE</b>	Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi
<b>GV</b>	Gobierno Vasco
<b>EVAT</b>	Equipo de Valoración en Atención Temprana
<b>OSI(s)</b>	Organización(es) Sanitaria(s) Integrada(s) de Salud
<b>PADyC</b>	Planificación Anticipada de Decisiones y Cuidados
<b>PAP</b>	Plan de Atención Personalizado
<b>POSS</b>	Plan Operativo Sociosanitario
<b>RSMB</b>	Red de Salud Mental de Bizkaia
<b>SSB</b>	Servicios Sociales de Base
<b>SVSS</b>	Sistema Vasco de Servicios Sociales
<b>UAP</b>	Unidad de Atención Primaria
<b>UGI</b>	Unidad de Gestión Integrada
<b>URSS</b>	Unidad Residencial Sociosanitaria





## 1. INTRODUCCIÓN

El documento que se presenta recoge el Plan Operativo Sociosanitario (POSS) para el Territorio Histórico del Bizkaia del periodo 2023-2026. Pretende ser un instrumento práctico y comprensible que concreta, a través de 19 proyectos operativos, las áreas y líneas transversales acordadas en la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi (EASSE) 2021-2024, aprobado por el Consejo Sociosanitario Territorial de Bizkaia e impulsado por la Comisión Sociosanitaria Territorial de Bizkaia en el marco del Decreto 150/2022, de 7 de diciembre, de la gobernanza sociosanitaria de Euskadi.

El Plan Operativo Sociosanitario de Bizkaia 2023-2026, a su vez, se apoya en el Plan de Transición de los Cuidados de Larga Duración de la Diputación Foral de Bizkaia (DFB) pivotado actualmente por cuatro proyectos tractores: implantación del modelo etxeTIC de apoyo a la permanencia en el hogar, personalización de la atención en residencias a través de unidades de convivencia, creación de Centros Comarcales de Referencia (CCR), con servicios sociosanitarios y equipo de profesionales de apoyo para la red residencial y las acciones de refuerzo de la formación de los y las profesionales que ofrecen los cuidados.

En el actual contexto sociodemográfico y tras los desafíos impuestos por la pandemia, que intensificó la coordinación sociosanitaria para abordar la crisis de manera eficiente y efectiva, se han incorporado los aprendizajes y logros alcanzados en este difícil contexto para impulsar, una respuesta sociosanitaria integral a futuras eventualidades, ofreciendo a las personas con necesidades sociosanitarias la atención que necesitan, en el momento y el lugar adecuado. De este modo, se promoverá, en lo posible, la permanencia de las personas en su entorno social habitual, con atención en el domicilio suficiente para posibilitar mejorar su calidad de vida y la de quienes participan de sus cuidados. También se implementarán proyectos dirigidos a la mejora de la atención desde centros de proximidad y centros residenciales insertos en la comunidad y respetuosos con los itinerarios de vida y aspiraciones de las personas.

A través del Plan Operativo Sociosanitario de Bizkaia 2023-2026 se busca el compromiso permanente de todos los agentes implicados en los diferentes proyectos, con el objetivo de garantizar una atención sociosanitaria de calidad para todas las personas, mejora de su calidad de vida, aumento de la eficiencia y eficacia de los servicios, reducción de costes, prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal.

Este Plan Operativo Sociosanitario de Bizkaia da continuidad a algunos proyectos iniciados en el anterior periodo 2018-2020 y, a su vez, aporta para el próximo trienio, nuevos retos dirigidos hacia áreas emergentes y de nueva relevancia en el actual contexto de pospandemia.





## 2. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

La atención sociosanitaria se define como “el conjunto de cuidados a las personas que por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención” y busca garantizar la atención integral de las personas desde la colaboración entre los sistemas sanitario y social para ofrecer una coordinación efectiva entre los dos sistemas, dirigiendo su atención a una intervención integral desde una atención más personalizada.

La misión que persigue la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 es el logro de “una atención sociosanitaria que cuide a las personas en todas las etapas del ciclo vital desde un enfoque sistémico, sostenible y respetuoso con su proyecto de vida”. Y en esta clave, incorpora transversalmente, conceptos fuerza emergentes en todas las actuaciones a desarrollar que buscan visibilizar los discursos sociales hegemónicos que moldearán las actuaciones desde la equidad, género, comunicación, información y formación, participación ciudadana, digitalización e innovación.

### 2.1. Estrategia SocioSanitaria de Euskadi 2021-2024 y sus áreas de actuación

El POSS de Bizkaia 2023-2026 se basa en las cinco áreas de la estrategia sociosanitaria vigente, orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas y a garantizar una “atención integral a las personas, con independencia de su edad, situación de salud o capacidad económica, mediante la coordinación de los sistemas de salud y sociales”.

#### • Gobernanza sociosanitaria

La Gobernanza sociosanitaria es clave en la **articulación, definición y despliegue de las políticas sociosanitarias** en Euskadi. Se articula en torno a **tres proyectos** que abordan la estructuración del modelo de coordinación desplegado en Euskadi y la relación funcional entre los sistemas de salud y de servicios sociales

1. La articulación jurídica del modelo que define las relaciones entre estructuras, recursos e instrumentos para la atención sociosanitaria de ambos sistemas.
2. La configuración de una dirección de atención sociosanitaria.
3. La definición de un marco de financiación común y compartido por todas las instituciones con responsabilidades en la atención sociosanitaria.

#### • Interoperabilidad sociosanitaria

La Interoperabilidad entendida como la **capacidad de los sistemas de información** y de los procedimientos de **compartir datos** y posibilitar el intercambio de información y conocimiento entre ellos, es imprescindible para la cooperación, el desarrollo, la integración y la prestación de servicios conjuntos por las administraciones públicas. Se entiende como un **proceso integral** y unifica el compromiso de los servicios sociales y sanitarios con el desarrollo de servicios coordinados.

#### • Prevención sociosanitaria

La pertinencia de la prevención sociosanitaria se basa en la necesidad de tener cambios en la configuración dominante en la provisión de cuidados, así como de **anticipar y prevenir necesidades sociosanitarias** de la población, o facilitar el tránsito hacia nuevos modelos sostenibles de prevención, atención y rehabilitación sociosanitaria.





La definición de un marco preventivo exige desplegar un doble eje de actuaciones coordinadas, de carácter intersectorial y con la participación tanto de la ciudadanía como del Tercer Sector en la gestión de los factores que pueden generar circunstancias vitales que desencadenen la aparición de necesidades sociosanitarias, temporales o crónicas por parte de cualquier persona.

#### • **Atención sociosanitaria**

La atención sociosanitaria en Euskadi tiene su origen en la **definición de estrategias de provisión de cuidados** que permitan dar una respuesta coordinada y efectiva a las necesidades sociales y sanitarias que presentan determinados grupos de población, que vienen definidos por la contingencia, en ocasiones de manera simultánea, de situaciones de dependencia, discapacidad, exclusión social, necesidades especiales de desarrollo, situaciones de vulnerabilidad y desprotección, que requieren de una intervención interdisciplinar.

Partiendo de la experiencia de despliegues estratégicos previos se enfatiza en la visión holística que la atención debe perseguir, a través de equipos flexibles y cercanos que generen relaciones de confianza mutua entre instituciones.

#### • **I+D+i sociosanitaria**

La necesidad de la **mejora constante** de la coordinación entre los sistemas social y sanitarios, de perfilar alternativas asistenciales eficientes o de estimular soluciones a **necesidades emergentes y nuevos desafíos**, se expresa en el compromiso institucional con el conocimiento como elemento de innovación y transformación del ecosistema sociosanitario.

## 2.2. Gobernanza sociosanitaria

El Decreto 150/2022, de 7 de diciembre, de la gobernanza sociosanitaria de Euskadi, ofrece la definición y articulación territorial de la gobernanza sociosanitaria en Euskadi para dar respuesta a la necesidad de configuración y formalización de las relaciones estructurales y funcionales entre los ámbitos de políticas sociales y sanitario, sus niveles territoriales y de planificación y ordenación, organizativos y asistenciales, así como sus respectivos servicios y profesionales.

Se desarrolla en el marco de un modelo de armonización interinstitucional y coordinación funcional y multidisciplinar de la atención sociosanitaria que, además, se sustenta en los siguientes **seis principios de gobernanza sociosanitaria**:

1. **Respeto a la autonomía de gestión y al liderazgo** ejercido por las instituciones competentes y responsables de la armonización.
2. **Corresponsabilidad**, respuesta equitativa y homogénea a las necesidades sociosanitarias de la ciudadanía en los tres territorios históricos de Euskadi.
3. **Transversalidad**, entre las diversas instituciones competentes y responsables.
4. Actuación bajo el principio de **consenso**, siendo las intervenciones el resultado de un proceso de convergencia en la adopción de decisiones.
5. **Armonización** de las actuaciones para la búsqueda de la eficacia y eficiencia en la respuesta a las necesidades.
6. **Promoción** de la continuidad de cuidados y la atención coordinada de las personas con necesidades sociosanitarias como eje prioritario de intervención.

En cuanto a la **estructura de gobernanza**, esta consta de:

1. **Órganos decisorios**, que ejercen funciones consultivas y de participación.
2. **Figuras de coordinación** sociosanitaria.

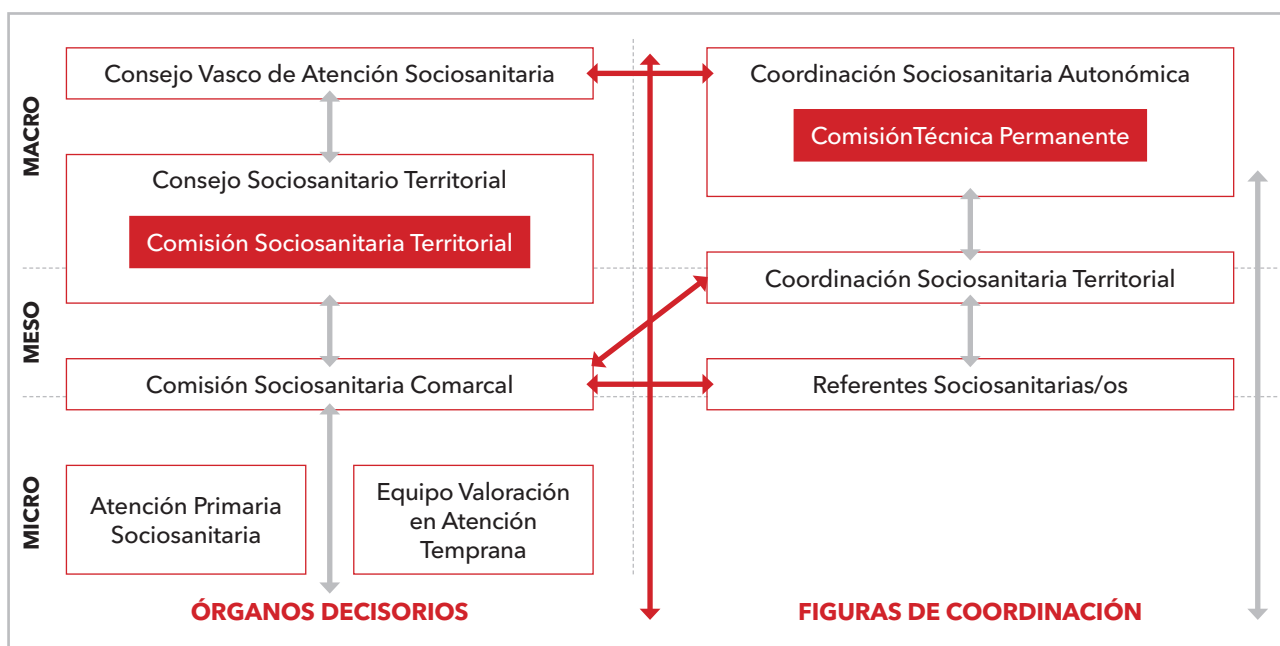




### 2.2.1 Órganos decisorios y figuras de coordinación

Los **órganos decisorios y de participación** son órganos de composición interinstitucional y multidisciplinar que se configuran para la propuesta, asesoramiento, seguimiento y control en la toma de decisiones en un ámbito territorial autonómico, foral, comarcal o supramunicipal y local y de acuerdo con un determinado nivel de gestión:

- El nivel de **gestión de planificación y ordenación**, también denominado nivel de **macro** gestión.
- El nivel de **gestión organizativa**, también denominado nivel de **meso** gestión.
- El nivel de **gestión asistencial**, también denominado nivel de **micro** gestión.



Modelo de Gobernanza Sociosanitario de Euskadi. EASSE 2021-2024

En cuanto a las **figuras de coordinación** que ejercen la **coordinación funcional** entre los ámbitos sanitario y de servicios sociales, se destacan las siguientes:

- La **Coordinación Sociosanitaria Autónoma**, con la Comisión Técnica Permanente, que se ubica en el ámbito de la gestión de planificación y ordenación. La Coordinación Sociosanitaria Autónoma es la estructura funcional que asume la representación del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del Sistema de Salud para el desarrollo de los compromisos derivados del despliegue de las prioridades de actuación fijadas por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (CVAS) en los tres niveles de gestión (de **planificación y ordenación**, organizativo y asistencial), aunque se sitúa en el primero de ellos.

Es una figura que **realizará funciones de coordinación sociosanitaria a nivel autonómico** y ejercerá la representación institucional que en esta delegue el CVAS. En el Sistema de Salud, su titularidad corresponderá a quien asuma la Dirección de Atención Sociosanitaria del Departamento de Salud. En el SVSS, su titularidad corresponderá a quien designe la consejera o consejero competente en materia de Políticas Sociales.

La **Comisión Técnica Permanente**, se trata de un órgano consultor que ofrece apoyo al desarrollo de las funciones de la Coordinación Sociosanitaria Autónoma.





2. La **Coordinación Sociosanitaria Territorial**, se sitúa en el rango de la gestión de la planificación y ordenación y de la gestión organizativa.

La Coordinación Sociosanitaria Territorial es una estructura funcional con representación del Sistema de Servicios Sociales y del Sistema de Salud en los niveles de gestión de la planificación y ordenación, organizativo y asistencial, aunque se sitúe en el **nivel de gestión organizativa**. La Coordinación Sociosanitaria Territorial es la **figura referente en el campo de la coordinación funcional sociosanitaria dentro de su territorio histórico** y en el ámbito concreto de su competencia, sanitaria o social.

El desarrollo de estas funciones no precisará necesariamente de la creación de nuevas figuras estructurales. En el Sistema de Salud, su titularidad en cada territorio histórico corresponderá a quien designe la Dirección de Atención Sociosanitaria del Departamento de Salud. En el SVSS, su titular corresponderá a quien designe la Diputación Foral correspondiente.

3. **Referentes Sociosanitarios/as**, son figuras de coordinación presentes en los ámbitos de la gestión organizativa y asistencial. Las y los Referentes Sociosanitarios/os son las figuras de referencia en el desarrollo de las funciones de interlocución entre los niveles de **gestión asistencial y organizativa** de cada uno de los sistemas de servicios sociales y sanitarios a propósito de las necesidades de coordinación sociosanitaria que pueden derivarse de la atención de cada caso, así como del despliegue de proyectos y estrategias sociosanitarias en su organización o entidad de pertenencia.

Figuras de coordinación	Niveles de gestión		
	Gestión de planificación y ordenación	Gestión organizativa	Gestión asistencial
Coordinación Sociosanitaria Autonómica			
Coordinación Sociosanitaria Territorial			
Referentes Sociosanitarios			

Fuente: Modelo de Gobernanza Sociosanitario de Euskadi. Elaboración propia basada en EASSE 2021-2024

### 2.2.2. Alcance

La **Ley 12/2008**, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales establece además del carácter de la atención sociosanitaria las bases de la articulación de los cauces para la **cooperación y coordinación** en el ámbito sociosanitario, de acuerdo con un modelo de coordinación en el que se tendrán que armonizar las respectivas políticas del Gobierno Vasco (GV) en materia de servicios sociales y de salud, de las Diputaciones Forales de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa en materia de servicios sociales y los ayuntamientos de Euskadi.

Esta Ley determina la **configuración de espacios de cooperación y coordinación** entre **diferentes sistemas y políticas públicas** susceptibles de dar respuesta a situaciones de necesidad sociosanitaria que se ubican en zonas de confluencia. Además, detalla los aspectos relativos a la cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario que se ha de articular de acuerdo con **tres niveles**:





- A **nivel autonómico**, la coordinación y la cooperación entre el SVSS y el Sistema de Salud recaerá en el CVAS, cuya finalidad es la orientación y el seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de coordinación sociosanitaria.
- A **nivel foral y municipal** existirán cauces de coordinación en forma de consejos territoriales, comisiones y otros órganos de carácter mixto, orientados a promover y facilitar la coordinación sociosanitaria en los niveles de atención primaria y secundaria, así como en el marco del trabajo interdisciplinar y en el diseño de los itinerarios de intervención con las personas usuarias.

Acorde con el espíritu de esta normativa se plantea el alcance del POSS 2023-2026 de Bizkaia.

En cuanto al **alcance geográfico**, el plan, aunque alineado con el marco de trabajo autonómico, concreta las acciones a desarrollar en **Bizkaia**. Así, considera los servicios y recursos sociosanitarios del territorio, estableciendo prioridades en función de las necesidades específicas percibidas en el territorio.

A **nivel institucional**, el POSS de Bizkaia implica a **agentes tanto territoriales como autonómicos**, tanto del ámbito social como del sanitario, ya que se consideran las sinergias e interacciones entre los diferentes niveles.

Las instituciones involucradas son las siguientes:

- Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social
- Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad
- Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Gobierno Vasco
- Gobierno Vasco. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales
- Gobierno Vasco. Departamento de Educación
- Osakidetza
- EUEDEL

En cuanto al **población diana**, y siempre desde la visión de que cualquier persona puede ser susceptible de atención sociosanitaria en algún momento de su vida, se centra, principalmente, en los colectivos recogidos en el artículo 46 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, que son particularmente susceptibles de ser atendidos en el marco de la atención sociosanitaria: las personas mayores en situación de dependencia; las personas con discapacidad; las personas con problemas de salud mental, en particular las personas con enfermedad mental grave y crónica y las personas con problemas de drogodependencia; las personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes; las personas convalecientes de enfermedades que, aun habiendo sido dadas de alta hospitalaria, todavía no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado; las personas con enfermedades terminales; y otros colectivos en riesgo de exclusión, en particular las personas menores de edad en situación o riesgo de desprotección o con problemas de comportamiento, las mujeres víctimas de violencia de género, o la población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social.

Por último, y en cuanto al **alcance estructural** del Plan, se establece acorde con los servicios y prestaciones disponibles o previsiblemente posibles en Bizkaia.





### 3. PLAN OPERATIVO SOCIOSANITARIO (POSS) DE BIZKAIA 2023-2026

#### 3.1. Acuerdo institucional

El POSS del Territorio Histórico de Bizkaia 2023-2026 supone un **recurso fundamental para la gestión de la coordinación sociosanitaria**, al tratarse de un documento de compromiso y referencia que actúa como hoja de ruta de los agentes e instituciones partícipes de la atención sociosanitaria en Bizkaia.

#### 3.2. Objetivos perseguidos

##### 3.2.1 Objetivo general

El POSS de Bizkaia 2023-2026 asume como objetivo general promover la coordinación de los sistemas de servicios sociales y de salud, en el Territorio Histórico de Bizkaia, para la integración funcional como eje para la provisión de una adecuada atención sociosanitaria, centrada en la persona y su bienestar, y como garantía para la continuidad de cuidados que evite los desajustes derivados del solapamiento, vacío o déficits en la cobertura asistencial.

##### 3.2.2 Objetivos específicos

El **POSS 2023-2026 de Bizkaia presenta 19 proyectos** alineados con el objetivo general, donde se definen los **objetivos específicos y las acciones programadas** para cada uno de ellos. Dichos objetivos específicos corresponden a las 5 áreas de actuación de la **EASSE 2021-2024**, y se detallan en la siguiente tabla:

ÁREA	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROYECTO OPERATIVO
Gobernanza	• Formalizar y adecuar los diferentes órganos y figuras que se contemplan en la gobernanza sociosanitaria a la nueva normativa del Decreto 150/2022 que regula dicha gobernanza.	<b>Gobernanza sociosanitaria. Operativización en Bizkaia</b>
	• Crear un marco unificado de colaboración financiera común y compartida entre las instituciones con responsabilidad en la atención sociosanitaria en Bizkaia.	<b>Convenios sociosanitarios para la mejora de la respuesta sociosanitaria territorial</b>
Interoperabilidad sociosanitaria	• Posibilitar la interconsulta/derivación electrónica entre los Servicios Sociales de Base (SSB) de atención primaria municipal o mancomunado y/o secundaria (foral) y la atención primaria y/o red de salud mental del sistema público sanitario.	<b>Interconsulta electrónica sociosanitaria en la atención primaria sociosanitaria</b>
	• Establecer los cauces de interoperabilidad y los datos concretos necesarios para el intercambio de la información para una atención más integral en el hogar.	<b>Interoperabilidad para mejora de la atención en el hogar a personas con necesidades de apoyos y sus familias cuidadoras</b>
	• Coordinar las actuaciones de los sistemas de información de salud, educativo y de servicios sociales, para garantizar que cada niño o niña y su familia dispongan de un Plan de Atención Personalizado (PAP) compartido que recoja las intervenciones de los tres ámbitos: de servicios sociales, salud y educación.	<b>Interoperabilidad para avanzar en el Plan de Atención Personalizado (PAP) en Atención Temprana (AT)</b>
	• Extender en el conjunto de Bizkaia el modelo consensuado de informe de salud interoperable entre el sistema de servicios sociales y el sistema de salud.	<b>Interoperabilidad del Informe de Salud para la valoración de situaciones de dependencia y discapacidad</b>





AREA	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROYECTO OPERATIVO
Prevención sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer canales de coordinación entre los programas de la red de inclusión y la red de salud mental de Bizkaia para garantizar una atención más flexible y de proximidad.</li> </ul>	<b>Diagnóstico de necesidades y propuestas de trabajo para coordinación de los programas de la red de inclusión con la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer protocolos para la derivación/gestión de itinerarios compartidos entre el sistema de salud y el de servicios sociales para evitar la revictimización de las víctimas de violencia machista y dar apoyos más ajustados a las necesidades sociosanitarias que presentan, desarrollando mecanismos de interoperabilidad digital entre profesionales de atención a víctimas de ambos sistemas.</li> </ul>	<b>Desarrollo de una atención integral a víctimas de la violencia machista</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsar el uso de la herramienta de prevención y detección de malos tratos a personas mayores desde la coordinación entre las diferentes organizaciones y entidades y avanzar hacia un repositorio común de datos.</li> </ul>	<b>Impulso a la implementación, coordinación y seguimiento de la detección de malos tratos en personas mayores</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover las bases que posibiliten nuevas maneras de abordar procesos seguros de desinstitucionalización a través de un itinerario de atención con apoyos sociosanitarios suficientes, identificando las dificultades y barreras en los itinerarios de salida de recursos de atención de alta intensidad (hospitalización prolongada, ingreso residencial...) así como facilitadores y buenas prácticas.</li> </ul>	<b>Desarrollo de procesos de apoyo a la desinstitucionalización</b>
Atención sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avanzar en el desarrollo de la coordinación sociosanitaria en el nivel más local y comarcal impulsando los proyectos aprobados tanto en el CVAS como en el POSS de Bizkaia.</li> </ul>	<b>Impulso al desarrollo de proyectos sociosanitarios de ámbito local y comarcal</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender a personas menores de edad, con medida de protección adoptada por la DFB, que precisen un acogimiento residencial especializado en salud mental Infanto-juvenil en episodios de crisis, para su estabilización, atención integral y posible retorno a familia o centros de origen en condiciones de estabilidad.</li> </ul>	<b>Centro de atención integral en salud mental infanto-juvenil a adolescentes con medidas de protección</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar y extender los centros comarcales de referencia, como recurso sociosanitario de apoyo a la atención residencial, desde el impulso de modelos centrados en las personas y sus derechos en la toma de decisiones respecto a sus cuidados clarificando los circuitos asistenciales y escenarios de derivación.</li> </ul>	<b>Desarrollo de Centros Comarcales de Referencia (CCR) como apoyo a la atención integral en centros residenciales</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avanzar en la personalización (clasificación, urgencia y gestión de tiempos) de los itinerarios de atención sociosanitaria, según los diferentes niveles de intensidad de atención requeridos, mejorando los itinerarios de salida al alta y creando itinerarios personalizados (domiciliaria, comunitario, apoyos personalizados) alternativos a la Unidad Residencial Sociosanitaria.</li> </ul>	<b>Diversificación de perfiles de plazas e itinerarios personalizados en atención sociosanitaria</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avanzar en la detección de necesidades sociosanitarias globales, planificando y consensuando la valoración sociosanitaria y plan de actuación conjuntos entre la atención primaria de servicios sociales y de salud, la coordinación de caso de la DFB y la prestación del servicio etxeTIC de apoyo a la permanencia en el hogar.</li> </ul>	<b>Desarrollo de la coordinación de caso para la mejora de una atención sociosanitaria coordinada</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agilizar el proceso de adaptación del hogar y la adquisición de productos de apoyo necesarios para aquellos/as pacientes ingresado/as en unidades hospitalarias tales como (unidad de lesión medular del Hospital de Cruces, unidades ELA...) con el fin de no demorar el retorno al domicilio tras el alta hospitalaria.</li> </ul>	<b>Protocolo para la adecuación de apoyos para retornos a domicilio tras ingreso sanitario o sociosanitario</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar y proveer una respuesta integrada ante situaciones con expectativa de vida breve coordinando apoyos desde los servicios sociales y sanitarios para que la persona en dicha situación pueda seguir con su proyecto de vida, con los apoyos que necesite para permanecer, en lo posible, en el domicilio que elija en la etapa final de la vida.</li> </ul>	<b>Apoyos desde la coordinación sociosanitaria para la atención integral a personas en situación de final de vida en domicilio</b>
I+D+i sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desplegar una metodología de evaluación centrada en la calidad de vida de las personas atendidas y la participación de todos los agentes implicados. Analizando resultados en personas, cuadro mando sociosanitario, desarrollando indicadores de valor.</li> </ul>	<b>Desarrollo de procesos de evaluación integral de proyectos sociosanitarios</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsar la conexión entre diferentes agentes implicados en proyectos innovadores dirigidos a personas con necesidades sociosanitarias.</li> </ul>	<b>Banco de micro experiencias innovadoras</b>





## 4. PROYECTOS DEL POSS DE BIZKAIA 2023-2026

### 4.1. Visión global: listado de proyectos:

Prioridad Estratégica	ID	Proyecto
<b>Gobernanza</b>	G1	Gobernanza sociosanitaria. Operativización en Bizkaia
	G2	Convenios sociosanitarios para la mejora de la respuesta sociosanitaria territorial
<b>Interoperabilidad sociosanitaria</b>	I1	Interconsulta electrónica para mejora de la atención primaria sociosanitaria
	I2	Interoperabilidad para mejora de la atención en el hogar a personas con necesidades de apoyos y a sus familias cuidadoras
	I3	Interoperabilidad para avanzar en el Plan de Atención Personalizado (PAP) en Atención Temprana (AT)
	I4	Interoperabilidad del Informe de Salud para la valoración de situaciones de dependencia y discapacidad
<b>Prevención sociosanitaria</b>	P1	Diagnóstico de necesidades y propuestas de trabajo para coordinación de los programas de la red de inclusión con la red de salud mental de Bizkaia
	P2	Desarrollo de una atención integral a víctimas de la violencia machista
	P3	Impulso a la implementación, coordinación y seguimiento de la detección de malos tratos en personas mayores
	P4	Desarrollo de procesos de apoyo a la desinstitucionalización
<b>Atención sociosanitaria</b>	A1	Impulso al desarrollo de proyectos sociosanitarios de ámbito local y comarcal
	A2	Centro de atención integral en salud mental infanto-juvenil a adolescentes con medidas de protección
	A3	Desarrollo de Centros Comarcales de Referencia (CCR) como apoyo a la atención integral en centros residenciales
	A4	Diversificación de perfiles de plazas e itinerarios personalizados en atención sociosanitaria
	A5	Desarrollo de la coordinación de caso para la mejora de una atención sociosanitaria coordinada
	A6	Protocolo para la adecuación de apoyos para retornos a domicilio tras ingreso sanitario o sociosanitario
	A7	Apoyos desde la coordinación sociosanitaria para la atención integral a personas en situación de final de vida en domicilio
<b>I+D+i sociosanitaria</b>	D1	Desarrollo de procesos de evaluación integral de proyectos sociosanitarios
	D2	Banco de microexperiencias innovadoras

### 4.2. Detalle del contenido de los proyectos que contemplan el actual POSS:

Se describen los **19 proyectos** y sus correspondientes acciones. Cada proyecto contiene la información descrita en la tabla siguiente:

**Título** | XXXXX

**Prioridad estratégica** | XXXXX

<b>Responsable</b>   XXXXX	<b>Fecha inicio estimada</b>   XXXXX	<b>Fecha fin estimada</b>   XXXXX
<b>Descripción</b> XXXXX	<b>Objetivos que persigue</b> 1. XXXXX	<b>Agentes involucrados</b> XXXXX
	<b>Resultados esperados</b> 1. XXXXXX	<b>Acciones</b> 1. XXXXX
<b>Indicadores</b>	Actividad: XX Resultado: XX	





## GOBERNANZA SOCIOSANITARIA

**Título | G1 -** Gobernanza sociosanitaria. Operativización en Bizkaia

**Prioridad estratégica |** Gobernanza sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Lourdes Zurbanobeaskoetxea Ramón Herrería</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>abril 2023</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2023</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>El Decreto de Gobernanza Sociosanitaria es la culminación en el plano jurídico de las labores para la articulación de las relaciones entre profesionales, organizaciones y el ámbito de servicios sociales. y de salud que se iniciaron en 2018 con la elaboración del Modelo de Gobernanza Sociosanitaria.</p> <p>Dicho modelo de Gobernanza Sociosanitaria ordena las relaciones entre los diferentes órganos y figuras existentes para la coordinación de la atención sociosanitaria en los planos estratégico, organizativo y asistencial, y define la composición de los órganos.</p> <p>La Comisión Sociosanitaria Territorial de Bizkaia ha quedado derogada por el Decreto 150/2022, de 7 de diciembre de la gobernanza sociosanitaria de Euskadi y en cumplimiento al ordenamiento jurídico es preciso constituir y regularizar órganos y figuras.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formalización de los diferentes órganos y figuras que se contemplan en la gobernanza sociosanitaria y adecuación a la nueva normativa del Decreto 150/2022 que regula dicha gobernanza.</li> </ol> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creación del Consejo Territorial de Bizkaia.</li> <li>2. Creación de la Comisión de la Coordinación Sociosanitaria Territorial de Bizkaia.</li> <li>3. Adecuación de la comisión y subcomisiones sociosanitarias territoriales de Bizkaia a la nueva regulación del Decreto 150/2022 de la gobernanza socio sanitaria de Euskadi.</li> <li>4. Adecuación de las comisiones comarcales sociosanitarias de Bizkaia a la nueva regulación del Decreto 150/2022 de la gobernanza socio sanitaria de Euskadi.</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco (GV). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. EUDEL. Coordinación sociosanitaria territorial de Bizkaia.</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Constitución del Consejo Territorial sociosanitario de Bizkaia.</li> <li>2. Constitución de la Comisión Sociosanitaria Territorial de Bizkaia.</li> <li>3. Constitución de las subcomisiones específicas sociosanitarias de Bizkaia.</li> <li>4. Constitución de las subcomisiones comarcales sociosanitarias de Bizkaia.</li> </ol>

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de agentes/entidades sociosanitarias involucradas en la operativización de la gobernanza sociosanitaria en Bizkaia.</li> <li>- Número de reuniones de la comisión territorial y comarcales de la gobernanza sociosanitaria en Bizkaia.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación del Consejo Territorial de Bizkaia.</li> <li>- Constitución de la Comisión Sociosanitaria Territorial de Bizkaia.</li> <li>- Constitución de las subcomisiones comarcales y específicas sociosanitarias de Bizkaia.</li> </ul>
---------------------------	--





**Título | G2** - Convenios sociosanitarios para la mejora de la respuesta sociosanitaria territorial  
**Prioridad estratégica |** Gobernanza sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Jose Antonio Barañano Jose Antonio De la Rica</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>julio 2023</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2023</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>La articulación de un modelo coordinado de atención sociosanitaria requiere elementos compartidos de financiación y acuerdos de colaboración interinstitucional, ya recogidos en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, que prevé la colaboración de las administraciones públicas vascas entre sí.</p> <p>En este sentido, contamos en Bizkaia con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenio de Colaboración con fecha 17 de diciembre de 2019 para la atención sociosanitaria a las personas con trastorno mental grave, con vigencia del 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2022 y prorrogado hasta 31/12/2023.</li> <li>• El convenio de colaboración entre DFB y la Administración general de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) para la atención sociosanitaria que tiene como objeto la colaboración en URSS y residencias de personas mayores y personas con discapacidad (resolución 33/2023 de 27 de febrero).</li> </ul>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <p>1. Colaboración de las distintas instituciones para el desarrollo de una respuesta conjunta a las necesidades sociosanitarias de los distintos territorios (enfermedad mental, prestación sanitaria en residencias de personas mayores, discapacidad y unidades sociosanitarias) Convenio de colaboración financiera con DFB para la financiación de las necesidades sociosanitarios.</p> <p><b>Resultados esperados</b></p> <p>1. Establecer un marco de financiación conjunta para dar respuesta a las necesidades de financiación de la atención sociosanitaria identificada en el marco del POSS.</p>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Salud. GV.</p> <p><b>Acciones</b></p> <p>1. Revisión de los convenios en vigor (salud mental y URSS-residencias). 2. Valoración, y en su caso, elaboración y aprobación de un único convenio unificado.</p>

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de entidades sociosanitarias involucradas.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento del marco de financiación destinada al funcionamiento y puesta en marcha del Decreto 150/2022 de gobernanza sociosanitaria.</li> </ul>
---------------------------	---





## INTEROPERABILIDAD SOCIOSANITARIA

**Título | I1** -Interconsulta electrónica en la atención primaria sociosanitaria

**Prioridad estratégica |** Interoperabilidad sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Lourdes Zurbanobeaskoetxea Ramón Herrería</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>enero 2023</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>La interconsulta sociosanitaria entre servicios sociales de Bermeo y Mancomunidad de Busturialdea y UAPs de Gernika, Gernikaldea y Bermeo, comenzó en 2021. En el año 2022 se realizó el desarrollo del modelo funcional del caso de uso de la Interconsulta sociosanitaria entre servicios sociales y Unidad de Gestión Integrada (UGI) Gernika.</p> <p>En su fase actual, el proyecto trata de realizar los desarrollos necesarios para avanzar en las posibilidades en el intercambio de información de manera electrónica (interoperabilidad) entre los servicios sociales y la UGI Gernika que incluye Gernika, Gernikaldea, Bermeo y Lekeitio.</p> <p>La atención primaria sociosanitaria se desarrolla por un binomio formado por médico o médica y profesional de enfermería de atención primaria junto a la trabajadora o trabajador social de base municipal y/o foral u otras u otros profesionales de los servicios sociales de base.</p> <p>Se utilizará la metodología del caso de uso, que es en la práctica una herramienta para especificar el comportamiento de un sistema y escalar a toda la CAPV.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <p>1. Facilitar la realización de una interconsulta/derivación electrónica entre los SSB municipal y/o foral y el sistema público sanitario de Atención Primaria.</p> <p><b>Resultados esperados</b></p> <p>1. Desarrollo de un plan de pilotaje de la interconsulta entre los servicios sociales de Bermeo y Mancomunidad de Busturialdea y UAPs de Gernika, Gernikaldea y Bermeo y UGI Gernika que aporte valor y sea escalable al resto del sistema.</p> <p>2. Plan de extensión de la interconsulta en la atención primaria sociosanitaria entre servicios sociales y sistema de salud.</p>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada de Salud (OSI) Barrualde-Galdakao, Hospital Gernika, Unidad de Atención Primaria (UAP) Gernikaldea, Subdirección de Informática, Dirección de Atención Sanitaria-Coordina-ción de Atención Primaria.</p> <p>Mancomunidad de servicios sociales de Busturialdea, servicios sociales de Bermeo.</p> <p>Departamento de Salud Dirección de Atención Sociosanitaria.</p> <p>Departamento de Acción Social. DFB.</p> <p>Coordinación Sociosanitaria Territorial.</p> <p><b>Acciones</b></p> <p>1. Solicitar a los servicios jurídicos un informe de viabilidad del proyecto de interconsulta.</p> <p>2. Convocar a la dirección de servicios sociales del GV y a la subdirección de informática de Osakidetza para seguir con las reuniones técnicas de coordinación del análisis, diseño y desarrollo del software de Gizarte y Osabide.</p> <p>3. Convocar al grupo motor para presentar y aprobar el plan de pilotaje.</p> <p>4. Realización de la evaluación del plan de pilotaje.</p> <p>5. Elaboración de un plan de extensión y presentación del mismo.</p>

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de reuniones con el grupo motor para el seguimiento de los avances del plan de pilotaje iniciado.</li> <li>- Número de nuevos pilotos iniciados en la extensión del proyecto.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación del proyecto piloto.</li> <li>- Elaboración del plan de extensión de la interconsulta electrónica entre servicios sociales y salud.</li> </ul>
---------------------------	---





**Título | 12** - Interoperabilidad para mejora de la atención en el hogar a personas con necesidades de apoyo y a sus familias cuidadoras

**Prioridad estratégica |** Interoperabilidad sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Izko Cardenal Jose Antonio de la Rica</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>abril 2023</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>En el año 2023 se realizaron encuentros participativos entre profesionales del ámbito social y del ámbito sanitario donde se identificaron necesidades de intercambio de información para poder avanzar en una atención sociosanitaria más integral y coordinada desde un modelo de continuidad de vida y cuidados. Poder intercambiar datos específicos contribuiría a una mejor coordinación sociosanitaria en la atención a personas en situación de dependencia y sus personas cuidadoras que son atendidas desde la red de servicios sociales de atención secundaria.</p> <p>La puesta en marcha del servicio etxeTIC de apoyo a la permanencia en el hogar desde un centro de proximidad, constituye una oportunidad para avanzar en el intercambio de información que permita una mejor coordinación sociosanitaria de la atención en el hogar.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avanzar en la coordinación sociosanitaria para la atención más integral a personas cuyos cuidados se producen en el hogar, a través del intercambio de información pertinente y consensuada en un conjunto mínimo de datos, entre profesionales del sistema sanitario y de la DFB.</li> <li>2. Establecer los cauces de interoperabilidad necesarios para el intercambio de la información definida; datos concretos a intercambiar, profesionales que tendrán acceso, procedimiento asistencial vinculado, etc.</li> </ol> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acuerdo entre el Departamento de Salud / Osakidetza y DFB para el intercambio de datos consensuados que apoyen los procedimientos de coordinación sociosanitaria en la atención de personas en situación de dependencia en el hogar; coordinación en los planes de atención, atención tras altas hospitalarias, identificación y prescripción de nuevos apoyos, etc.</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Departamento de Acción Social. DFB. Lantik. Departamento de Salud. GV. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Departamento de Empleo, Justicia y Políticas Sociales. GV. (Teleasistencia). Mancomunidades y ayuntamientos de Bizkaia (servicios sociales).</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redacción de un protocolo de intercambio de información entre profesionales del sistema de servicios sociales de atención secundaria y sistema sanitario,</li> <li>2. Definición funcional para intercambio de ficheros y conjunto de datos acordados.</li> </ol>

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propuesta de datos mínimos necesarios a partir de casos de uso para el intercambio de información entre el Dpto. de Salud / Osakidetza y DFB</li> <li>- Número de reuniones abordadas con el servicio jurídico para analizar la legalidad del intercambio de datos sensibles entre organizaciones.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Redacción del protocolo de intercambio de información entre profesionales del sistema de servicios sociales y el sanitario.</li> <li>- Definición del plan funcional para la interoperabilidad en intercambio de datos</li> </ul>
---------------------------	---





## Título | I3 - Interoperabilidad para avanzar en el Plan de Atención Personalizado (PAP) en Atención Temprana (AT)

### Prioridad estratégica | Interoperabilidad sociosanitaria

<b>Responsable</b> Itxaso Sánchez Emilio Aparicio	<b>Fecha inicio estimada</b> Iniciado	<b>Fecha fin estimada</b> diciembre 2006
<b>Descripción</b> <p>El Modelo de AT de Euskadi es un modelo de atención integral, continuada y centrada en las necesidades de los niños, niñas y sus familias, que se plantea como modelo de corresponsabilidad y coordinación de los tres sistemas implicados: salud, servicios sociales y educación.</p> <p>El Equipo de Valoración en Atención Temprana (EVAT), conformado con profesionales de los tres sistemas, efectúa la valoración de casos, y elabora el correspondiente plan de atención personalizada, que concreta la intervención que se realiza de manera coordinada desde los 3 ámbitos, recogiendo los objetivos generales y las actuaciones previstas.</p> <p>Para ello es necesario disponer de una información pertinente, adecuada y actualizada.</p> <p>El desarrollo de un sistema interoperable para compartir datos y posibilitar el intercambio de información es la vía adecuada para avanzar en este reto.</p>	<b>Objetivos que persigue</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar tanto la eficacia en la detección, el diagnóstico precoz, la valoración de necesidades y el proceso de intervención, como la eficiencia en la utilización de los recursos públicos y privados.</li> <li>2. Coordinar las actuaciones de los sistemas de salud, educativo y de servicios sociales, para la optimización de los recursos y la complementariedad de las intervenciones con el menor, su familia y su entorno, sin que pueda producirse una duplicidad de servicios.</li> <li>3. Garantizar que las familias dispongan de un plan de atención personalizado compartido en el que se indique la intervención de los tres ámbitos: social, salud y educación.</li> </ol>	<b>Agentes involucrados</b> <p>Departamento de Acción Social. DFB. Servicio de Valoración y Orientación y Servicios Generales. Lantik.</p> <p>Departamento de Salud. GV. Dirección de Atención Sociosanitaria. Oficina Técnica de Interoperabilidad.</p> <p>Osakidetza (áreas asistenciales de atención hospitalaria, subdirección de atención primaria y subdirección de informática).</p> <p>Departamento de Educación GV Dirección para la Diversidad e Inclusión Educativa y servicio de informática.</p> <p>Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales. Dirección de Familias e infancia.</p> <p>Mancomunidades de servicios sociales y ayuntamientos de Bizkaia (servicios sociales de base).</p>

### Resultados esperados

1. Codificación de casos detectados por cualquiera de los tres sistemas para avanzar en un sistema de información conjunto.
2. Avanzar en el intercambio de datos para poder compartir con las familias el PAP del niño o niña.

### Acciones

1. Dar continuidad al proyecto del POSS anterior a través del grupo motor del caso de uso de interoperabilidad sociosanitaria en AT de la EASSE y establecer un plan de trabajo.
2. Aprobar fichas de intercambio de datos.
3. Consensuar y aprobar criterios de codificación de casos de AT en cada sistema según lo definido en Guía de Buenas Prácticas del EVAT.
4. Definir desarrollos tecnológicos, establecer cronograma e iniciar desarrollos.
5. Desarrollar un plan de pilotaje, evaluar los resultados y desplegar el nuevo sistema.

<b>Indicadores</b>	<b>Indicador de actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición de fichas de intercambio de datos que posibiliten la consecución de PAP en AT.</li> <li>- Número de reuniones abordadas por el grupo de trabajo de Interoperabilidad en AT.</li> <li>- Definición de herramientas de seguimiento para la interoperabilidad en AT (desarrollos tecnológicos, cronograma...).</li> </ul> <b>Indicador de resultado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de PAP en AT definidos a partir de la interoperabilidad sociosanitaria.</li> <li>- Acuerdo para la codificación de casos en AT en los tres sistemas según la guía de buenas prácticas.</li> </ul>
--------------------	--





## Título | 14 - Interoperabilidad del Informe de Salud para la valoración de situaciones de dependencia y discapacidad

### Prioridad estratégica | Interoperabilidad sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Raquel Torre Magdalena Presmanes Fernando Urbano</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>Iniciado</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>El informe de salud es un documento preceptivo para la valoración de dependencia y, en su caso, la valoración de discapacidad.</p> <p>Por medio de la interoperabilidad se puede recibir el informe de salud actualizado y elaborado por el personal facultativo con toda la información complementaria que considere deba ser informada.</p> <p>El poder disponer del informe de manera interoperable evita trámites innecesarios a las personas que solicitan la valoración de la dependencia y discapacidad.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Simplificar burocracia evitando trámites y desplazamientos innecesarios en la tramitación de las solicitudes de valoración de la dependencia.</li> <li>2. Mejorar los plazos de la tramitación del reconocimiento de la situación de dependencia y discapacidad y la eficiencia del sistema.</li> <li>3. Disponer de un modelo homogéneo consensuado de informe de salud en el intercambio de datos de salud entre el sistema de servicios sociales y el sistema de salud.</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. OSIs de Bizkaia y Servicios Informáticos.</p> <p>Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social. Servicio de Valoración y Orientación.</p> <p>Gobierno Vasco. Departamento de Salud.</p> <p>Lantik.</p> <p>Municipios y Mancomunidades de Bizkaia.</p>
	<p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consolidación del servicio de interoperabilidad con relación al Informe de Salud en los centros de salud de Bilbao</li> <li>2. Aumento del porcentaje de informes de salud compartidos por la OSI Bilbao-Basurto.</li> <li>3. Inicio de un piloto de extensión del informe de salud interoperable en cada OSI y SVSS.</li> <li>4. Extensión en toda Bizkaia.</li> </ol>	<p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis de extensión de la implantación del informe de salud interoperable realizado en cada OSI.</li> <li>2. Análisis de plazos y valoración cualitativa de los informes de salud en la OSI de Bilbao y en los pilotos realizados en cada OSI.</li> <li>3. Valorar la adaptabilidad del modelo de informe de salud de la valoración de la dependencia y discapacidad a las necesidades de informe de salud en otros trámites de servicios sociales.</li> <li>4. Establecer programa on line de formación continua con atención primaria sanitaria en la operativa y contenidos del informe de salud.</li> </ol>

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº reuniones de presentación y planificación de la extensión.</li> <li>- Estudio de la adaptabilidad del modelo de informe de salud de la valoración de dependencia y discapacidad a las necesidades del informe de salud en otros trámites de servicios sociales.</li> <li>- Nº sesiones formativas on line sobre informe de salud (operativa y contenidos).</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despliegue del informe de salud interoperable en la OSI Bilbao al 45% del total para el año 2023.</li> </ul> <p><b>Aumento de un 10% anual en la OSI Bilbao.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de pilotos iniciados en las diversas OSIs.</li> <li>- Porcentaje de informes de salud interoperables en cada OSI y la DFB.</li> </ul>
---------------------------	---





## PREVENCIÓN SOCIOSANITARIA

**Título | P1** - Diagnóstico de necesidades y propuestas de trabajo para coordinación de los programas de la red de inclusión con la red de salud mental de Bizkaia

**Prioridad estratégica |** Prevención sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Marta Barco Jose Uriarte</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>septiembre 2024</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>Teniendo en cuenta que más del 70% de las personas de la red de inclusión presentan patología o trastorno mental diagnosticado, y las especiales dificultades y necesidades que presentan las personas en situación de exclusión social, se considera necesario mejorar la accesibilidad de estas personas a la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB).</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestión compartida de los casos de las personas usuarias de la red de inclusión, con el objeto de garantizar una actuación más proactiva por parte de ambos sistemas.</li> <li>2. Atendiendo a las necesidades que presentan las personas en situación de exclusión social, garantizar una atención más flexible y de proximidad.</li> </ol> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenimiento en el medio comunitario, evitando el agravamiento y cronificación de las situaciones.</li> <li>2. Visión compartida y coordinada de los casos, que redunde en beneficio de las personas usuarias.</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>RSMB. Servicio para la Inclusión. Profesionales de referencia. Equipos de intervención de las entidades gestoras de recursos del Servicio para la Inclusión.</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear una comisión con todos los agentes involucrados para establecer modos de trabajo coordinados.</li> <li>2. Elaborar un protocolo de coordinación.</li> </ol>
<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición e identificación de casos de uso de personas usuarias de la Red de inclusión entre sistemas.</li> <li>- Número de reuniones para evaluar las necesidades y propuestas de trabajo para la coordinación de los programas de la red de inclusión con la RSMB.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de una Comisión con los agentes involucrados que elabore las bases para el trabajo coordinado.</li> <li>- Elaboración de un protocolo de coordinación entre los programas de la red de inclusión y la RSMB.</li> </ul>	





**Título | P2 -** Desarrollo de una atención integral a víctimas de la violencia machista

**Prioridad estratégica |** Prevención sociosanitaria

Responsable	Fecha inicio estimada	Fecha fin estimada
Elena Álvarez Maite Paño	mayo 2024	diciembre 2026
Descripción	Objetivos que persigue	Agentes involucrados
<p>El proyecto plantea desarrollar las interacciones (en buena medida previstas en el tercer acuerdo interinstitucional) entre el sistema de salud y el de servicios sociales en materia de atención a víctimas de violencia machista desde una perspectiva sociosanitaria y con enfoque de género, que posibilite una detección, valoración integral y abordaje desde un marco compartido bio ecológico</p> <p>Establecer procedimientos de actuación coordinada para la atención sanitaria y psicosocial de víctimas de violencia machista.</p> <p>Compartir diagnósticos para coordinar y estructurar tratamientos de recuperación conjuntos (tratamiento farmacológico- tratamiento terapéutico).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitar la revictimización de las víctimas de violencia machista.</li> <li>2. Dar apoyos más ajustados a las necesidades sociosanitarias que presentan.</li> <li>3. Sistematizar el proceso de valoración integral de los efectos de la violencia física, psíquica y sexual en las mujeres víctimas de violencia machista para su abordaje terapéutico y social.</li> <li>4. Establecer protocolos para la derivación/gestión de itinerarios compartidos entre el sistema de salud y el de servicios sociales.</li> <li>5. Desarrollar mecanismos de interoperabilidad digital entre profesionales de atención a víctimas de ambos sistemas.</li> </ol> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejora y agilidad en los diagnósticos y tratamientos.</li> <li>2. Garantizar la atención psicológica específica a las víctimas de la violencia machista contra las mujeres desde un abordaje sociosanitario y con enfoque de género, conforme al mandato del artículo 55. 3 de la Ley 1/2022 y 19bis Ley Orgánica 10/2022.</li> <li>3. Mejora del sistema de evaluación respecto a la evolución de los trastornos ansioso-depresivos de las víctimas.</li> </ol>	<p>Servicio de Mujer e Intervención Familiar.</p> <p>Osakidetza-Sistema Vasco de Salud.</p> <p>Servicio Esnatu.</p> <p>Centro de atención a víctimas de violencia sexual (centro crisis).</p> <p>Centro de recuperación integral víctimas de violencia sexual.</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolo de derivación y coordinación.</li> <li>2. Establecer las bases para el desarrollo de herramientas que permitan compartir a ambas partes (salud y servicios sociales) la información necesaria para la mejor atención de los casos de violencia machista.</li> </ol>

Indicadores	Indicador de actividad: Indicador de resultado:
	<p>- Número de reuniones de coordinación realizadas.</p> <p>- Número de casos de gestión compartida realizadas a víctimas de violencia machista.</p> <p>- Definición y puesta en marcha del protocolo de derivación y coordinación de víctimas de violencia machista.</p> <p>- Desarrollo de herramientas para compartir entre sistemas la información necesaria para la mejora de la atención de los casos de violencia machista.</p>





**Título | P3 - Impulso a la implementación, coordinación y seguimiento de la detección de malos tratos en personas mayores**

**Prioridad estratégica | Prevención sociosanitaria**

<p><b>Responsable</b></p> <p>Lourdes Zurbanobeaskoetxea Ramón Herrería Magdalena Presmanes</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>Iniciado</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>El "Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV" es una herramienta validada con una FINALIDAD ASISTENCIAL que no es otra que evitar daños y lesiones físicas y económicas a las personas mayores, o intervenir para paliar dichos daños y evitar que vuelvan a repetirse.</p> <p>El procedimiento se encuentra publicado y accesible en su última versión revisada en el siguiente link: <a href="https://www.euskadi.eus/documentacion/2019/procedimiento-de-prevencion-y-deteccion-de-malos-tratos-fisicos-y-economicos-a-personas-mayores-en-la-capv/web01-sede/es/">https://www.euskadi.eus/documentacion/2019/procedimiento-de-prevencion-y-deteccion-de-malos-tratos-fisicos-y-economicos-a-personas-mayores-en-la-capv/web01-sede/es/</a></p> <p>Progresivamente se ha avanzado en formación de profesionales sociosanitarios y la implementación con diferente intensidad en las organizaciones implicadas. La pandemia supuso un freno para estos avances, por lo que parece adecuado retomar dicha implementación analizando la situación en las distintas organizaciones.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar criterios y metodología en la aplicación de la herramienta en las diferentes organizaciones para aunar dichos criterios.</li> <li>2. Coordinación entre las diferentes organizaciones y entidades para la elaboración de planes de atención sociosanitarios.</li> <li>3. Avanzar hacia un repositorio común de datos.</li> </ol> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creación de un grupo coordinador de personas responsables de la implementación del procedimiento y de su seguimiento.</li> <li>2. Protocolo de coordinación para la intervención en los casos detectados.</li> <li>3. Repositorio común de datos.</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Coordinación Sociosanitaria Territorial de Bizkaia Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social. Servicio de Valoración y Orientación. Departamento de Salud y Osakidetza-(OSIs y Emergentziak). Municipios y Mancomunidades de Bizkaia. Departamento de Empleo, Justicia y Políticas Sociales. (Teleasistencia).</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis de la realidad en los diferentes OSIs.</li> <li>2. Establecer referentes y creación de un grupo coordinador con el apoyo de grupos comarcales para la implementación del procedimiento.</li> <li>3. Sesiones de trabajo para aunar criterios de prevención y detección (elaborar cronograma).</li> </ol>

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de referentes sociosanitarios para la implementación del procedimiento de prevención y detección de malos tratos en personas mayores.</li> <li>- Número de sesiones de trabajo realizadas para revisar criterios de uso de la herramienta y detección de áreas de mejora y establecimiento de objetivos de avance.</li> <li>- Número de personas mayores a las que se les ha aplicado la herramienta de prevención y detección de malos tratos tanto en servicios sociales como en el sistema de salud.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación del grupo de coordinación de personas responsables de la implementación del procedimiento y seguimiento de la detección de malos tratos.</li> <li>- Definición del protocolo de coordinación.</li> <li>- Creación de un Repositorio Común de datos para la detección de casos de malos tratos a personas mayores.</li> </ul>
---------------------------	---





## Título | P4 - Desarrollo de procesos de apoyo a la desinstitutionalización

### Prioridad estratégica | Prevención sociosanitaria

<b>Responsable</b> Elixabete Elordi Jose Uriarte	<b>Fecha inicio estimada</b> mayo 2024	<b>Fecha fin estimada</b> diciembre 2026
<b>Descripción</b> Es un hecho que hay personas que permanecen más tiempo del necesario en instituciones y en hospitales por las dificultades y barreras que existen en el entorno comunitario para personas con alto riesgo sociosanitario. Este proyecto pone la mirada en personas que tras un proceso de atención sociosanitaria residencial u hospitalización de media estancia prolongada, desean continuar su proyecto vital en recursos de menor intensidad. Población no homogénea que a través de metodologías de la coordinación de caso puede iniciar procesos de desinstitutionalización seguros y coordinados entre la atención sociosanitaria primaria y secundaria, así como la creación de itinerarios personalizados con apoyos que posibiliten respuestas alternativas a la institucionalización.	<b>Objetivos que persigue</b> 1. Promover las bases que posibiliten nuevas maneras de abordar procesos seguros de desinstitutionalización a través de un itinerario de atención con apoyos sociosanitarios suficientes. 2. Identificación de dificultades y barreras en los itinerarios de salida de recursos de atención de alta intensidad (hospitalización prolongada y residencialización) así como facilitadores y buenas prácticas. 3. Detección de personas en situación de salida, candidatas para un tránsito acompañado y personalizado desde itinerarios consensuados y apoyados por coordinadores de caso de DFB y otros agentes implicados.	<b>Agentes involucrados</b> Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Salud-Osakidetza. Red de Salud Mental de Bizkaia. Mancomunidades de servicios sociales y ayuntamientos de Bizkaia. Tercer sector social. Otros agentes: justicia...
	<b>Resultados esperados</b> 1. Promover la estrategia de apoyo a la desinstitutionalización en Bizkaia. 2. Estudio preliminar para la realización de una experiencia piloto de activación de protocolo de apoyo a la salida de hospital psiquiátrico de media estancia prolongada en coordinación con las redes de atención primaria y secundaria y el tercer sector.	<b>Acciones</b> 1. Crear un grupo de trabajo que analice la realidad y proponga un plan de acción. 2. Estudio de necesidades de plazas sociosanitarias para trastorno mental grave y un plan/compromiso de desarrollo de nuevas plazas especialmente de mini residencias. 3. Estudio de alternativas comunitarias a los actuales servicios residenciales (p.e. pisos de alta supervisión).

<b>Indicadores</b>	<b>Indicador de actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de personas que han recibido apoyo para la desinstitutionalización.</li> <li>- Número de profesionales implicados en el apoyo a la desinstitutionalización.</li> <li>- Número de acciones encaminadas al impulso de la estrategia de apoyo a la desinstitutionalización en Bizkaia.</li> <li>- Informe trimestral de la subcomisión de salud mental respecto a personas pendientes de asignación de plaza para recursos sociosanitarios destinados a personas con trastorno mental grave.</li> </ul> <b>Indicador de resultado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puesta en marcha del grupo de trabajo para analizar la situación actual y elaborar un plan de acción.</li> <li>- Piloto de activación de protocolo de apoyo a la salida de hospital psiquiátrico de media estancia prolongada en coordinación con las redes de atención primaria y secundaria y el tercer sector.</li> </ul>
--------------------	--





## ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

**Título | A1** - Impulso al desarrollo de proyectos sociosanitarios de ámbito local y comarcal

**Prioridad estratégica |** Atención sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Lourdes Zurbanobeaskoetxea Ramón Herrería</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>mayo 2023</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>El medio comunitario, y por ende el domicilio, entendido -en un sentido amplio-, como el lugar donde viven las personas, constituyen el espacio fundamental para que los agentes profesionales sociosanitarios deban interactuar y dar respuesta a las necesidades de las personas.</p> <p>El desarrollo de comisiones sociosanitarias comarcales y desde ahí proyectos a nivel local y comarcal plantea una manera de avanzar para acercar la atención al lugar donde viven las personas</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avanzar en el desarrollo de la coordinación sociosanitaria en el nivel más local y comarcal impulsando los proyectos aprobados tanto en el CVAS como en el POSS de Bizkaia.</li> </ol> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión, evaluación y actualización de los protocolos ya existentes en el ámbito de cada OSI y SVSS.</li> <li>2. Iniciar al menos un proyecto piloto de desarrollo sociosanitario comunitario en el ámbito de cada OSI y SVSS.</li> <li>3. Acuerdo de un plan de acción sociosanitario comarcal a partir de detección y análisis compartido de las necesidades sociosanitarias en cada OSI y sector de servicios sociales</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Coordinación Sociosanitaria Territorial. Osakidetza. OSIs de Bizkaia. Hospitales de Santa Marina y Gorniz. Ayuntamientos y Mancomunidades de servicios sociales de Bizkaia. Otros organismos involucrados.</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión y actualización de los protocolos ya desarrollados.</li> <li>2. Desarrollo de mecanismos de coordinación entre diferentes actores e instituciones del ámbito geográfico.</li> <li>3. Acordar la metodología a aplicar para la detección y análisis de las necesidades sociosanitarias y su priorización en el ámbito de cada OSI y SVSS alineados con el POSS de Bizkaia .</li> </ol>
<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de entidades de ámbito local y comarcal que participan en proyectos sociosanitarios.</li> <li>- Número de personas participantes en proyectos sociosanitarios de ámbito local y comarcal.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de proyectos sociosanitarios anualmente impulsados y puestos en marcha.</li> </ul>	





**Título | A2 - Centro de atención integral en salud mental infanto-juvenil a adolescentes con medidas de protección**

**Prioridad estratégica | Atención sociosanitaria**

<p><b>Responsable</b></p> <p>Consuelo Alonso Fernando Gonzalez Arantza Fernandez</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>mayo 2023</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>El planteamiento se hace en el marco de la atención a menores adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico, en situación de crisis y necesidad de estabilización a nivel psicopatológico y comportamental que requieren un entorno debidamente acondicionado, con los recursos propios para la atención en régimen de hospitalización y orientado a su futura reincorporación a la red básica de atención.</p> <p>La necesidad se justifica en base a la necesidad de atender a menores que presentan graves alteraciones de conducta con un diagnóstico de trastorno mental grave, y que hace inviable su atención en los dispositivos ya existentes en la red básica de atención del Servicio Territorial Especializado de Protección a la Infancia y la Adolescencia requiriendo una atención integral en un entorno que cubra las necesidades clínicas, educativas y materiales.</p> <p>A partir de la experiencia de unas plazas en Aita Menni, en formato piso dentro del centro psiquiátrico, se plantea avanzar en un dispositivo en Bizkaia.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atender a personas menores de edad, con medida de protección adoptada por la DFB, que precisen un acogimiento residencial especializado en salud mental Infanto-juvenil. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención en situaciones de crisis de salud mental.</li> <li>• Estabilización de estos episodios.</li> <li>• Atención integral de los menores.</li> <li>• Posibilidad de retorno a familia o centros de origen en condiciones de estabilidad.</li> </ul> </li> <li>2. Establecer la coordinación de caso sociosanitario que garantice los itinerarios de atención asistencial.</li> </ol> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una intervención específica orientada al tratamiento de los problemas comportamentales a fin de desarrollar conductas más adaptativas que permitan al menor una futura incorporación a la red básica de atención.</li> <li>2. Plan de continuidad terapéutica al alta, derivando al menor para proseguir su tratamiento en el recurso más adecuado de la Red de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.</li> <li>3. Coordinación con los diferentes recursos que pueden intervenir en el caso.</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social. Servicio Territorial Especializado de Protección a la Infancia.</p> <p>Departamento de Salud. Osakidetza. Centro de Salud Mental de referencia.</p> <p>Familia/tutor, el/la adolescente.</p> <p>Profesionales de la o las instancias judiciales correspondientes.</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguimiento de la experiencia actual</li> <li>2. Creación de un equipo sociosanitario de seguimiento y valoración y acuerdos de medidas de futuro.</li> <li>3. Valoración de las posibles alternativas para un centro de estas características en Bizkaia.</li> <li>4. Difusión del centro a los recursos sociosanitarios implicados.</li> <li>5. Convenio de colaboración</li> </ol>

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de adolescentes con medidas de protección atendidos en el centro.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de un equipo sociosanitario de seguimiento y valoración de las acciones/ medidas de mejora en el futuro.</li> <li>- Creación del Centro de Atención Integral en Salud Mental infanto-juvenil.</li> </ul>
---------------------------	---





## Título | A3 - Desarrollo de Centros Comarcales de Referencia (CCR) como apoyo a la atención integral en centros residenciales

### Prioridad estratégica | Atención sociosanitaria

<b>Responsable</b> Lourdes Zurbanobeaskoetxea Ramón Herrería	<b>Fecha inicio estimada</b> Iniciado	<b>Fecha fin estimada</b> diciembre 2026
<b>Descripción</b> Los CCR con servicios sociosanitarios especializados, se configuran como la referencia asistencial para el conjunto de la red residencial general. Cuentan para ello con plazas temporales de carácter sociosanitario en el propio centro y un equipo de profesionales multidisciplinar que prestará apoyo, y soporte a través de procedimientos comunes y recursos especializados, al conjunto de los centros residenciales ubicados en su SVSS. El desarrollo desde los CCR del proyecto de "Coordinación entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales en la atención a personas residenciadas", y centrado en la línea de actuación prioritaria de planificación anticipada de decisiones y cuidados (PADyC), se plantea como proceso clave de coordinación sociosanitaria para la atención de personas que viven en centros residenciales para personas mayores.	<b>Objetivos que persigue</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Articular mecanismos de coordinación, derivación, comunicación entre: la red de residencias de personas mayores de Bizkaia, los CCR, y su equipo de apoyo específico, un hospital de referencia en la materia y la red de atención primaria del sistema de Salud.</li> <li>2. Determinación de circuitos asistenciales, funciones a desarrollar, servicios y escenarios de derivaciones como elementos clave de coordinación sociosanitaria para la atención de personas en centros residenciales.</li> <li>3. Apoyar la planificación anticipada de decisiones y cuidados, como proceso clave en el que interactúan cuidados sociales y sanitarios y por tanto, exige de una coordinación sociosanitaria específica.</li> </ol>	<b>Agentes involucrados</b> Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social-IFAS.CCR y equipos de apoyo. Centros residenciales de la red foral de Bizkaia. Osakidetza. Hospitales de referencia. Osakidetza. OSIs de Bizkaia (UAPs, Emergentziak, Consejo Sanitario, Punto de Atención Continuada (PAC)). Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Coordinación Sociosanitaria Territorial de Bizkaia.
	<b>Resultados esperados</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Firma de protocolo o protocolos, en su caso, con el Departamento de Salud y Osakidetza para la extensión del proyecto de Coordinación Sociosanitaria</li> <li>2. Mejorar coordinación con Osakidetza en itinerarios y procesos clave.</li> <li>3. Implementar procesos de PADyC en el conjunto de la red foral de centros para personas en situación de dependencia.</li> <li>4. Elaborar una guía para la implantación de procesos de PADyC.</li> </ol>	<b>Acciones</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Extensión de la línea de Coordinación sociosanitaria para la implantación de procesos PADyC al conjunto de residencias de Bilbao.</li> <li>2. Firma de protocolo para extensión de la línea de Coordinación sociosanitaria para la implantación de procesos PADyC al conjunto de OSIs de Bizkaia.</li> </ol>

<b>Indicadores</b>	<b>Indicador de actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de CCR en Bizkaia.</li> <li>- Número de profesionales multidisciplinarios que prestan apoyo a los centros residenciales desde los CCR.</li> <li>- Número de residencias en las que se han implantado procesos apoyados desde los CCR.</li> </ul> <b>Indicador de resultado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Extensión del proyecto de coordinación sociosanitaria para la atención a personas que viven en centros residenciales en el conjunto de los centros residenciales de Bilbao.</li> <li>- Extensión del proyecto al menos con un piloto en cada OSI o sector de Servicios Sociales de Bizkaia.</li> </ul>
--------------------	--





**Título | A4 - Diversificación de perfiles de plazas e itinerarios personalizados en atención sociosanitaria**

**Prioridad estratégica | Atención sociosanitaria**

<p><b>Responsable</b></p> <p>Luis Casado Susana González Oihana Ariznabarreta</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>Iniciado</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>Tras los avances realizados en el diagnóstico de necesidades y propuesta de las unidades residenciales sociosanitarias, se ha avanzado en la aprobación del Decreto Foral 117/2022, de 18 de octubre, de la DFB y la diversificación de perfiles y recursos sociosanitarios</p> <p>Procede ahora ajustar los diferentes perfiles y valorar la pertinencia de los mismos, así como de los itinerarios de acceso y salida de los diferentes recursos sociosanitarios para avanzar en la adecuación de los apoyos para las diferentes necesidades de las personas.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajustar los recursos a las situaciones y necesidades sociosanitarias de las personas según los diferentes niveles de intensidad de atención requeridos.</li> <li>2. Mejorar los itinerarios de salida al alta del recurso sociosanitario.</li> <li>3. Acordar criterios de clasificación, urgencia y gestión de tiempos (triaje) que posibiliten crear itinerarios personalizados diversos de atención sociosanitaria alternativas a la URSS (domiciliaria, recurso comunitario, apoyos).</li> </ol> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adecuación de las plazas a las necesidades sociosanitarias concretas del servicio.</li> <li>2. Diseñar los tránsitos tanto de acceso como de salida a las unidades sociosanitarias.</li> <li>3. Reducir estancias medias en personas con alta clínica y necesidades de apoyos para dicha alta.</li> <li>4. Sistematizar el acompañamiento a familias al alta a domicilio desde URSS.</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social y Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad.</p> <p>Gobierno Vasco. Departamento de Salud.</p> <p>Osakidetza.</p> <p>Municipios y Mancomunidades de Bizkaia.</p> <p>Departamento de Justicia. GV.</p> <p>Gaikuntza.</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conformar la subcomisión sociosanitaria de URSS.</li> <li>2. Revisar perfiles de las 15 plazas con perfiles para personas que requieren cuidados. con menor contenido sanitario</li> <li>3. Análisis de los itinerarios para personas con diferentes necesidades sociosanitarias.</li> <li>4. Apoyo a familias en cuidados para retorno a domicilio a través de los CCR</li> </ol>
<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación del grupo de trabajo integrado en la subcomisión específica correspondiente.</li> <li>- Análisis de itinerarios para personas con diferentes necesidades sociosanitarias (casos de uso).</li> <li>- Diseño de tránsitos (de solicitud, acceso y de salida) a plazas sociosanitarias.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de análisis de itinerarios y propuestas.</li> <li>- Reducción de estancias medias en personas con alta clínica y necesidades de apoyo para dicha alta.</li> <li>- Establecimiento de proyecto piloto de itinerarios alternativos al ingreso en URSS.</li> </ul>	





## Título | A5 - Desarrollo de la coordinación de caso para la mejora de una atención sociosanitaria coordinada

### Prioridad estratégica | Atención sociosanitaria

Responsable	Fecha inicio estimada	Fecha fin estimada
Ainhoa Resano Elixabete Elordi Magdalena Presmanes	abril 2023	diciembre 2026
Descripción	Objetivos que persigue	Agentes involucrados
<p>El enfoque de cuidados basado en derechos y la personalización exige adaptabilidad y flexibilización de los esfuerzos organizativos entre los diferentes sistemas de apoyos para que las personas y sus ecosistemas de cuidados puedan recibirlos de forma coordinada y conjunta.</p> <p>Este proyecto pretende reducir la complejidad y fraccionamiento de los sistemas de apoyos de la atención primaria y secundaria desde un enfoque comunitario apoyado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proceso de orientación en la dependencia y elaboración del Programa Individual de Atención para la <b>detección de necesidades sociosanitarias</b> y elaboración de planes de actuación sociosanitarios desde la visión de integralidad y de continuidad de vida y cuidados.</li> <li>2. El servicio etxeTIC, que, desde un enfoque preventivo, identifique personas y ecosistemas de cuidados que <b>precisan apoyos para la permanencia en el hogar</b> a través de una intervención que combina la tecnología, presencia puntual a un centro de referencia, y seguimiento continuado de gestor/a de caso.</li> <li>3. La "coordinación de caso", como referente de atención secundaria en servicios sociales, personalización de la intervención, <b>abordando situaciones complejas</b> que precisan de la intervención de diferentes sistemas de modo coordinado e integral.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consensuar las bases de un trabajo coordinado en la detección y atención sociosanitaria, ante situaciones globales complejas en el hogar, planificando y consensuado la valoración sociosanitaria, plan de actuación conjunto a través de un trabajo integrado</li> <li>2. Definir los cauces de comunicación necesarios entre los centros etxeTIC del territorio y la atención primaria de servicios sociales y de salud de su área de influencia, para compartir líneas de actuación y la mejora de la coordinación en la atención</li> <li>3. Definir procedimientos de actuación conjunta entre la coordinadora de caso de la DFB y los referentes en la atención primaria de Servicios sociales y de salud, vinculados a la prestación del servicio etxeTIC.</li> </ol>	<p>Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social. Servicios de Atención en el Hogar y de Valoración y Orientación).</p> <p>Ayuntamientos y mancomunidades de servicios sociales de Bizkaia. Servicios Sociales de Base.</p> <p>Osakidetza. OSIs de Bizkaia (Atención Primaria y hospitalaria). Red de Salud Mental de Bizkaia.</p> <p>Otros agentes competentes en materia de justicia, vivienda, educación etc.</p>
Resultados esperados	Acciones	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar un "Procedimiento de detección de necesidades sociosanitarias en las valoraciones de la situación de dependencia y coordinación para la elaboración de planes de atención sociosanitarios".</li> <li>2. Identificar y sistematizar buenas prácticas de "coordinación de caso" existentes entre profesionales de salud y servicios sociales en la detección y atención de casos complejos.</li> <li>3. Elaborar un procedimiento de comunicación en la actuación de casos necesitados de abordaje integrado por parte de los sistemas sanitario y social.</li> <li>4. Desarrollar un enfoque y visión sociosanitaria en la atención y apoyo al ecosistema de cuidados en el hogar de una persona en situación de dependencia, con un plan de apoyos coordinado.</li> <li>5. Identificar profesionales de referencia en uno y otro sistema, junto con los cauces de comunicación necesarios para una atención sociosanitaria coordinada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación en las Comisiones Comarcales</li> <li>2. Charlas informativas del servicio etxeTIC a personas de referencia en las UAP del área de influencia.</li> <li>3. Determinación de cauces de comunicación; identificación de profesionales de referencia.</li> <li>4. Definición de agentes clave.</li> <li>5. Elaboración o actualización en su caso, de guía de referentes y/o profesionales de referencia de ambos sistemas y procedimiento de contacto.</li> <li>6. Establecer indicadores que avalen la comunicación y coordinación para avanzar en la elaboración de planes de atención conjuntos y prácticas de análisis conjunto desde un enfoque integrado.</li> </ol>	

### Indicadores

#### Indicador de actividad:

- Número de personas identificadas en el e-informe social con necesidad de coordinación de caso.
- Identificación de profesionales de referencia y cauces de comunicación necesarios.
- Definición de los indicadores que determinan la necesidad de una actuación sociosanitaria conjunta.

#### Indicador de resultado:

- Elaboración de un procedimiento conjunto de detección de necesidades sociosanitarias, comunicación entre profesionales de los dos sistemas y coordinación para elaboración de planes de atención sociosanitarios.





**Título | A6** - Protocolo para la adecuación de apoyos para retornos a domicilio tras ingreso sanitario o sociosanitario

**Prioridad estratégica |** Atención sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Ohiana Ariznabarreta Charo Gonzalez Macho</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>mayo 2024</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>Tras un ingreso sanitario o sociosanitario, algunas personas para poder retornar al hogar precisan realizar previo al alta, adaptaciones del hogar y adquirir diversos productos de apoyo.</p> <p>El procedimiento de tramitación establece tener reconocida la situación de dependencia y/o un 33% de discapacidad y tener un informe técnico de idoneidad previo a las adaptaciones y adquisición de los productos de apoyo.</p> <p>Tras la experiencia de coordinación sociosanitaria adquirida con la unidad de lesionados medulares del Hospital de Cruces dirigida a agilizar la valoración de dependencia con carácter urgente, este proyecto se dirige a ampliar la población diana y elaborar un protocolo al que puedan acceder otras situaciones como personas con daño cerebral adquirido, amputaciones de miembros inferiores, etc y posteriormente ampliar a otros perfiles que tienen dificultades en el retorno al hogar.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <p>Agilizar la valoración de la dependencia de aquellos pacientes ingresados en unidades hospitalarias tales como (lesionados medulares del Hospital de Cruces, unidades de daño cerebral adquirido...) con el fin de solicitar las ayudas desde "Gizatek" para adquirir productos de apoyo para aumentar la autonomía e ir adaptando el domicilio antes del alta hospitalaria.</p> <p>Determinar el cauce de recepción de las solicitudes derivadas desde la Unidad Hospitalaria correspondiente.</p> <p>Favorecer la comunicación entre el equipo de Trabajo Social del Hospital de referencia y el servicio de valoración de dependencia.</p> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agilizar los trámites de solicitud de valoración de dependencia aun estando en el hospital en situación de inestabilidad clínica para asegurarse un retorno al domicilio adaptado.</li> <li>2. Avanzar en el desarrollo de planes de atención y planteamiento de servicios y prestaciones que permitan un retorno a domicilio.</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social (Servicio de Valoración y Orientación y Servicio de Atención en el Hogar). Osakidetza. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces (EEC) (Unidad de Lesionados Medulares H. Cruces). Hospital de Gorliz. Mancomunidades y Ayuntamientos de Bizkaia (servicios sociales).</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creación de grupo de trabajo con unidad de lesión medular de Cruces y resto de agentes implicados.</li> <li>2. Avanzar en el protocolo para la mejora de apoyos en el retorno a domicilio tras ingreso sanitario o sociosanitario.</li> <li>3. Valorar la adaptación del protocolo a diferentes perfiles.</li> </ol>
<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porcentaje de personas ingresadas en la unidad de lesión medular que han participado en un plan de retorno a domicilio.</li> <li>- Nº de reuniones del grupo de trabajo.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de grupo de trabajo con la OSI de Ezkerraldea (unidad de lesión medular del Hospital de Cruces).</li> <li>- Desarrollo del procedimiento para la mejora de apoyos en el retorno a domicilio tras ingreso sanitario o sociosanitario.</li> </ul>	





**Título | A7** – Apoyos desde la coordinación sociosanitaria para la atención integral a personas en situación de final de vida en domicilio

**Prioridad estratégica |** Atención sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Lourdes Zurbanobeaskoetxea Magdalena Presmanes Ramón Herrería</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>enero 2024</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>El desarrollo de los proyectos de vida personales, también en las fases finales de la vida, requiere aunar los esfuerzos para que los apoyos que se precisan puedan prestarse como la persona desea y en el lugar que la persona elija.</p> <p>Este proyecto va dirigido a quienes desean la permanencia en el hogar todo lo posible, utilizando metodologías de la ACP (historia de vida, respeto a los valores y preferencias, planes de vida, profesionales y apoyos según las decisiones y voluntades anticipadas) alineado con el "Plan estratégico de cuidados paliativos de Euskadi 2023-2027", del departamento de Salud.</p> <p>Las personas que presentan enfermedades con expectativa de vida breve, en muchas ocasiones requieren de respuestas muy ágiles, coordinadas y accesibles, por lo que es fundamental la coordinación de todas las actuaciones y de las instituciones y organizaciones que las deben desarrollar.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detectar las situaciones con expectativa de vida breve con necesidad de apoyos.</li> <li>2. Avanzar en la planificación de decisiones y cuidados en estas situaciones.</li> <li>3. Prestar apoyos es fundamental para que la persona en dicha situación pueda seguir con su proyecto de vida, con los apoyos que necesite para permanecer en el domicilio que elija en la etapa final de la vida.</li> <li>4. Proveer una respuesta integrada mediante la coordinación de servicios sociales y sanitarios.</li> </ol> <p><b>Resultados esperados</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer proyecto piloto desde un centro etxeTIC para elaboración de protocolo de coordinación para atención a personas en situación de expectativa de vida breve y necesidad urgente de apoyos.</li> <li>2. Ahondar en los procesos de planificación de decisiones y cuidados en el entorno domiciliario.</li> <li>3. Desarrollar un proceso sociosanitario que permita atender de manera integrada a personas en procesos de final de vida proporcionando los apoyos que precise para que pueda permanecer en el hogar elegido con garantías de calidad.</li> </ol>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Diputación Foral de Bizkaia. Servicio de Valoración y Orientación y Servicio para Atención en el Hogar. Osakidetza. Departamento de Salud. Departamento de Empleo, Justicia y políticas Sociales. (Teleasistencia). Ayuntamientos y mancomunidades de Bizkaia (servicios sociales municipales). Entidades del tercer sector que dirigen su actividad a este ámbito. Coordinación Sociosanitaria Territorial de Bizkaia.</p> <p><b>Acciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer sistema de comunicación sociosanitaria en la identificación precoz de casos con necesidades de cuidados paliativos.</li> <li>2. Definir ámbito de trabajo para el proyecto piloto (zona geográfica, perfil de personas valorando posible inclusión de personas sin hogar, etc...).</li> <li>3. Establecer grupo de trabajo con agentes involucrados.</li> <li>4. Elaborar las bases de coordinación sociosanitaria en el proyecto piloto.</li> </ol>

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porcentaje de personas en situación de final de vida en domicilio detectadas por el sistema de salud que han recibido una atención integral y coordinada en el marco del proyecto.</li> <li>- Número de profesionales implicados en la elaboración y seguimiento de los planes de atención individualizados en este proyecto.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de un proceso sociosanitario para atender, de manera integrada, a personas en proceso de final de vida, proporcionándoles apoyos para permanecer en el hogar.</li> <li>- Puesta en marcha de un piloto, desde un centro etxeTIC, para elaborar un protocolo de coordinación para atención a personas en situación de expectativa de vida breve y necesidad urgente de apoyos.</li> <li>- Evaluación y propuesta de extensión del proyecto piloto.</li> </ul>
---------------------------	--





## I+D+i SOCIOSANITARIA

**Título | D1** - Desarrollo de procesos de evaluación integral de proyectos sociosanitarios

**Prioridad estratégica |** I+D+i sociosanitaria

<p><b>Responsable</b></p> <p>Lourdes Zurbanobeaskoetxea Ramón Herrería</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>marzo 2023</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>Los proyectos sociosanitarios cuentan con sistemas de evaluación que guían la puesta en marcha de las medidas de ajuste necesarias para que las iniciativas sigan respondiendo con calidad las necesidades a las que se dirigen y su evolución.</p> <p>Actualmente hay diferentes modelos de evaluación de proyectos sociosanitarios, entre ellos destaca de modo especial, dentro del modelo de gestión de calidad, la evaluación de procesos, servicios e intervenciones.</p> <p>El actual ecosistema sociosanitario avanza hacia un modelo de atención centrado en la persona y en coherencia con dicho modelo se están desarrollando procesos de evaluación dirigidos a medir los resultados, la calidad tanto del servicio prestado como la calidad de vida de las personas atendidas.</p> <p>La participación directa de todos los agentes implicados es uno de los elementos emergentes en la evaluación de proyectos que abordan realidades complejas.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <p>1. Desplegar una metodología de evaluación centrada en la calidad de vida de las personas atendidas y la participación de todos los agentes implicados. Analizando resultados en personas, cuadro mando sociosanitario, desarrollando indicadores de valor.</p> <p><b>Resultados esperados</b></p> <p>1. Avance en un modelo de evaluación de proyectos sociosanitario que posibilite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procesos de apoyo y seguimiento en la mejora continua desde la evaluación de la calidad de vida de las personas atendidas.</li> <li>- La participación de los agentes implicados.</li> </ul> <p>2. Apoyos para los proyectos de innovación sociosanitarios y la evaluación continua.</p> <p>3. Comunicación accesible a la ciudadanía a través de indicadores de resultados compartidos.</p>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social.</p> <p>Gobierno Vasco. Departamento de Salud.</p> <p>Osakidetza.</p> <p>Entidades privadas y del tercer sector que dirigen su actividad a este ámbito.</p> <p>Profesionales, familias, personas atendidas.</p> <p>Coordinación Sociosanitaria Territorial.</p> <p><b>Acciones</b></p> <p>1. Creación de un grupo de trabajo interinstitucional configurado por técnicos responsables de evaluaciones de proyectos que lidere el proceso de creación de una metodología de evaluación y validación de los resultados.</p>

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de proyectos sociosanitarios en los que se ha aplicado de modo experimental la metodología de evaluación.</li> <li>- Número de reuniones mantenidas.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de un grupo de trabajo interinstitucional para liderar el proceso de creación de una metodología de evaluación y validación de los resultados.</li> </ul>
---------------------------	---





**Título | D2 - Banco de microexperiencias innovadoras**

**Prioridad estratégica | I+D+i sociosanitaria**

<p><b>Responsable</b></p> <p>Lourdes Zurbanobeaskoetxea Ramón Herrería</p>	<p><b>Fecha inicio estimada</b></p> <p>mayo 2024</p>	<p><b>Fecha fin estimada</b></p> <p>diciembre 2026</p>
<p><b>Descripción</b></p> <p>Actualmente hay diferentes iniciativas que buscan desde la innovación ofertar a las personas con necesidades sociosanitarias alternativas innovadoras que aportan mejoras en la calidad de vida. Posibilitar la interrelación entre los y las agentes involucradas en procesos de creación de nuevas propuestas y la transferencia de las experiencias exitosas posibilitará un avance en la atención sociosanitaria.</p>	<p><b>Objetivos que persigue</b></p> <p>1. Impulsar la conexión entre diferentes agentes implicados en proyectos innovadores dirigidos a personas con necesidades sociosanitarias.</p> <p><b>Resultados esperados</b></p> <p>1. Motivar la investigación sociosanitaria y la implicación de profesionales desde microproyectos directamente relacionados con la calidad de vida de las personas con necesidades sociosanitarias.</p>	<p><b>Agentes involucrados</b></p> <p>Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social. Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Osakidetza. Entidades privadas y del tercer sector que dirigen su actividad a este ámbito. Profesionales, familias, personas atendidas. Coordinación Sociosanitaria Territorial. Hospital Santa Marina.</p> <p><b>Acciones</b></p> <p>1. Crear una red de agentes interesados en la creación e implementación de microproyectos innovadores 2. Crear un banco con las experiencias realizadas para compartir con otros agentes interesados 3. Impulsar los proyectos innovadores y su transferibilidad.</p>
<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>Indicador de actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de proyectos innovadores del banco de experiencias innovadoras.</li> </ul> <p><b>Indicador de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de agentes que inician experiencias innovadoras dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas con necesidades sociosanitarias.</li> </ul>	





## 5. CRONOGRAMA

### CRONOGRAMA POSS 2023-2026

Proyectos			2023			2024			2025			2026		
			C1	C2	C3	C1	C2	C3	C3	C2	C3	C1	C2	C3
<b>Gobernanza sociosanitaria</b>	G 1	Gobernanza sociosanitaria. Operativización en Bizkaia												
	G 2	Convenios sociosanitarios para la mejora de la respuesta sociosanitaria territorial												
<b>Interoperabilidad sociosanitaria</b>	I 1	Interconsulta electrónica en la atención primaria sociosanitaria												
	I 2	Interoperabilidad para mejora de la atención en el hogar a personas con necesidades de apoyo y sus familias cuidadoras												
	I 3	Interoperabilidad para avanzar en el Plan de Atención Personalizado (PAP) en Atención Temprana (AT)												
	I 4	Interoperabilidad del Informe de Salud para la valoración de situaciones de dependencia y discapacidad												
<b>Prevención sociosanitaria</b>	P 1	Diagnóstico de necesidades y propuestas de trabajo para coordinación de los programas de la red de inclusión con la RSMB												
	P 2	Desarrollo de una atención integral a víctimas de la violencia machista												
	P 3	Impulso a la implementación, coordinación y seguimiento de la detección de malos tratos en personas mayores												
	P 4	Desarrollo de procesos de apoyo a la desinstitucionalización												
<b>Atención sociosanitaria</b>	A 1	Impulso al desarrollo de proyectos sociosanitarios de ámbito local y comarcal												
	A 2	Centro de atención integral en salud mental infanto-juvenil a adolescentes con medidas de protección												
	A 3	Desarrollo de Centros Comarcales de Referencia (CCR) como apoyo a la atención integral en centros residenciales												
	A 4	Diversificación de perfiles de plazas e itinerarios personalizados en atención sociosanitaria												
	A 5	Desarrollo de la coordinación de caso para la mejora de una atención sociosanitaria coordinada												
	A 6	Protocolo para la adecuación de apoyos para retornos a domicilio tras ingreso sanitario o sociosanitario												
	A 7	Apoyos desde la coordinación sociosanitaria para la atención integral a personas en situación de final de vida en domicilio												
<b>I+D+i sociosanitaria</b>	D 1	Desarrollo de procesos de evaluación integral de proyectos sociosanitarios												
	D 2	Banco de microexperiencias innovadoras												

Nuevo Proyecto Operativo

Proyecto de continuidad del plan de operativo anterior





## 6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL POSS 2023-2026

La evaluación y seguimiento es un **proceso fundamental para la gestión** del POSS 2023-2026. Los indicadores que se utilizan permiten monitorizar las acciones guía del proyecto operativo y medir el progreso en el cumplimiento de los objetivos y metas, y así identificar áreas de mejora o de oportunidad.

La **evaluación y seguimiento del POSS 2023-2026**, se basa en un conjunto de **indicadores** que permiten medir el progreso de cada uno de los proyectos definidos, a partir del cumplimiento de los objetivos y metas del POSS. Estos indicadores se clasifican en dos tipos:

### A) Indicador de actividad

Miden el *grado de cumplimiento de las tareas o acciones previstas en un proyecto*. Se centran en el proceso y en la gestión. Por ejemplo, un indicador de actividad podría ser el número de reuniones realizadas para planificar un proyecto.

### B) Indicador de resultado

Miden *el impacto o el efecto de un proyecto*. Se centran en los objetivos y en los resultados. Por ejemplo, un indicador de resultado podría ser la reducción de la tasa de reingresos hospitalarios en un año.

### Aspectos a tener en cuenta

- 1. Los indicadores de actividad son más fáciles de medir que los indicadores de resultado.**  
Sin embargo, los indicadores de resultado son los que realmente permiten evaluar el impacto de un proyecto. Por lo tanto, es importante que los proyectos incluyan una combinación de indicadores de actividad y de resultado.
- 2. Es importante que los indicadores sean claros, medibles, alcanzables, relevantes y oportunos, adaptados a** los objetivos y características de cada proyecto.





A continuación, se presentan la monitorización de los indicadores que previamente han sido mencionados en las diferentes fichas del apartado 4, enmarcados en sus respectivos objetivos específicos:

## INDICADORES POR ÁREAS ESTRATÉGICAS Y PROYECTOS OPERATIVOS

### Gobernanza

#### **G1 - Gobernanza sociosanitaria. Operativización en Bizkaia**

*Formalizar y adecuar los diferentes órganos y figuras que se contemplan en la gobernanza sociosanitaria al Decreto 150/2022, de 7 de diciembre, que regula la actual gobernanza sociosanitaria de Euskadi.*

##### **Indicador de actividad:**

- Número de agentes/entidades sociosanitarias involucradas en la operativización de la gobernanza sociosanitaria en Bizkaia.
- Número de reuniones de la comisión territorial y comarcales de la gobernanza sociosanitaria en Bizkaia.

##### **Indicador de resultado:**

- Creación del Consejo Territorial de Bizkaia.
- Constitución de la Comisión Sociosanitaria Territorial de Bizkaia.
- Constitución de las subcomisiones comarcales y específicas sociosanitarias de Bizkaia.

#### **G2 - Convenios sociosanitarios para la mejora de la respuesta sociosanitaria territorial**

*Crear de un marco unificado de colaboración financiera común y compartida entre las instituciones con responsabilidad en la atención sociosanitaria en Bizkaia.*

##### **Indicador de actividad:**

- Número de entidades sociosanitarias involucradas.

##### **Indicador de resultado:**

- Establecimiento del marco de financiación destinada al funcionamiento y puesta en marcha del Decreto 150/2022 de gobernanza sociosanitaria.

### Interoperabilidad sociosanitaria

#### **I1 - Interconsulta electrónica para la mejora de la atención primaria sociosanitaria**

*Posibilitar la interconsulta/derivación electrónica entre los Servicios Sociales de atención primaria (Municipal/ Mancomunidad) y/o secundaria (Foral) y la Atención Primaria y/o salud mental del sistema público sanitario.*

##### **Indicador de actividad:**

- Nº de reuniones con el grupo motor para el seguimiento de los avances del plan de pilotaje iniciado.
- Número de nuevos pilotos iniciados en la extensión del proyecto.

##### **Indicador de resultado:**

- Evaluación del proyecto piloto.
- Elaboración del plan de extensión de la interconsulta electrónica entre servicios sociales y salud.





## INDICADORES POR ÁREAS ESTRATÉGICAS Y PROYECTOS OPERATIVOS

### **I2 - Interoperabilidad para mejora de la atención en el hogar a personas con necesidades de apoyos y sus familias cuidadoras**

*Establecer los cauces de interoperabilidad necesarios para el intercambio de la información para una atención más integral en el hogar.*

#### **Indicador de actividad:**

- Propuesta de datos mínimos necesarios a partir de casos de uso para el intercambio de información entre el Dpto. de Salud / Osakidetza y DFB.
- Número de reuniones abordadas con el servicio jurídico para analizar la legalidad del intercambio de datos sensibles entre organizaciones.

#### **Indicador de resultado:**

- Redacción del protocolo de intercambio de información entre profesionales del sistema de servicios sociales y el sanitario.
- Definición del plan funcional para la interoperabilidad en intercambio de datos

### **I3 - Interoperabilidad para avanzar en el Plan de Atención Personalizado (PAP) en Atención Temprana (AT)**

*Coordinar las actuaciones de los sistemas de información de salud, educativo y de servicios sociales para garantizar que cada niña/o y su familia dispongan de un plan de atención personalizado (PAP) compartido en el que se indique la intervención de los tres ámbitos: social, salud y educación.*

#### **Indicador de actividad:**

- Definición de fichas de intercambio de datos que posibiliten la consecución de PAP en AT.
- Número de reuniones abordadas por el grupo de trabajo de Interoperabilidad en AT.
- Definición de herramientas de seguimiento para la interoperabilidad en AT (desarrollos tecnológicos, cronograma...).

#### **Indicador de resultado:**

- Número de PAP en AT definidos a partir de la interoperabilidad sociosanitaria.
- Acuerdo para la codificación de casos en AT en los tres sistemas según la guía de buenas prácticas.

### **I4 - Interoperabilidad del Informe de Salud para la valoración de situaciones de dependencia y discapacidad**

*Extender en toda Bizkaia el modelo consensuado de informe de salud interoperable entre el sistema de servicios sociales y el sistema de Salud.*

#### **Indicador de actividad:**

- Número de reuniones de presentación y planificación de la extensión.
- Estudio de la adaptabilidad del modelo de informe de salud de la valoración de dependencia y discapacidad a las necesidades del informe de salud en otros trámites de servicios sociales
- Número de sesiones formativas on line sobre informe de salud (operativa y contenidos).

#### **Indicador de resultado:**

- Aumento del porcentaje de informes de salud compartidos por la OSI Bilbao-Basurto.
- Número de pilotos iniciados en las diversas OSIs.
- Porcentaje de informes de salud interoperables en cada OSI y la DFB.





## INDICADORES POR ÁREAS ESTRATÉGICAS Y PROYECTOS OPERATIVOS

### Prevención sociosanitaria

#### **P1 - Diagnóstico de necesidades y propuestas de trabajo para coordinación de los programas de la red de inclusión con la red de salud mental de Bizkaia**

*Coordinar acciones entre los programas de la red de inclusión y la red de salud mental de Bizkaia para avanzar en una atención más flexible y de proximidad.*

##### **Indicador de actividad:**

- Definición e identificación de casos de uso de personas usuarias de la Red de inclusión entre sistemas.
- Número de reuniones para evaluar las necesidades y propuestas de trabajo para la coordinación de los programas de la red de inclusión con la RSMB.

##### **Indicador de resultado:**

- Creación de una Comisión con los agentes involucrados que elabore las bases para el trabajo coordinado.
- Elaboración de un protocolo de coordinación entre los programas de la red de inclusión y la RSMB.

#### **P2 - Desarrollo de una atención integral a víctimas de la violencia machista**

*Establecer itinerarios compartidos para la derivación/gestión entre el sistema de salud y el de SS. SS (servicios sociales) para evitar la revictimización de las víctimas de violencia machista y dar apoyos más ajustados a las necesidades sociosanitarias que presentan, desarrollando mecanismos de interoperabilidad digital entre profesionales de atención a víctimas de ambos sistemas.*

##### **Indicador de actividad:**

- Número de reuniones de coordinación realizadas
- Número de casos de gestión compartida realizadas a víctimas de violencia machista.

##### **Indicador de resultado:**

- Definición y puesta en marcha del protocolo de derivación y coordinación de víctimas de violencia machista.
- Desarrollo de herramientas para compartir entre sistemas la información necesaria para la mejora de la atención de los casos de violencia machista.

#### **P3 - Impulso a la implementación, coordinación y seguimiento de la detección de malos tratos en personas mayores**

*Impulsar el uso de la aplicación de la herramienta de prevención y detección de malos tratos a personas mayores desde la coordinación entre las diferentes organizaciones y entidades y avanzar hacia un repositorio común de datos.*

##### **Indicador de actividad:**

- Identificación de referentes sociosanitarios para la implementación del procedimiento de prevención y detección de malos tratos en personas mayores.
- Número de sesiones de trabajo realizadas para revisar criterios de uso de la herramienta y detección de áreas de mejora y establecimiento de objetivos de avance.
- Número de personas mayores a las que se les ha aplicado la herramienta de prevención y detección de malos tratos tanto en servicios sociales como en el sistema de salud.





## INDICADORES POR ÁREAS ESTRATÉGICAS Y PROYECTOS OPERATIVOS

### **Indicador de resultado:**

- Creación del grupo de coordinación de personas responsables de la implementación del procedimiento y seguimiento de la detección de malos tratos.
- Definición del protocolo de coordinación.
- Creación de un Repositorio Común de datos para la detección de casos de malos tratos a personas mayores.

### **P4 - Desarrollo de procesos de apoyo a la desinstitucionalización**

*Promover las bases que posibiliten nuevas maneras de abordar procesos seguros de desinstitucionalización a través de un itinerario de atención con apoyos sociosanitarios suficientes, identificando las dificultades y barreras en los itinerarios de salida de recursos de atención de alta intensidad (hospitalización prolongada, ingreso residencial urgente, ...) así como facilitadores y buenas prácticas.*

### **Indicador de actividad:**

- Número de personas que han recibido apoyo para la desinstitucionalización.
- Número de profesionales implicados en el apoyo a la desinstitucionalización.
- Número de acciones encaminadas al impulso de la estrategia de apoyo a la desinstitucionalización en Bizkaia.
- Informe trimestral de la subcomisión de salud mental respecto a personas pendientes de asignación de plaza para recursos sociosanitarios destinados a personas con trastorno mental grave.

### **Indicador de resultado:**

- Puesta en marcha del grupo de trabajo para analizar la situación actual y elaborar un plan de acción.
- Piloto de activación de protocolo de apoyo a la salida de hospital psiquiátrico de media estancia prolongada en coordinación con las redes de atención primaria y secundaria y el tercer sector.

## **Atención sociosanitaria**

### **A1 - Impulso al desarrollo de proyectos sociosanitarios de ámbito local y comarcal**

*Avanzar en el desarrollo de la coordinación sociosanitaria en el nivel más local y comarcal impulsando los proyectos alineados con la estrategia de atención sociosanitaria y el POSS de Bizkaia.*

### **Indicador de actividad:**

- Número de entidades de ámbito local y comarcal que participan en proyectos sociosanitarios.
- Número de personas participantes en proyectos sociosanitarios de ámbito local y comarcal.

### **Indicador de resultado:**

- Número de proyectos sociosanitarios anualmente impulsados y puestos en marcha.

### **A2 - Centro de atención integral en SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL a adolescentes con medidas de protección**

*Atender a personas menores de edad, con medida de protección adoptada por la DFB, que precisen un acogimiento residencial especializado en salud mental Infanto-juvenil en episodios de crisis, para su estabilización, atención integral y posible retorno a familia o centros de origen en condiciones de estabilidad.*





## INDICADORES POR ÁREAS ESTRATÉGICAS Y PROYECTOS OPERATIVOS

### **Indicador de actividad:**

- Número de adolescentes con medidas de protección atendidos en el centro.

### **Indicador de resultado:**

- Creación de un equipo sociosanitario de seguimiento y valoración de las acciones/medidas de mejora en el futuro.
- Creación del Centro de Atención Integral en Salud Mental infanto-juvenil.

### **A3 - Desarrollo de Centros Comarcales de Referencia (CCR) como apoyo a la atención integral en centros residenciales**

*Desarrollar y extender de los centros comarcales de referencia, como recurso sociosanitario de apoyo a la atención residencial, desde el impulso de modelos centrados en las personas y sus derechos, en la toma de decisiones respecto a sus cuidados, clarificando los circuitos asistenciales y escenarios de derivación.*

### **Indicador de actividad:**

- Número de CCR en Bizkaia
- Número de profesionales multidisciplinares que prestan apoyo a los centros residenciales desde los CCR.
- Número de residencias en las que se han implantado procesos apoyados desde los CCR

### **Indicador de resultado:**

- Extensión del proyecto de coordinación sociosanitaria para la atención a personas que viven en centros residenciales en el conjunto de los centros residenciales de Bilbao.
- Extensión del proyecto al menos con un piloto en cada OSI o sector de Servicios Sociales de Bizkaia.

### **A4 - Diversificación de perfiles de plazas e itinerarios personalizados en atención sociosanitaria**

*Avanzar en la personalización (clasificación, urgencia y gestión de tiempos) de los itinerarios de atención sociosanitaria, según los diferentes niveles de intensidad de atención requeridos, mejorando los tránsitos para la salida al alta y creando apoyos personalizados (domiciliaria, comunitario, tecnológicos, apoyos personalizados) alternativos a la URSS.*

### **Indicador de actividad:**

- Creación del grupo de trabajo integrado en la subcomisión específica correspondiente.
- Análisis de itinerarios para personas con diferentes necesidades sociosanitarias (casos de uso).
- Diseño de tránsitos (de solicitud, acceso y de salida) a plazas sociosanitarias.

### **Indicador de resultado:**

- Informe de análisis de itinerarios y propuestas
- Reducción de estancias medias en personas con alta clínica y necesidades de apoyo para dicha alta.
- Establecimiento de proyecto piloto de itinerarios alternativos al ingreso en URSS





## INDICADORES POR ÁREAS ESTRATÉGICAS Y PROYECTOS OPERATIVOS

### **A5 - Desarrollo de la coordinación de caso para la mejora de una atención sociosanitaria coordinada**

*Avanzar en la detección de necesidades sociosanitarias globales, planificando y consensuando la valoración sociosanitaria y plan de actuación conjuntos entre la atención primaria de servicios sociales y de salud, la coordinación de caso de la DFB y la prestación del servicio etxeTIC de apoyo a la permanencia en el hogar.*

#### **Indicador de actividad:**

- Número de personas identificadas en el e-informe social con necesidad de coordinación de caso.
- Identificación de profesionales de referencia y cauces de comunicación necesarios.
- Definición de los indicadores que determinan la necesidad de una actuación sociosanitaria conjunta.

#### **Indicador de resultado:**

- Elaboración de un procedimiento conjunto de detección de necesidades sociosanitarias, comunicación entre profesionales de los dos sistemas y coordinación para elaboración de planes de atención sociosanitarios.

### **A6 - Protocolo para la mejora de apoyos para retornos a domicilio tras ingreso sanitario o sociosanitario**

*Agilizar el proceso de adaptación del hogar y la adquisición de productos de apoyo necesarios para aquellos/as pacientes ingresado/as en unidades hospitalarias tales como (unidad de lesión medular del Hospital de Cruces, unidades ELA...) con el fin de no demorar el retorno al domicilio tras el alta hospitalaria.*

#### **Indicador de actividad:**

- Porcentaje de personas ingresadas en la unidad de lesión medular que han participado en un plan de retorno a domicilio.
- Número de reuniones del grupo de trabajo

#### **Indicador de resultado:**

- Creación de grupo de trabajo con la OSI de Ezkerraldea (unidad de lesión medular del Hospital de Cruces).
- Desarrollo del procedimiento para la mejora de apoyos en el retorno a domicilio tras ingreso sanitario o sociosanitario.

### **A7 - Apoyos desde la coordinación sociosanitaria para la atención integral a personas en situación de final de vida en domicilio**

*Detectar y proveer una respuesta integrada ante situaciones con expectativa de vida breve coordinando apoyos desde los servicios sociales y sanitarios para que la persona en dicha situación pueda seguir con su proyecto de vida, con los apoyos que necesite para permanecer, en lo posible, en el domicilio que elija en la etapa final de la vida.*

#### **Indicador de actividad:**

- Porcentaje de personas en situación de final de vida en domicilio detectadas por el sistema de salud que han recibido una atención integral y coordinada en el marco del proyecto.
- Número de profesionales implicados en la elaboración y seguimiento de los planes de atención individualizados en este proyecto





## INDICADORES POR ÁREAS ESTRATÉGICAS Y PROYECTOS OPERATIVOS

### **Indicador de resultado:**

- Desarrollo de un proceso sociosanitario para atender, de manera integrada, a personas en proceso de final de vida, proporcionándoles apoyos para permanecer en el hogar.
- Puesta en marcha de un piloto, desde un centro etxeTIC, para elaborar un protocolo de coordinación para atención a personas en situación de expectativa de vida breve y necesidad urgente de apoyos.
- Evaluación y propuesta de extensión del proyecto piloto

### **I+D+i sociosanitaria**

#### **D1 - Desarrollo de procesos de evaluación integral de proyectos sociosanitarios**

*Desplegar una metodología de evaluación centrada en la calidad de vida de las personas atendidas y la participación de todos los agentes implicados. Analizando resultados en personas, cuadro mando sociosanitario, desarrollando indicadores de valor.*

### **Indicador de actividad:**

- Número de proyectos sociosanitarios en los que se ha aplicado de modo experimental la metodología de evaluación.
- Número de reuniones mantenidas.

### **Indicador de resultado:**

- Creación de un grupo de trabajo interinstitucional para liderar el proceso de creación de una metodología de evaluación y validación de los resultados.

#### **D2- Banco de microexperiencias innovadoras**

*Impulsar la conexión entre diferentes agentes implicados en proyectos innovadores dirigidos a personas con necesidades sociosanitarias.*

### **Indicador de actividad:**

- Número de proyectos innovadores del banco de experiencias innovadoras

### **Indicador de resultado:**

- Número de agentes que inician experiencias innovadoras dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas con necesidades sociosanitarias



