

Factores clave y buenas prácticas en coordinación e innovación sociosanitaria

Exposición en el IV Congreso Internacional sobre Dependencia y Calidad de Vida, organizado por la Fundación Edad & Vida en Barcelona (mesa sobre “Experiencias de éxito de servicios sociales y sanitarios integrados”, 30 de octubre de 2013)*.

Fernando Fantova
Consultor social
www.fantova.net

(versión a 18 de octubre de 2013)

0. Resumen

Se utilizará un esquema de tres niveles (gobierno, gestión e intervención) para intentar presentar tipos de experiencias que pudieran resultar interesantes y, especialmente, innovadoras en lo que toca a la convergencia entre los servicios sanitarios y los servicios sociales en nuestro entorno cercano. Leyendo dichas prácticas, se reflexionará sobre los elementos políticos, organizativos u operativos que pueden estar impulsando u obstaculizando la eficacia del trabajo conjunto entre ambos sectores o la integración de ambos tipos de actividades, con especial atención a las oportunidades que puede brindar el proceso de conceptualización de los servicios sociales y de estructuración del

* Esta exposición es una primera versión de un futuro artículo que se presenta en el marco de este congreso para su contraste y enriquecimiento.

sistema público de servicios sociales y la incorporación de un enfoque personalizado, ecológico, inclusivo, domiciliario y comunitario a la atención sociosanitaria, así como la gestión de la diversidad y basada en la evidencia. Se subrayará, por otra parte, el interés de potenciar las interacciones y sinergias entre las políticas de investigación, desarrollo e innovación y las políticas de coordinación e integración sociosanitaria, rescatando la importancia de proyectos tractores en áreas estratégicas como la atención temprana, los cuidados paliativos, los cuidados de larga duración, la teleasistencia o la gestión de casos.

1. Introducción

La circunstancia de acabar de salir de cuatro años de responsabilidades políticas en el Gobierno Vasco, donde he trabajado como viceconsejero de Asuntos Sociales y como director para la puesta en marcha de Etorbizi (Fundación Vasca para la Innovación Sociosanitaria) (etorbizi.net) me aporta, seguramente, algún bagaje para tratar el tema que se me ha propuesto. A la vez, sin embargo, debe entenderse que, desde mi recobrada posición como consultor independiente, no puedo hacer la presentación que haría si hablara con representación institucional ni brindar informaciones concretas que, lógicamente, puede ofrecer quien la ostenta.

Entiéndase pues, esta exposición como un repaso personal en voz alta de lo que creo haber aprendido, encontrado y reflexionado sobre coordinación e innovación sociosanitaria, en un momento de mi trayectoria en el que, por otra parte, todavía no me he reincorporado satisfactoriamente al diálogo de la comunidad científica y académica. Eso condicionará el estilo del trabajo. Para referencias más precisas y abundantes de los aportes de la mencionada comunidad científica y académica (de la que me nutro), me remito a otros documentos que están o pueden estar próximamente en mi página web.

2. Marco de referencia, análisis de la situación, planteamiento de las políticas y enfoque de futuro

No me parece ocioso empezar dedicando un instante a fijar cuál es, desde mi punto de vista, el concepto de lo sociosanitario, sobre todo porque entiendo que, con cierta frecuencia, se simplifica o distorsiona. Diré, entonces, que asumo un marco conceptual en el que cabe hablar de necesidades sociosanitarias cuando las necesidades de prevención, atención o, en general, intervención correspondientes a los servicios sanitarios y las correspondientes a los servicios sociales se presentan en las mismas personas y entornos de forma duradera o intensa y próxima o conectada. Muchas veces se asocia la existencia de necesidades sociosanitarias con la presencia conjunta de la dependencia funcional (o, más en general, de la discapacidad) y de las enfermedades crónicas, especialmente vinculada a los procesos de envejecimiento; sin embargo, entiendo que la realidad es más compleja y más diversa.

Y es que, tal como he propuesto extensamente (Fantova, 2008b), entiendo que la evolución lógica de los servicios sociales los llevaría, hoy y aquí, a definirse como servicios dedicados a la protección y promoción de la interacción humana, entendida como el ajuste dinámico entre autonomía funcional e integración relacional. No es éste el momento de profundizar en ello pero, desde esa propuesta, no cabe entender que el *negocio* de los servicios sociales sea, sin más, la atención a la dependencia funcional (cabría decir que es *más* y es *menos* que eso).

Así pues, diríamos que lo común entre las diferentes poblaciones que son consideradas destinatarias de la atención sociosanitaria es que necesitan simultánea e intensamente de la protección y promoción de la salud (objeto del sector sanitario) y de la protección y promoción del ajuste dinámico entre autonomía funcional e integración relacional (objeto del sector de los servicios sociales).

Pasando a un análisis muy general de la situación actual al respecto por aquí, diría que mi percepción nítida, intensa e insistente es que los cambios sociales que reclaman una cada vez mayor coordinación, integración e innovación sociosanitaria van bastante más deprisa que nuestra capacidad, como agentes responsables, de avanzar en esa coordinación, integración e innovación sociosanitaria.

Son diversos y, seguramente, legítimos los análisis que cabe hacer al respecto pero, a mi entender, el principal factor que dificulta, en este momento el desarrollo de la atención sociosanitaria tiene que ver, fundamentalmente, con las dificultades que está experimentando la estructuración y desarrollo del sistema público de servicios sociales en nuestro entorno. Así, por ejemplo, lo reflejan Leichsenring y otras, hablando específicamente de los cuidados de larga duración en un amplio conjunto de países europeos, cuando se refieren a las “las idiosincrasias y contradicciones por las cuales los cuidados de larga duración continúan marcados. Esto concierne en particular a los borrosos límites entre el trabajo pagado y no pagado, entrenado y no entrenado, formal e informal e incluso entre el cuidado legal e ilegal” (Leichsenring y otras, 2013: 8-9).

Entiendo que la convergencia entre la labor del sector de la sanidad y del sector de los servicios sociales reclama una menor asimetría entre ambos sectores, menor asimetría que, fundamentalmente, viene exigida por los enormes y rápidos cambios en el perfil de las necesidades de la población (sobre el cual no nos podemos extender ahora). El *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España* habla de “equiparación entre sectores” y de “necesario reequilibrio entre los sistemas sanitario y social” (Gobierno de España, 2011: 279).

Lógicamente, este análisis enlaza con el marco de referencia que acabo de bosquejar y supone tanto como decir que me parece evidente que en nuestra sociedad son mucho más crecientes aquellas necesidades que corresponden a

los servicios sociales (es decir, las que tienen que ver con el acoplamiento dinámico entre la autonomía funcional y la integración relacional de las personas), dándose la paradoja de que la garantía de cobertura o respuesta de dichas necesidades crecientes y crecientemente críticas es muy inferior a la garantía de cobertura o respuesta de las necesidades sanitarias (relacionadas con la salud) de dichas personas (salvando que, en nuestro país, esta garantía se está deteriorando en los últimos años, especialmente para las personas inmigrantes en situación jurídica irregular).

Aunque pudiera considerarse obvio, diré que no sugiero, desde este análisis, que proceda disminuir la garantía de cobertura o respuesta de las necesidades sanitarias, sino que la calidad de vida de las personas con necesidades sociosanitarias reclama un esfuerzo especial en lo tocante a la garantía de cobertura o respuesta de las necesidades atinentes a los servicios sociales como condición necesaria, en muchos casos, de una adecuada coordinación o integración sociosanitaria en el marco de una atención integral centrada en la persona (Casado, 2011: 204).

Es más, creo que es evidente para la mirada o abordaje de carácter sociosanitario que la propia efectividad y eficiencia de las prestaciones e intervenciones propias del sistema sanitario se está viendo comprometida (sobrecargada, deteriorada, distorsionada) por las carencias de las personas, familias y comunidades en lo tocante al ajuste entre su autonomía funcional e integración relacional. Dicho ajuste debe ser visto, a mi entender, como un bien protegible no menos relevante que la salud y notablemente relacionado con ella.

En todo caso, a partir de los planteamientos y análisis recogidos hasta el momento, deseo señalar, siquiera brevemente, que hago una apuesta nítida en cuanto a las políticas públicas de referencia en el siguiente sentido:

- Desecho la creación o promoción de un sector de actividad (y, específicamente, de un sistema público de servicios) sociosanitario sino que entiendo que los servicios sociosanitarios integrados formarán parte de un sistema o del otro (y de un sector o del otro) y que la dinámica o ámbito de coordinación sociosanitaria será una dinámica o ámbito intersectorial (entre ambos sistemas, y también con otros). Refiriéndose a los cuidados de larga duración, Leichsenring y otras señalan que “el reto para el siglo XXI seguirá siendo como designar redes integradas para organizar cuidados de larga duración centrados en la persona usuaria en sinergia con los recursos de los servicios sanitarios y sociales” (Leichsenring y otras, 2013: 331).
- Apuesto por una relación de simetría y equidad entre ambos sistemas públicos (y entre ambos sectores de actividad) sabiendo que ello obliga a una acción positiva en favor del sistema (y sector) de los servicios sociales que le ayude a ir equiparándose en términos de: garantía pública de derechos, financiación, gestión de recursos, estructuración, I+D+i...
- Considero el ámbito sociosanitario (y de forma especial el abordaje de lo relacionado con el envejecimiento) un ámbito de oportunidad prioritario para la inversión público-privada por su impacto en términos de calidad de vida, desarrollo comunitario, bienestar social, construcción de conocimiento, valor añadido, gobernanza ética, creación de empleo y competitividad económica para un país como el nuestro.

Hemos de ser conscientes además de que, hoy y aquí, la pregunta sociosanitaria se plantea en un contexto de presión política y cuestionamiento intelectual en relación con la sostenibilidad de nuestro sistema de bienestar que, por otra parte, tiene sus propias debilidades y disfunciones internas. En ese contexto, el ámbito sociosanitario, como lugar de encuentro (entre profesionales sanitarios y de los servicios sociales, pero también de industrias proveedoras o de la academia) ofrece una oportunidad valiosa tanto para recoger lecciones aprendidas en el despliegue del sistema y el sector sanitario (más basado en el conocimiento y la evidencia, más estructurado) como para identificar oportunidades que ofrece un sistema y un sector (más en

construcción, más flexible y diverso) como es el de los servicios sociales. La innovación sociosanitaria no tiene por cometido dar respuesta a dicha presión y cuestionamiento, pero sí puede aportar propuestas y programas creativos, eficientes y de calidad que ayuden a tomar mejores decisiones políticas y ciudadanas. (ANAP, 2013: 47-49).

Y es que, ciertamente, si algo me ha demostrado la experiencia de mis últimos años de trabajo, es que el ámbito sociosanitario existe, es decir, que existen preocupaciones, intereses, lenguajes, conversaciones, proyectos y procesos compartidos entre personas y organizaciones de diferentes sectores de actividad que confluyen con facilidad y compromiso en torno a las personas con necesidades sociosanitarias, sus itinerarios vitales, sus demandas y las oportunidades al respecto. Sea como fuere, el tsunami que ya tenemos encima (Fundación Edad & Vida, 2012: 4-5), colocando como problema social de primer orden de forma inminente el desajuste sistémico entre el conjunto diverso de personas con limitaciones funcionales y la disponibilidad de apoyos familiares y comunitarios, reclama sin duda una respuesta a la altura de las circunstancias. Y no cabe duda de que la coordinación e innovación sociosanitaria es una parte imprescindible de dicha respuesta.

3. Principales retos y respuestas en coordinación e innovación sociosanitaria

Entiendo que dicha coordinación e innovación se realiza necesariamente en tres niveles interconectados entre sí:

- En el nivel de las políticas, de la gobernanza, de las estrategias *macro*.
- En el nivel *meso* de la organización y la gestión.
- En el nivel *micro* de la intervención operativa, de la atención, de la entrega y utilización de los productos y servicios.

He utilizado un esquema de este estilo en otras ocasiones (Fantova, 2008a) y es similar al utilizado en textos de referencia sobre coordinación sociosanitaria.

Así el Ararteko habla de nivel estructural, nivel organizativo y nivel de la intervención (Ararteko, 2008: 26). El Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España utiliza esquemas algo diferentes cuando habla de innovación organizativa, asistencial y tecnológica o, cuando tiene en cuenta el sistema “normativo, organizacional, asistencial, de gestión, de formación de los profesionales, de financiación, de sistemas de información y de evaluación de la calidad” (Gobierno de España, 2011: 217).

3.1. Nivel de las políticas, de la gobernanza, de las estrategias *macro*

Frecuentemente hemos escuchado (y es lógico) que la coordinación entre la sanidad y los servicios sociales debe comprenderse y desarrollarse en un marco más amplio de coordinación de todos los sectores y sistemas del bienestar entre sí. Dicho de otro modo, no cabe pensar en un avance sólido de la coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales si no entran en juego, también, los servicios educativos, el sector de la vivienda, los servicios de empleo, la garantía de ingresos...

En este punto, podríamos decir, la innovación sociosanitaria es innovación normativa y, en general, política, en varios sentidos.

Uno de ellos es el que tiene que ver con el diseño del conjunto del sistema de protección o bienestar social y la articulación de los grandes pilares verticales (sanidad, educación, servicios sociales...), de las diferentes políticas transversales (que tienen que ver en buena medida con la gestión de la diversidad familiar, funcional, generacional, cultural, sexual...) y de la arquitectura institucional facilitadora del trabajo intersectorial a todas las escalas.

Por otro lado, el relanzamiento, reforma, transformación o reinvención (según se quiera) del sistema de bienestar ha de basarse en la aplicación de enfoques o principios comúnmente admitidos por la comunidad científica, profesional e institucional de referencia pero cuya *traducción* práctica y combinada no resulta

sencilla. En todo caso, se trata de principios o enfoques clave a la hora de diseñar el modelo de atención sociosanitaria. Nos referimos a conceptos como, al menos:

- Diseño para todas las personas, que trata de que las políticas, programas, servicios y entornos sean realmente inclusivos y accesibles (en todos los sentidos), en términos de equidad, para todas y cada una de las personas en sus trayectorias vitales.
- Enfoque ecológico y comunitario (Casado, 2011: 213-239), que busca que las políticas públicas y las intervenciones profesionales sean sinérgicas con el desarrollo y fortalecimiento de los lazos familiares y relacionales en general (también llamados informales), considerados como bienes valiosos para la calidad de vida de las persona (en todas las etapas de su ciclo vital) y la sostenibilidad social, muy vinculada al domicilio y al entorno habitual y deseado por las personas.
- Prevención, entendida como la intervención que elimina o disminuye la necesidad de una posterior atención: enfoque absolutamente clave para el abordaje racional y eficiente de la problemática relacionada con la discapacidad, la cronicidad y el envejecimiento.
- Activación y corresponsabilidad, intentando superar los efectos perversos, dependencias inducidas o disfunciones distributivas que en ocasiones han desencadenado políticas sociales de corte asistencialista o tecnocrático.
- Sostenibilidad, entendiendo que toda política o intervención de protección social debe contemplar, simultáneamente, su efecto en la creación de empleo y riqueza que contribuya a su sostenimiento.

Entiendo, por tanto, que la aplicación de estos enfoques facilita la coordinación sociosanitaria y viceversa: que la coordinación sociosanitaria impulsa la aplicación de dichos principios. Más en concreto y esquemáticamente, diremos que en este plano o nivel interesa especialmente lo que tenga que ver con:

- El diseño de las unidades organizativas de ambos sistemas públicos (sanitario y de servicios sociales) y su despliegue y zonificación en el territorio para facilitar la coordinación intersectorial, el trabajo en red y la gestión de casos.
- El establecimiento y revisión de los requisitos de acceso a las prestaciones y servicios.
- Las formas de participación y colaboración de las administraciones públicas, el tercer sector o las empresas mercantiles en los diferentes eslabones de la cadena de valor de la atención sociosanitaria: planificación, prestación de unos u otros servicios, compra de servicios, control y evaluación...
- Las formas de abordar el mix de financiación de los servicios con componentes como: financiación pública sanitaria, financiación pública de servicios sociales, participación económica de las personas usuarias, financiación mutualista o cooperativa...
- Segmentación o estratificación sociosanitaria de la población y planificación y evaluación del despliegue de los servicios.
- La gobernanza de la atención e innovación sociosanitaria: estructuras y dinámicas de coordinación interinstitucional, liderazgo colaborativo orientado al aprendizaje...

Entiendo que las asunciones básicas de la política sociosanitaria y de la política de I+D+i sociosanitaria debieran ser objeto de análisis, comparación y revisión, pudiendo modificarse a partir de la evidencia de sus resultados e impacto. Para este tipo de investigación, desarrollo e innovación resulta inexcusable, a mi entender, el enfoque de las políticas comparadas, realizable en la medida en que hay acceso significativo a información clave procedente de otros lugares del mundo y capacidad instalada para su procesamiento con sentido, utilidad y mirara abarcadora y de largo plazo.

A este respecto, no cabe pasar por alto la situación que se está viviendo en este momento en España en el que se anuncia la voluntad del Gobierno de alterar de forma importante el reparto competencial existente en los sistemas

públicos de servicios (disminuyendo fuertemente el papel de los Ayuntamientos). Sin entrar ahora a valorar la propuesta en sí, llama la atención que esta propuesta se haga en el marco del debate sobre el régimen local y no en el marco específico de los servicios sociales.

3.2. Nivel meso de la organización y la gestión

El nivel meso de la organización y la gestión dispone de una cierta autonomía dentro del marco dado por la normativa y planificación establecida a nivel *macro*. De hecho, es deseable que las alternativas relacionadas con la arquitectura de los sistemas públicos y, en general, de las redes de servicios y organizaciones que posteriormente tomarían forma a nivel *macro* se ensayen o piloten en determinados lugares antes de generalizarse para todo un territorio.

Estoy hablando en este nivel, singularmente, de la configuración de los que podrían llamarse microsistemas (Schalock, 2008) sociosanitarios, entendidos como conjuntos articulados de servicios y, en general, de unidades organizativas correspondientes a una determinada demarcación territorial (que puede ser una parte de un municipio, un determinado municipio, una comarca...). Para que hablemos de un microsistema, la articulación e interacción entre las unidades organizativas (tanto correspondientes al sistema sanitario como al sistema de servicios sociales) debe ser suficientemente formalizada y estable, aunque comparable y revisable, sin duda.

En esos microsistemas sociosanitarios parece resultar crítica no sólo la convergencia (trabajo coordinado, experiencias de integración...) entre el sector sanitario y el sector de los servicios sociales, sino también la convergencia o colaboración entre la atención primaria (tanto de sanidad como de servicios sociales) y la atención secundaria (tanto de servicios sociales como de sanidad) (Ararteko, 2008: 25).

Cuando hablamos de experimentar y aprender con microsistemas, nos referimos, por tanto, a experiencias suficientemente prolongadas y organizadas

de funcionamiento conjunto entre sectores y entre niveles, aunque sin modificar, al menos todavía, el marco normativo o las directrices políticas de aplicación general al conjunto del país.

En nuestro entorno, ha de decirse, se ha avanzado más en lo tocante a microsistemas sanitarios (integrando el trabajo de primaria y secundaria) que a microsistemas sociosanitarios. Todavía más por hacer, hasta donde sabemos, está la experiencia de incorporar a los microsistemas a iniciativas, recursos, programas u organizaciones comunitarias, sociales o empresariales no pertenecientes a los sistemas públicos.

Dentro del marco de un trabajo en clave de microsistemas o como pasos previos para la configuración de microsistemas sociosanitarios, cabría referirse a iniciativas relacionadas con:

- El establecimiento de sistemas de ventanilla (o puerta de entrada o acceso) única de carácter sociosanitario, unida al diseño de itinerarios lógicos de las personas entre diferentes servicios, sistemas, niveles...
- La estructuración, dinamización y desarrollo de equipos de atención primaria sociosanitaria.
- La experimentación de sistemas de gestión compartida e integración conceptual y operativa de la información sociosanitaria tanto en el momento del diagnóstico o valoración de la persona como en la recogida, gestión e informatización de la información histórica acerca de la intervención y sus efectos.
- La generación de espacios para la experimentación e infraestructuras para el conocimiento.
- El desarrollo y aplicación de las tecnologías avanzadas de la información y la comunicación para la gestión de la coordinación sociosanitaria.
- Los trabajos en relación con los roles, perfiles, actitudes, valores y competencias profesionales que se requieren en el ámbito sociosanitario,

con especial atención a las dinámicas de trabajo multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar.

- Los modelos de evaluación de servicios, programas y proyectos sociosanitarios.
- Los modelos de gestión de la información, documentación y conocimiento, basados en las tecnologías avanzadas de la información y comunicación y el trabajo en red.
- Los modelos de negocio en la atención sociosanitaria.

No cabe duda de que los procesos de gestión y la articulación de estructuras organizativas tienen elementos y se sirven de aprendizajes comunes a los diferentes sectores de actividad. Existen, sin embargo, también conocimientos y tecnologías de especial utilidad sectorial que, frecuentemente, han surgido de los propios sectores de actividad. La organización y gestión de la atención sociosanitaria, lógicamente, puede servirse de la mayor trayectoria y experiencia de I+D+i en organización y gestión del sector sanitario pero debe mirar también al de los servicios sociales (en el que hay una mayor experiencia y bagaje, por ejemplo, en lo que tiene que ver con la participación de las personas usuarias o de la comunidad) y, en todo caso, generar conocimiento y aplicaciones propias desde y para el ámbito sociosanitario, que también serán de utilidad para otros ámbitos de coordinación intersectorial.

3.3. Nivel *micro* de la intervención operativa, de la atención, de la entrega y utilización de los productos y servicios

Donde la coordinación, integración e innovación sociosanitaria, en todo caso, encuentra su verdadera *prueba del nueve* es, sin duda, en el encuentro con la persona usuaria o destinataria de carne y hueso en la que ha de centrarse. Entre los tres planos mencionados, posiblemente es en éste en el que se da una mayor asimetría, en términos de conocimiento y tecnología, entre el sector sanitario y el sector de los servicios sociales. Se mire como se mire, no hay parangón entre las ciencias y profesiones de la salud (y, singularmente, la medicina) y las relacionadas con la intervención social.

Ello ha de suponer, a mi entender, un acicate para el fortalecimiento científico, académico, profesional, competencial, técnico y tecnológico de las diferentes disciplinas implicadas en la intervención social, entre las cuales la más referencial o, dicho de otra manera, la más llamada a ejercer un liderazgo sería, a mi entender, el trabajo social, sin olvidar otras como la educación social, la psicología...

En cualquier caso, afortunadamente, el mundo de la I+D+i (fundamental en la construcción y gestión de conocimiento) no está obligado a respetar religiosamente las fronteras entre las ciencias, disciplinas y profesiones e incluso puede generar y posicionar conocimientos, tecnologías y aplicaciones híbridas que incluso contribuyan a redibujar el mapa del conocimiento, borrando fronteras o, al menos, haciéndolas más porosas.

Como buenas prácticas (y retos y respuestas) principales en este plano o nivel, identifico los siguientes:

- Diseño, desarrollo o adaptación de herramientas de diagnóstico y valoración realmente sociosanitarias, que recogen e interpretan la información verdaderamente relevante para la atención sociosanitaria, diferenciando adecuadamente esta información de otras informaciones relevantes para la sanidad y los servicios sociales y de otras informaciones también relevantes sobre la situación de la persona (económica, habitacional, educativa, laboral...).
- Diseño, pilotaje y rediseño de servicios sociosanitarios, verificando cómo se comportan, una vez combinadas, las prestaciones propias de ambos sectores, con especial atención a la aplicación del enfoque comunitario e inclusivo, para evitar que, a través de la acumulación de prestaciones en un mismo servicio regresemos a la indeseada *institución total*.
- Trabajo acerca de la relación entre prestaciones que se ofrecen en servicios sociosanitarios y competencias y perfiles profesionales.

- Modelos de gestión de casos sociosanitarios con alternativas en cuanto al papel de diferentes profesionales como profesionales de referencia y coordinadores de caso, con decisiones vinculantes.
- Diseño, experimentación y validación de procedimientos, protocolos o guías clínicas de intervención sociosanitaria en itinerarios de uso de diferentes servicios para diferentes segmentos, estratos, categorías o colectivos poblacionales en función de diversas características o necesidades, con análisis de coste-efectividad.
- Utilización de instrumentos como los contratos de riesgo compartido, la compra pública innovadora y, en general, los planteamientos e instrumentos que han tenido éxito en otros ámbitos y que puedan ser considerados como buenas prácticas o lecciones aprendidas para la colaboración público-privada.
- Aplicación de tecnologías de la información y de la comunicación, de la domótica u otras a la atención sociosanitaria en diferentes entornos (domicilio, comunidad, servicios...), con especial atención a la monitorización y atención en remoto de las personas (teleasistencia).
- Proyectos de innovación social en lo relacionado con la participación de las personas usuarias y cuidadoras, sus familias y comunidades en la atención sociosanitaria, con especial atención a modelos de cocreación de servicios, experiencias de *living lab*, participación en redes sociales, planificación cooperativa de futuros personales y modelos de autogestión o cogestión al respecto...
- Innovación ética y de procedimientos de garantía y promoción de los derechos y la dignidad de las personas destinatarias de la atención sociosanitaria, con especial atención al desarrollo de estándares éticos para la atención y la I+D+i sociosanitaria.
- Nuevos modelos sinérgicos y ecológicos de abordaje de la atención temprana, los itinerarios en salud mental, los cuidados paliativos, los cuidados de larga duración...

En cualquier caso, como puede verse, los contenidos y retos que hemos ubicado en este tercer nivel están muy relacionados con los de los otros niveles, como los de ellos entre sí. Por un lado, se dice con razón, las innovaciones que emergen de abajo hacia arriba, teniendo los pies en la tierra suelen ser más reales y sostenibles. Sin embargo, también se detecta un cierto cansancio respecto de los pilotos y se reclama mayor claridad y proactividad en decisiones macro que dibujen terrenos de juego. Será, en todo caso, seguramente, la inteligente armonización de los estudios y avances entre los tres planos la que conseguirá, seguramente, el éxito de la innovación sociosanitaria.

Conclusión

Ciertamente en este momento no me siento capaz de identificar en qué nivel (mico, meso, macro); desde qué sector o lugar (sanidad, servicios sociales, industria, academia, mundo de la I+D+i...); desde que proceso (gobierno, gestión, asistencia, promoción...); desde qué esfera (pública, mercantil, voluntaria, comunitaria); y en torno a qué eslabón de la cadena de valor (investigación básica, aplicada, tecnología, aplicación...) va a ser más posible y real desencadenar cambios pertinente y estratégicamente orientados hacia una estructuración, mejora e impacto de la coordinación e innovación sociosanitaria. Entiendo, en todo caso, que la función de un congreso como éste es ayudar a ponernos en onda, aportarnos pistas e impulsar la ilusión para seguir trabajando en pos de esa meta.

4. Referencias bibliográficas

Hacemos referencia a textos propios anteriores en los que se puede ampliar lo aquí expuesto y a otros, más recientes, que nos han inspirado o aportado información para la elaboración de esta exposición.

ANAP (2013): *Le secteur médico-social. Comprendre pour agir mieux*. Paris.

ARARTEKO (2008): *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Vitoria-Gasteiz.

- CASADO, Demetrio (2011): *Afrontar la discapacidad, el envejecimiento y la dependencia*. Madrid, CCS.
- FANTOVA, Fernando (2007): “Medidas orgánicas y funcionales para la coordinación estructural de los servicios sociales y otras ramas (con especial referencia a la sanitaria” en CASADO, Demetrio y FANTOVA, Fernando (coordinadores): *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*. Madrid, Cáritas Española/Fundación FOESSA.
- (2008a): “Experiencias de coordinación sociosanitaria” en CASADO, Demetrio (director): *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona, Hacer.
 - (2008b): *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- FUNDACIÓN EDAD & VIDA (2012): *Reflexiones para una mejora organizativa de la atención social y sanitaria de la cronicidad y de la dependencia*. Barcelona.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2011): *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*. Madrid.
- LEICHSENRING, Kai y otras (2013): *Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice*. London, Palgrave Macmillan.
- SCHALOCK, Robert y otros (2008): “Enhancing Personal Outcomes: Organizational Strategies, Guidelines and Examples” en *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, volumen 5, número 4, páginas 276-285.

