PLAN OPERATIVO SOCIOSANITARIO DE GIPUZKOA 2025-2028

Participantes en la elaboración del documento:

- *Delegación Territorial de Salud de Gipuzkoa*
  - **Iñaki Carrera** (Responsable de Planificación y Evaluación Sanitaria)
  - **Iñigo Blanco** (Inspector médico)
- *Diputación Foral de Gipuzkoa*
  - **Arantxa Aiartza** (jefa de Sección de Salud Mental y Área Sociosanitaria)
  - **Ander Zapiain** (jefe de Servicio de Atención a las Personas con Dependencia y Discapacidad)

INDICE

1.- Introducción
2.- Objetivo general
3.- Objetivos específicos
4.- Alcance
5.- Instituciones y organizaciones implicadas
6.- Proyectos del POSS Gipuzkoa 2025-2028
7.- Desarrollo de los proyectos recogidos en el POSSG 2025-2028

1.- Introducción

El **Plan Operativo Sociosanitario (POSS) de Gipuzkoa** se presenta, para el período 2025-2028, como un documento de continuidad basado en las Áreas de actuación y proyectos recogidos en la "Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024", así como en los Planes Operativos sociosanitarios previos de Gipuzkoa, estando sus intervenciones orientadas para dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de la población del Territorio.

En el actual contexto sociodemográfico, el envejecimiento de la población, la alta prevalencia de comorbilidad, dependencia, problemas relacionados con la salud mental, así como problemas de soledad no deseada y otras contingencias hacen que las necesidades de cuidados que presentan las personas sean cada vez de mayor complejidad. Si queremos dar una respuesta holística, desde un enfoque biopsicosocial e integral y que sitúe a la persona y sus necesidades de atención y cuidados en el centro, la colaboración del Sistema de Salud y del Sistema de Servicios Sociales es absolutamente necesaria. Siendo conscientes de la necesidad de trabajo conjunto existente entre el sistema sanitario y social, se están diseñando herramientas que con el compromiso de las instituciones implicadas permitan avanzar en este camino.

Este documento, a nivel Territorial se constituye como una herramienta fundamental para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria, una herramienta de referencia y compromiso para las instituciones y agentes que participan en la atención sociosanitaria en Gipuzkoa. Recoge objetivos específicos, que permitan avanzar en el desarrollo de este trabajo de colaboración. Asimismo, cabe destacar que el POSS de Gipuzkoa se enmarca como una de las actuaciones estratégicas de la Agenda 20>30 de Cuidados y Políticas Sociales del Departamento de Cuidados y Políticas Sociales, específicamente en la Línea de Acción nº 8 "Fortalecer la coordinación sociosanitaria a nivel territorial".

En el documento se identifican cada una de las cinco Áreas de actuación recogidas en la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 y se incluyen en cada una de ellas aquellos proyectos y acciones concretas para el ámbito de Gipuzkoa que pueden dar respuesta a las necesidades relacionadas con la gobernanza, interoperabilidad, prevención, atención e I+D+I sociosanitaria.

2.- Objetivo general

El objetivo general último del POSS de Gipuzkoa es garantizar atención sociosanitaria a las personas que lo requieran, asegurando así una atención integral, centrada en la persona que asegure el continuo asistencial evitando vacíos asistenciales y/o duplicidades. Para avanzar hacia este objetivo es indispensable promover, potenciar y articular la coordinación entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales a nivel del Territorio Histórico de Gipuzkoa, tanto a nivel macro como meso y micro. Este plan es un acuerdo interinstitucional que recoge acciones definidas para avanzar hacia este objetivo.

3.- Objetivos específicos

El Plan Operativo Sociosanitario de Gipuzkoa contiene proyectos operativos y objetivos específicos en línea con cada una de las Áreas de actuación recogidas en la "Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024" (EASS) que permitan avanzar en esta línea de trabajo coordinado colaborativo y corresponsable.

- OE 1: Acciones/proyectos relacionados con la EASS 1 Gobernanza Sociosanitaria.
- OE 2: Acciones/proyectos relacionados con la EASS 2 Interoperabilidad sociosanitaria
- OE 3: Acciones/proyectos relacionados con la EASS 3 Prevención Sociosanitaria
- OE 4: Acciones/proyectos relacionados con la EASS 4 Atención sociosanitaria
- OE 5: Acciones/proyectos relacionados con la EASS 5 I+D+I sociosanitaria

4.- Alcance

El Plan Operativo Sociosanitario de Gipuzkoa estará vigente a partir de su aprobación en el Consejo Territorial Sociosanitario en 2025 hasta el 31 de diciembre del 2028, siendo revisado cada año en vigor en el Consejo Territorial Sociosanitario, y adaptándose durante este tiempo a la nueva Estrategia Sociosanitaria Autonómica que se desarrolle.

5.- Instituciones y organizaciones implicadas

En el desarrollo del POSS participarán las siguientes instituciones: Departamento de Salud, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Diputación Foral de Gipuzkoa, ayuntamientos del Territorio, y los distintos servicios, instituciones y organizaciones que en un momento determinado puedan estar implicadas en el desarrollo del Plan.

6.- Proyectos del POSS Gipuzkoa 2025-2028

A continuación, se presentan los proyectos a desarrollar, localizando cada uno de ellos en las Áreas de actuación establecidas en el documento "Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024".

Listado de proyectos del POSS DE GIPUZKOA 2024-2027

Área estratégica	Proyecto operativo	Objetivo específico
PESS.1 Gobernanza sociosanitaria	1.1.- Gobernanza sociosanitaria: operativización en Gipuzkoa	Formalización y puesta en marcha en Gipuzkoa de las diferentes figuras y órganos de actuación que se recogen en el Decreto 150/2022, de 7 de diciembre, de la Gobernanza Sociosanitaria de Euskadi.
	1.2.- Convenio de Financiación Sociosanitaria para la mejora de la respuesta sociosanitaria Territorial.	Desarrollar el marco de colaboración financiera común y compartida entre las instituciones con responsabilidad en la atención sociosanitaria que permita avanzar en el desarrollo de dicha atención.
PESS.2 Interoperabi-lidad socio-sanitaria	2.1.- Interconsulta electrónica sociosanitaria en Atención Primaria	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, Sistema Vasco de Salud
	2.2.- Interoperabilidad del informe de salud para la valoración de Dependencia y Discapacidad	Extender a la totalidad de Gipuzkoa la interoperabilidad en relación a la aportación electrónica del informe de salud y otros avances en relación a las valoraciones de Dependencia y Discapacidad
	2.3.- Despliegue de Osabide en centros de competencia foral.	Despliegue de Osabide en centros de competencia foral que cuenten con el equipo sanitario necesario. Avanzar en las prestaciones de Osabide igualándolas a las de los y las profesionales sanitarios de Atención Primaria..
	2.4.- 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 niño o niña y su familia dispongan de un Plan de Atención Personalizada (PAP) compartido que recoja las intervenciones de los tres ámbitos: Servicios sociales, Salud, Educación.
PESS.3 Prevención sociosanitaria	3.1.- Coordinación de los programas de la red de inclusión de Gipuzkoa con la Red de Salud Mental de Gipuzkoa	Fortalecer la coordinación entre los programas de la Red de Inclusión de Gipuzkoa y la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, estableciendo mecanismos de colaboración efectivos que permitan mejorar la atención integral a las personas usuarias, optimizando los recursos disponibles y garantizando una respuesta más ágil, eficaz y personalizada a sus necesidades.
	3.2.- Potenciación de la coordinación sociosanitaria en los ecosistemas locales de cuidados	Posibilitar la detección precoz de situaciones de fragilidad y de necesidad de apoyos, tanto sociales como sanitarios. y la activación de los recursos necesarios.

	3.3.- Actualización del Protocolo de prevención y atención a situaciones de desprotección en la infancia y adolescencia entre Salud, Educación, y Servicios Sociales de Gipuzkoa	Establecer para el Territorio de Gipuzkoa un protocolo marco general de coordinación entre los servicios sanitarios, educativos y sociales (especializados y municipales) de atención y protección a la infancia y a la adolescencia, que facilite la prevención, la detección precoz, la comunicación/notificación, la asistencia e intervención, y la protección y ejecución de toda situación de desprotección infantil, para asegurar la colaboración y garantizar una actuación integral.
	3.4.- Proyecto piloto para abordar situaciones de soledad no deseada y/o aislamiento social con personas pacientes de la Unidad de Convalecencia del Hospital Universitario Donostia (hud) y sus cuidadoras/cuidadores principales	Paliar la soledad social emocional y existencial detectada en las personas ingresadas en la unidad de convalecencia del Hospital Universitario Donostia.
PESS.4 Atención sociosanitaria	**4.1.- Impulso de proyectos sociosanitarios a nivel comarcal (Proyectos a desarrollar desde las Comisiones sociosanitarias comarcales)**	
	4.1.1.- Actualización de los protocolos de coordinación sociosanitaria a nivel de OSI	Impulsar la elaboración y aplicación de un Modelo Autonómico de protocolo de coordinación sociosanitaria a nivel local, avalado por el Consejo Vasco de atención sociosanitaria, que posteriormente sea adaptable a las características e idiosincrasias locales.
	4.1.2.- Atención Sanitaria a centros residenciales de mayores y de discapacidad desde Osakidetza	Promover la activación de procedimientos y protocolos que mejoren la cobertura sanitaria desde Osakidetza a las personas atendidas en centros residenciales de mayores y discapacidad, a través de las Comisiones sociosanitarias comarcales.
	4.1.3.- Coordinación sociosanitaria para atención a personas en procesos de final de vida en domicilio	Detectar y promover una respuesta integrada ante situaciones con expectativas 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 y responder a sus deseos y necesidades de fin de vida en la medida de lo posible.
	4.1.4.- Coordinación sociosanitaria para atención a personas en procesos de fin de vida en centros residenciales de mayores y de discapacidad	Detectar y promover una respuesta integrada ante situaciones con expectativas de vida breve coordinando apoyos desde los servicios sanitarios para que la persona en dicha situación pueda seguir con su proyecto de vida y responder a sus deseos y necesidades de fin de vida en la medida de lo posible.
	4.1.5.- Procedimiento para la aplicación de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia para residentes en recursos sociales de alojamiento	Definir los procedimientos necesarios para asegurar la correcta aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia para aquellas personas que se encuentran alojadas en recursos del sistema de servicios sociales.

	4.1.6.- Suministro de Ayudas técnicas urgentes solicitadas desde el sistema sanitario	Revisar y consolidar el protocolo de suministro de ayudas técnicas urgentes solicitadas desde el sistema sanitario con el fin de facilitar el retorno a domicilio.
	4.1.7.- Divulgación del conocimiento sobre recursos sociales, sociosanitarios y sanitarios en las OSI	Divulgación del conocimiento sobre recursos sociales, sociosanitarios y sanitarios en función de las necesidades detectadas en cada OSI
	4.1.8.- Impulsar el desarrollo de proyectos sociosanitarios singulares a nivel de OSI	En función de las necesidades y particularidades de cada OSi desarrollo de proyectos singulares.
	Proyectos a desarrollar a nivel territorial	
	4.2.- Atención Sanitaria del Centro Errondo Gure Etxea	Articular la atención sanitaria necesaria en el centro de baja exigencia y alta intensidad de Errondo Gure Etxea para personas en exclusión sin hogar
	4.3.- Continuidad de atención a la mayoría de edad para menores de edad con medidas de protección.	Potenciar la comisión de valoración y orientación de casos de menores en desprotección en situación de discapacidad y dependencia. Puesta en marcha de un recurso para jóvenes con trastorno generalizado del desarrollo con alta intensidad de apoyos de transición hacia la edad adulta.
	4.4.- Ruta asistencial para la encefalopatía de Wernicke Korsakoff	Diseño de una ruta asistencial de atención a personas a las que se les detecta encefalopatía de Wernicke Korsakoff.
	4.5.- Comisión técnica interinstitucional con la participación del sistema sanitario , social y de justicia para atención de casos complejos en desprotección o riesgo de desprotección.	Crear una Comisión, en la que participe la Unidad de Gestión Sanitaria del Hospital Donostia (UGS, el Servicio de Psiquiatría de Agudos del Hospital Donostia, La Red de Salud Mental Gipuzkoa, el Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG y representantes del Sistema de Justicia..
	4.6.- Puesta en marcha de nuevos recursos sociosanitarios, cumplimiento del mapa	Análisis de las necesidades de nuevos recursos de atención. Apertura de recursos necesarios en función del mapa de Servicios Sociales del territorio histórico de Gipuzkoa.
	4.7.- Impulsar con la Red de Salud Mental servicios de soporte y apoyo para las personas con problemas de salud mental y con patología dual.	Ajustar y fortalecer la Red de Servicios Sociales y Sanitarios para responder de manera adecuada, integral y coordinada a las necesidades de las personas con patología dual, un colectivo que enfrenta desafíos particulares derivados de la coexistencia de trastornos de salud mental y consumo problemático de sustancias.
PESS.5	5.1.- Proyecto piloto de BVD urgente en situaciones de gran necesidad	Realizar valoraciones de dependencia con carácter urgente en situaciones sociosanitarias que requieren un acceso inmediato al sistema de atención a la dependencia.

Innovación sociosanitaria	5.2.- Desarrollo de modelos estadísticos y de aprendizaje automático para predecir niveles de dependencia basados en datos sanitarios del repositorio centralizado de Osakidetza	Construir modelos predictivos para el nivel de dependencia basados en las variables sanitarias contenidas en el Oracle Analytics Server (OAS) de Osakidetza.
	5.3.- Unidad Experimental de Valoración y Apoyo a la Funcionalidad de las Personas Mayores (UVAF).	Creación de una Unidad Experimental de Valoración y Apoyo a la Funcionalidad de las Personas Mayores que integre los aprendizajes derivados del proyecto UVAF1-AGASE desarrollado en Pasaia, ofreciendo una serie de intervenciones innovadoras para mantener la funcionalidad y prevenir la dependencia.
	5.4.- CITA GO-ON-Unidad comunitaria para la prevención, detección y atención al Alzheimer y otras demencias.	Establecer un Centro de referencia que ofrezca una respuesta especializada integral y continua al desafío del Alzheimer y otras demencias.

7.- Desarrollo de los proyectos recogidos en el POSSG 2024-2028

ÁREA ESTRATEGICA 1: GOBERNANZA SOCIOSANITARIA:

La aprobación del Decreto 150/2022 de Gobernanza Sociosanitaria a nivel de Euskadi marca un hito en la estructuración sociosanitaria. Va a ser necesario llegar a acuerdos para avanzar en el desarrollo de dicho decreto y puesta en marcha de las estructuras y figuras recogidas en el mismo.

Proyecto 1.1. – Gobernanza sociosanitaria: operativización en Gipuzkoa.	
Área estratégica	Gobernanza sociosanitaria
Responsable	**Arantxa Ayarza** / Jose Antonio Veras
Fecha inicio estimada	01/01/2024
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción

La estrategia de atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 propone como objetivo necesario para avanzar en un Modelo de Gobernanza Sociosanitario consensuado la articulación jurídica del modelo, y con este fin se aprueba el 07 de diciembre del 2022 el decreto 150/2022 de Gobernanza Sociosanitaria.

Este decreto 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.

Su objetivo es promover la coordinación de ambos ámbitos, de servicios sociales y de salud, para la integración funcional como eje para la provisión de una adecuada atención 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. Todo ello, en el marco de un modelo de armonización interinstitucional y coordinación funcional y multidisciplinar de la atención sociosanitaria.

Es responsabilidad de las instituciones implicadas en dicho Decreto el desarrollo de las estructuras y figuras recogidas en el mismo.

Objetivos que persigue

1. **Consolidar el Consejo Territorial Sociosanitario de Gipuzkoa** como espacio de coordinación estratégica entre agentes del ámbito sociosanitario.
2. **Crear y operativizar la Comisión de Coordinación Sociosanitaria Territorial de Gipuzkoa**, asegurando su alineación con el Decreto 150/2022.
3. **Adecuar y consolidar las Comisiones Sociosanitarias Comarcales** a las directrices del modelo de gobernanza sociosanitaria.

4. **Formalizar la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria** para garantizar la valoración integral y la orientación de casos en coordinación entre servicios sociales y de salud.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Dirección Atención Sociosanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Osakidetza-Servicio Vasco de Salud
- EUDEL

Indicadores de proceso

1. Consolidación del Consejo Territorial Sociosanitario:
    - Número de reuniones del Consejo Territorial realizadas anualmente.
2. Creación de la Comisión de Coordinación Territorial:
    - Número de reuniones realizadas por la Comisión Territorial en el periodo del proyecto.
3. Adecuación de las Comisiones Comarcales:
    - Número de reuniones realizadas por las Comisiones Sociosanitarias Comarcales.
4. Formalización de la Comisión de Valoración y Orientación:
    - Número de reuniones realizadas para el desarrollo del Decreto Foral de la Comisión de Valoración y Orientación Socisoanitaria.
5. Colaboración entre agentes:
    - Número de agentes o entidades sociosanitarias involucradas activamente en las reuniones o subcomisiones.

Indicadores de resultado

1. Consolidación del Consejo Territorial Sociosanitario:
    - Porcentaje de agentes clave que participan regularmente en las reuniones del Consejo Territorial.
2. Creación de la Comisión de Coordinación Territorial:
    - Porcentaje de acuerdos adoptados por la Comisión Territorial en relación con la operativización del modelo de gobernanza y el POSS (sobre el total de acuerdos adoptados en relación con la Gobernanza y el POSS).
3. Adecuación de las Comisiones Comarcales:
    - Número de proyectos y subcomisiones sociosanitarias activas a nivel de las distintas Comisiones Sociosanitairas Comarcales.
4. Formalización de la Comisión de Valoración y Orientación:
    - Aprobación del Decreto Foral de la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria (Sí/No).

Proyecto 1.2.– Convenio de financiación sociosanitaria para la mejora de la respuesta sociosanitaria Territorial.	
Área estratégica	Gobernanza sociosanitaria
Responsable	**Txaro Rodrigo** / Mamen Álvarez / Ander Zapiain / Nekane Aranburu
Fecha inicio estimada	1/10/2024
Fecha fin estimada	31/12/2024

Descripción

Con la entrada en vigor del Decreto 150/2022 de la Gobernanza Sociosanitaria se plantea la necesidad de que los sistemas de financiación del ámbito sociosanitario se acomoden a un nuevo modelo de financiación.

El 27 de febrero del 2023 se publica el Convenio de colaboración financiera entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y la administración general de la Comunidad Autónoma del País Vasco para la atención sociosanitaria.

Este convenio recoge el objeto del convenio, las obligaciones de las partes la necesidad de una Comisión de Valoración y Orientación, así como la colaboración financiera y la necesidad de una Comisión Mixta de Seguimiento. El Convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del 2023 y será prorrogable dentro de los plazos previstos por la Ley.

Este nuevo modelo implica crear un marco unificado de colaboración financiera común y compartida entre las instituciones con responsabilidad en la atención sociosanitaria en Gipuzkoa para la mejora de la respuesta a las necesidades sociosanitarias de la población.

Objetivos que persigue

1. **Desarrollar un marco de colaboración financiera unificado** entre las instituciones responsables, para consolidar y mejorar la atención sociosanitaria en Gipuzkoa.
2. **Actualizar el convenio de colaboración financiera** para el periodo 2024-2028, alineándolo con las necesidades y prioridades establecidas en el Decreto 150/2022.
3. **Fortalecer la gestión y supervisión del convenio** mediante la Comisión Mixta de Seguimiento, asegurando su adecuada ejecución y cumplimiento.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Dirección Atención Sociosanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Servicio Vasco de Salud. Osakidetza

Indicadores de proceso

1. Colaboración institucional:
    - Número de reuniones realizadas por la Comisión Mixta de Seguimiento durante el periodo del proyecto.
2. Gestión del convenio:

- Elaboración y presentación de la memoria anual de actividad del convenio.

3. Supervisión financiera:
    - Porcentaje de liquidación anual del convenio realizada en los plazos previstos.

Indicadores de resultado

1. Desarrollo del marco de colaboración financiera:
    - Convenio de financiación actualizado y aprobado para el periodo 2024-2028 (Sí/No).
2. Actualizar el convenio de colaboración financiera:
    - Porcentaje de incremento del convenio / Porcentaje de incremento en el coste total de los recursos incluidos en el convenio.
3. Fortalecimiento de la gestión:
    - Porcentaje de cumplimiento de los compromisos financieros y operativos establecidos en el convenio para cada año del periodo.

ÁREA ESTRATEGICA 2: INTEROPERABILIDAD SOCIOSANITARIA

La interoperabilidad es la capacidad de los sistemas de información de los distintos sistemas que participan de la colaboración sociosanitaria de compartir datos y posibilitar el intercambio de información y conocimientos. Constituye un proceso integral en el que los Servicios Sociales y Sanitarios muestran el compromiso con el desarrollo de servicios coordinados.

Proyecto 2.1.– Interconsulta electrónica sociosanitaria en Atención Primaria y Red de Salud Mental.	
Área estratégica	Interoperabilidad Sociosanitaria
Responsable	**Arantxa Ayarza** / Xanti Moriones / Ander Zapiain/ Jaime Maiza/ Alfredo Alday (Oficina Técnica DASS), Osakidetza (Atención Primaria y Red de Salud Mental EH).
Fecha inicio estimada	1/1/2024
Fecha fin estimada	31/12/2026

Descripción

En enero del 2024, en reunión del Consejo Vasco de Atención sociosanitaria, se aprobó la constitución de la **Comisión técnica de interoperabilidad sociosanitaria de Euskadi** que será la responsable de poner en marcha un proyecto global de infraestructuras de interoperabilidad sociosanitaria.

Un primer hito en este proyecto es la puesta en marcha de una interconsulta sociosanitaria en Atención primaria a nivel autonómico, cuyo objetivo es 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.

Con este fin se pone en marcha un proyecto piloto con la participación de las diferentes instituciones implicadas.

Objetivos que persigue

1. **Implementar un sistema de interconsulta y derivación electrónica** entre los Servicios Sociales de Base (SSB) municipales o mancomunados y/o secundarios (forales) y la atención primaria y red de salud mental del sistema público sanitario.
2. **Realizar un proyecto piloto** que permita validar el funcionamiento, utilidad y viabilidad del sistema de interconsulta electrónica en municipios seleccionados.
3. **Evaluar el impacto del proyecto piloto** y diseñar un plan de extensión a nivel autonómico, basado en los resultados obtenidos.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Dirección Atención Sociosanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (OSI Donostia, OSI Zumarraga)
- SSB Ayuntamientos (Azkoitia, Aretxabaleta, Pasaia)

Indicadores de proceso

1. Implementación del proyecto piloto:
    - Número de reuniones realizadas con el grupo motor para el seguimiento de los avances del pilotaje.
2. Participación municipal:
    - Número de municipios incluidos en el pilotaje.
3. Evaluación del pilotaje:
    - Porcentaje de municipios participantes que completan la evaluación del proyecto piloto a nivel local.
4. Plan de extensión:
    - Elaboración del plan de extensión del sistema de interconsulta electrónica a nivel autonómico.

Indicadores de resultado

1. **Grado de éxito del proyecto piloto:**
    - Porcentaje de municipios que reportan resultados positivos en la evaluación del proyecto piloto.
2. **Utilidad del sistema de interconsulta:**
    - Porcentaje de casos gestionados a través del sistema de interconsulta electrónica que han recibido una resolución efectiva y coordinada.
3. **Satisfacción de los agentes implicados:**
    - Porcentaje de profesionales de servicios sociales y salud que valoran positivamente la interconsulta electrónica en términos de utilidad y facilidad de uso.
4. **Viabilidad del plan de extensión:**
    - Si el plan de extensión es aprobado para su implementación a nivel autonómico (Sí/No).

Proyecto 2.2.– Interoperabilidad del informe de salud para la valoración de dependencia y discapacidad	
Área estratégica	Interoperabilidad Sociosanitaria
Responsable	**Aitziber Atxaga**/ Alfredo Alday (Oficina Técnica DASS), Osakidetza.
Fecha inicio estimada	01/01/2024
Fecha fin estimada	31/12/2025

Descripción

El informe de salud es un documento preceptivo para la valoración de dependencia y, en su caso, la valoración de discapacidad. El informe de salud es emitido por los médicos de atención Primaria de Osakidetza y la solicitud de dependencia se realiza a través de la Atención Primaria de servicios sociales.

Por medio de la interoperabilidad se puede recibir directamente en el sistema de Servicios Sociales el informe de salud actualizado y elaborado por el personal facultativo de Osakidetza con toda la información complementaria que considere deba ser aportada. El poder disponer del informe de manera interoperable evita trámites y traslados innecesarios a las personas que solicitan la valoración de la dependencia y discapacidad.

Asimismo, se incluiría la posibilidad de ampliar la interoperabilidad a la Valoración de la Exclusión.

Objetivos que persigue

1. **Simplificar el procedimiento de solicitud de dependencia y discapacidad**, reduciendo los trámites y desplazamientos necesarios para las personas solicitantes.
2. **Mejorar la eficiencia del sistema**, reduciendo los plazos de tramitación para el reconocimiento de la dependencia y discapacidad.
3. **Implementar un modelo homogéneo y consensuado** de informe de salud interoperable entre los sistemas de servicios sociales y salud.
4. **Facilitar el acceso telemático a información especializada**, asegurando que los datos relevantes estén disponibles de forma ágil para los servicios de valoración, a través de los servicios de atención al paciente (SAPU) de las distintas OSIs.
5. **Devolución del resultado de la valoración,** volcar en Osabide el grado y porcentaje de la valoración

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Dirección Atención Sociosanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, OSIs de Gipuzkoa
- Municipios y mancomunidades de Gipuzkoa

Indicadores de proceso

1. Formación y coordinación:

- Número de reuniones de formación realizadas en las distintas OSIs para implementar el modelo de interoperabilidad.
- Número de reuniones técnicas realizadas con ayuntamientos y Osakidetza para coordinar la implementación.

2. Adaptación del modelo:
   - Realización del estudio sobre la adaptabilidad del modelo de informe de salud para otros trámites de servicios sociales.
3. Eficiencia del sistema:
   - Tiempo medio necesario para obtener el informe de salud vía telemática desde la solicitud.

Indicadores de resultado

1. Despliegue del sistema:
   - Porcentaje de OSIs que han adoptado el sistema de interoperabilidad para la gestión del informe de salud.
2. Cobertura del informe de salud:
   - Porcentaje de valoraciones de dependencia y discapacidad en las que el informe de salud se obtiene de manera telemática.
3. Acceso a informes especializados:
   - Porcentaje de valoraciones en las que el informe de especialista se obtiene vía telemática.
4. Incorporación del resultado de la valoración en Osabide:
   - Resultado incorporado, Sí/No.

Proyecto 2.3.-Despliegue de Osabide en centros de competencia foral.	
Área estratégica	Interoperabilidad Sociosanitaria
Responsable	**Arantxa Ayarza**/ Patxi Leturia / Alfredo Alday (Oficina Técnica del DASS) / Osakidetza.
Fecha inicio estimada	01/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción

Los Centros residenciales para personas mayores y los Centros residenciales para personas con discapacidad atienden en su mayoría a personas que presentan grados II y III de dependencia, con comorbilidades importantes, gran prevalencia de deterioro cognitivo y que en muchas ocasiones previo al ingreso en residencia y durante su estancia en la misma suelen tener ingresos hospitalarios repetidos. La legislación vigente recoge información sobre la atención sanitaria que deben de dar estos centros. El Decreto 185/2015 de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales señala que como prestación de Salud deben de tener atención médica, de enfermería, rehabilitación y asistencia psicológica. El Decreto 126/2019 de centros residenciales para personas mayores de la CAPV, por su parte, establece que las personas usuarias tendrán, como mínimo, derecho a la atención sanitaria, respetando la elección efectuada por las personas usuarias, y garantizando que las personas usuarias reciban la atención necesaria por medios propios o ajenos.

La complejización de las necesidades sociosanitarias de la población residente hace imprescindible que la atención desde Osakidetza sea coordinada.

Dada las necesidades de atención sanitaria que presentan las personas atendidas en estos centros y que dicha atención puede ser dada directamente desde Osakidetza o mediante personal propio del centro junto con profesionales de Osakidetza la puesta en marcha de Osabide en residencias ha sido un avance muy importante ya que asegura la posibilidad de una historia sanitaria única que permita el continuo asistencial entre la atención en el centro y la atención a nivel hospitalario.

Prácticamente el mismo perfil atendido en las residencias de mayores se atiende en los centros de día. Aunque en este tipo de centros la atención sanitaria es ofrecida desde Osakidetza, hay centros que cuentan con personal sanitario propio (centros ubicados en centros residenciales, o centros de día que cuentan con enfermería propia). En este caso, también se considera deseable que los equipos sanitarios propios cuenten con acceso a Osabide.

Objetivos que persigue

1. **Asegurar una historia sanitaria única** que integre toda la información relevante de las personas atendidas en centros residenciales y de día, facilitando el continuo asistencial y la coordinación con la atención hospitalaria.
2. **Avanzar en la equidad funcional de Osabide**, igualando las prestaciones sanitarias de las personas atendidas en residencias con aquellas atendidas en sus propios domicilios por médicos de Atención Primaria.
3. **Implementar mejoras funcionales en Osabide**, adaptando sus prestaciones a las necesidades específicas de los centros residenciales y de día.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Dirección Atención Sociosanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, OSIs de Gipuzkoa
- Entidades gestoras de centros residenciales de mayores y de discapacidad.
- Otros agentes.

Indicadores de proceso

1. Formalización de convenios:
    - Número de nuevos convenios firmados con centros residenciales y de día para la conexión a Osabide.
2. Reuniones técnicas:
    - Número de reuniones técnicas realizadas para planificar y ampliar las prestaciones de Osabide en los centros.
3. Ampliación del acceso:
    - Número de centros residenciales y de día conectados a Osabide durante el periodo del proyecto.

Indicadores de resultado

1. Cobertura del sistema:
    - Porcentaje de centros con conexión activa a Osabide en Gipuzkoa.
2. Acceso de personas usuarias:
    - Porcentaje de personas atendidas en centros residenciales y de día cuya información sanitaria está disponible en Osabide.
3. Mejoras funcionales:
    - Número de nuevas funcionalidades incorporadas a Osabide para atender necesidades específicas de los centros residenciales y de día.

Proyecto 2.4.- Interoperabilidad para avanzar en el Plan de Atención Personalizado (PAP) en Atención Temprana (AT).	
Área estratégica	Interoperabilidad Sociosanitaria
Responsable	**Aitziber Atxaga** / Alfredo Alday (Oficina Técnica DASS) / Borja Laña.
Fecha inicio estimada	01/01/2024
Fecha fin estimada	31/12/2025

Descripción

El Modelo de Atención Temprana (AT) de Euskadi se caracteriza por ser integral, continuo y centrado en las necesidades específicas de los niños, niñas y sus familias. Este modelo se basa en la corresponsabilidad y la coordinación entre los tres sistemas principales implicados: salud, servicios sociales y educación.

El Equipo de Valoración en Atención Temprana (EVAT), compuesto por profesionales de estos tres ámbitos, es el encargado de evaluar cada caso y diseñar un plan de atención personalizada. Este plan detalla la intervención que se llevará a cabo de manera coordinada entre los sistemas, estableciendo objetivos generales y las acciones necesarias para su cumplimiento.

Para garantizar la eficacia del modelo, resulta imprescindible contar con información precisa, adecuada y actualizada. En este sentido, el desarrollo de un sistema interoperable que permita compartir datos y facilitar el intercambio de información entre los diferentes agentes es un elemento clave para el éxito del proceso

Objetivos que persigue

1. **Garantizar la eficacia en todas las etapas del proceso de Atención Temprana (AT)**, desde la detección y el diagnóstico precoz hasta la intervención, optimizando el uso de recursos disponibles.
2. **Promover la coordinación entre los sistemas de salud, servicios sociales y educación**, asegurando un enfoque integral para la atención de niños/as, sus familias y su entorno.
3. **Desarrollar un sistema interoperable** que facilite la creación y seguimiento de Planes de Atención Personalizados (PAP) en Atención Temprana, compartiendo información de manera ágil y segura entre los sistemas implicados.
4. **Asegurar que todas las familias dispongan de un PAP integral y coherente**, elaborado conjuntamente por los equipos intersectoriales.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Dirección Atención Sociosanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; OSIs de Gipuzkoa
- Departamento de Educación del Gobierno Vasco.
- Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico del Gobierno Vasco.

Indicadores de proceso

1. Definición de herramientas y fichas de intercambio:
    - Número de fichas de intercambio de datos definidas para facilitar la interoperabilidad en Atención Temprana.
2. Reuniones del grupo de trabajo:
    - Número de reuniones realizadas por el grupo de trabajo de Interoperabilidad en Atención Temprana.
3. Desarrollo de herramientas de seguimiento:
    - Número de herramientas tecnológicas desarrolladas para el seguimiento y ejecución de los PAP en Atención Temprana.

Indicadores de resultado

1. Elaboración de PAP:
    - Número de Planes de Atención Personalizados (PAP) en Atención Temprana definidos utilizando el sistema de interoperabilidad.
2. Codificación intersectorial:
    - Alcance del acuerdo para la codificación unificada de casos en Atención Temprana en los sistemas de salud, servicios sociales y educación, basado en la guía de buenas prácticas.

ÁREA ESTRATEGICA 3: PREVENCIÓN SOCIOSANITARIA

El objetivo de la prevención sociosanitaria es coordinar políticas y actuaciones orientadas a la detección, control o mitigación de factores de riesgo sociosanitarios. Propone diseñar un marco para retrasar los factores de riesgo sociosanitarios y promover intervenciones sociales y sanitarias de carácter preventivo que reduzcan las desigualdades sociales y de salud.

Proyecto 3.1.- Coordinación de los programas de la red de inclusión de Gipuzkoa con la Red de Salud Mental de Gipuzkoa.	
Área estratégica	Prevención sociosanitaria
Responsable	**Iker Uson**/ Arantxa Ayarza/ Andrea Gabilondo
Fecha inicio estimada	01/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción

La importante prevalencia de patología relacionada con la Salud Mental en parte del colectivo atendido desde la Red Foral de atención a la inclusión hace que la colaboración entre ambos sistemas sea necesaria para una adecuada atención a este colectivo.

Es importante mejorar la accesibilidad de estas personas a la Red de Salud Mental Gipuzkoa, así como la coordinación de los profesionales en el diseño de los planes de intervención.

La Red de Salud Mental Gipuzkoa ha publicado su Plan Estratégico 2023-2026. Dicho Plan recoge varias líneas de actuación en los que entendemos que la colaboración con la Red de atención a la inclusión de la Diputación Foral de Gipuzkoa puede ser necesaria y enriquecedora para ambas partes.

Objetivos que persigue

1. **Fortalecer la colaboración intersectorial** entre los programas de la Red de Inclusión y la Red de Salud Mental, para garantizar una atención integral y coordinada a las personas usuarias.
2. **Optimizar los recursos disponibles** mediante el establecimiento de protocolos y herramientas que faciliten el intercambio de información y la derivación eficiente.
3. **Mejorar la atención a las personas usuarias**, reduciendo tiempos de respuesta y garantizando intervenciones adecuadas a sus necesidades específicas.

Agentes involucrados

- Red de Salud Mental Gipuzkoa
- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG, Servicio de atención a la inclusión y mujeres víctimas de violencia machista
- Otros agentes implicados.

Indicadores de proceso

1. Colaboración intersectorial:
    - Número de reuniones conjuntas realizadas entre los profesionales de la Red de Inclusión y la Red de Salud Mental para la coordinación de casos.
2. Protocolos y herramientas:
    - Número de protocolos diseñados para el intercambio de información y la derivación entre ambas redes.
3. Seguimiento de casos:
    - Número de casos coordinados entre ambas redes durante el periodo del proyecto.

Indicadores de resultado

1. Colaboración intersectorial:
    - Porcentaje de casos atendidos de forma integral con la participación activa de ambas redes (sobre el total de casos coordinados entre ambas redes).
2. Protocolos y herramientas:
    - Porcentaje de derivaciones realizadas correctamente siguiendo los protocolos establecidos (sobre el total de derivaciones realizadas).
3. Mejora en la atención:
    - Porcentaje de personas usuarias que reportan satisfacción con la atención recibida gracias a la colaboración entre las redes (sobre el total de personas atendidas de forma coordinada y encuestadas).

Proyecto 3.2.- Potenciación de la coordinación sociosanitaria en los ecosistemas locales de cuidados	
Área estratégica	Prevención sociosanitaria
Responsable	**Xanti Moriones** / Arantxa Ayarza / Jose Antonio Veras
Fecha inicio estimada	01/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción

La Estrategia Zaintza HerriLab, liderada por la Diputación Foral de Gipuzkoa junto con la Fundación Adinberri, impulsa los Ecosistemas Locales de Cuidados para mejorar la atención a personas en situación de fragilidad y dependencia que residen en su domicilio. Estos ecosistemas integran servicios sociales, sanitarios y comunitarios para diseñar y gestionar itinerarios de atención personalizados, conectando las necesidades de las personas con los recursos disponibles.

El proyecto incorpora:

1. Programas de intervención temprana (PIE) y herramientas innovadoras para fortalecer la coordinación sociosanitaria.
2. Interoperabilidad de datos sociosanitarios a través de plataformas como Zaintza DatuGunea y BetiOn, que recogen información clave (caídas, ansiedad, deterioro cognitivo, soledad, etc.).
3. Un piloto inicial en 5 municipios durante 2025, con escalado progresivo al resto del territorio en 2026.
4. Teleasistencia predictiva para prevenir riesgos relacionados con deterioro cognitivo, seguridad en el hogar, soledad no deseada y salud mental (depresión, ansiedad, riesgo de suicidio)

Objetivos que persigue

1. **Facilitar la detección precoz de situaciones de fragilidad y necesidades de apoyo**, utilizando herramientas tecnológicas y programas de intervención temprana.
2. **Asegurar la activación eficiente de recursos sociales y sanitarios**, ajustándolos a las necesidades identificadas mediante tecnologías interoperables.
3. **Fortalecer la coordinación entre servicios sociales, sanitarios y comunitarios**, integrando plataformas como Zaintza DatuGunea y BetiOn para mejorar la atención y evitar duplicidades.
4. **Promover la equidad en el acceso a recursos**, asegurando que todas las personas, independientemente de su situación o ubicación, reciban la atención necesaria.
5. **Desplegar la teleasistencia predictiva**, aprovechando los datos recopilados para prevenir riesgos en salud y mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG.
- Servicios Sociales municipales.
- Osakidetza OSIs.
- Red de Salud Mental Gipuzkoa.
- Fundación Adinberri.

- Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico, Gobierno Vasco.
- Otros agentes del ecosistema

Indicadores de proceso

1. Facilitación de la detección precoz:
   - Número de dispositivos instalados en los domicilios para recoger datos sociosanitarios.
2. Asegurar la activación eficiente de recursos:
   - Número de reuniones técnicas entre los agentes implicados (servicios sociales, sanitarios y comunitarios).
3. Fortalecer la coordinación intersectorial:
   - Número de municipios incluidos en el piloto inicial (objetivo: 5 en 2025) y porcentaje de avance en el escalado territorial en 2026.
4. Promoción de la equidad:
   - Número de personas de colectivos vulnerables o en zonas rurales incluidas en los itinerarios personalizados.
5. Despliegue de la teleasistencia predictiva:
   - Número de casos monitorizados mediante teleasistencia predictiva.

Indicadores de resultado

1. Facilitación de la detección precoz:
   - Número de dispositivos instalados en los domicilios para recoger datos sociosanitarios.
2. Asegurar la activación eficiente de recursos:
   - Porcentaje de casos en los que se activan recursos sociales y sanitarios dentro de los plazos establecidos.
3. Fortalecer la coordinación intersectorial:
   - Número de datos interoperables integrados en Zaintza DatuGunea y BetiOn.
4. Promoción de la equidad:
   - Número de recursos ajustados específicamente para colectivos vulnerables en los ecosistemas.
5. Despliegue de la teleasistencia predictiva:
   - Número de casos monitorizados mediante teleasistencia predictiva.

Proyecto 3.3 Actualización del Protocolo de prevención y atención a situaciones de desprotección a la infancia y adolescencia entre Salud, Educación, y Servicios sociales de gipuzkoa	
Área estratégica	Prevención sociosanitaria
Responsable	Nekane Zabaleta/ Mª Jose Goñi / Departamento de Educación
Fecha inicio estimada	1/4/2025
Fecha fin estimada	31/1/2026

Descripción

La intervención ante situaciones de vulnerabilidad y desprotección con las personas menores de edad demanda de las Instituciones y servicios implicados una acción integral que abarque desde las etapas más tempranas (situaciones de embarazos vulnerables o en riesgo…) con el fin de realizar una intervención preventiva, fortaleciendo los aspectos positivos de las familias y evitando de este modo el agravamiento de las situaciones de desprotección.

En 2014 se firmó en Gipuzkoa el "Protocolo de actuación ante situaciones de desprotección a la infancia y adolescencia (notificación y abordaje) entre servicios sanitarios y servicios sociales".

Tras este tiempo en el que ha habido importantes cambios sociales y legislativos procede hacer una revisión del mismo haciendo un especial hincapié en la prevención, la detección y la intervención. precoz.

Objetivos que persigue

1. Establecer para el Territorio de Gipuzkoa un protocolo marco general de coordinación entre los servicios sanitarios, educativos y sociales (especializados y municipales) de atención y protección a la infancia y a la adolescencia, que facilite la prevención, la detección precoz, la comunicación/notificación, la asistencia e intervención, y la protección y ejecución de toda situación de desprotección infantil, para asegurar la colaboración y garantizar una actuación integral.
2. Consensuar mecanismos y procedimientos de actuación que aseguren y permitan a las distintas entidades públicas y servicios implicados colaborar y cooperar, desde su ámbito de responsabilidad, de forma eficaz para conseguir la protección de las personas menores de edad, evitando la duplicidad de actuaciones y la disparidad de criterios y objetivos
3. Respetar, preservar, garantizar y asegurar la protección de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes interviniendo cuando los mismos sean vulnerados o ante cualquier situación susceptible de generar perjuicio o vulneración de sus derechos.
4. Visibilizar las necesidades que se van generando en el ámbito de la atención y la protección a la infancia y a la adolescencia a partir de la intervención de las diferentes entidades públicas y servicios implicados, proponiendo mejoras y líneas de actuación adecuadas entre profesionales, con las familias y con los niños, las niñas y adolescentes.

Agentes involucrados

- Red de Salud Mental Gipuzkoa
- Organizaciones Sanitarias Integradas de Gipuzkoa
- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG, Servicio Protección a la Infancia y Adolescencia

- Servicios Sociales Municipales
- Departamento de Educación de Gobierno Vasco.

Indicadores de proceso

- Creación de una comisión técnica para la revisión del protocolo anterior y elaboración de un nuevo protocolo: Sí/No
- Número de sesiones de trabajo realizadas por la Comisión Técnica

Indicadores de resultado

- Elaboración del Protocolo de prevención y atención a situaciones de desprotección a la infancia y adolescencia entre servicios sanitarios y servicios sociales de Gipuzkoa: Sí/No
- Diseño de estrategia de presentación e implementación del protocolo: Sí/No

Proyecto 3.4.- Proyecto piloto para abordar situaciones de soledad no deseada y/o aislamiento social con personas pacientes de la Unidad de Convalecencia del Hospital Universitario Donostia (HUD) y sus cuidadoras/cuidadores principales	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Jose Antonio Veras**/ Teléfono de la Esperanza/ Donostiako Udala/ Arantxa Ayarza / Rble. Unidad Gestión Sanitaria Osi Donostialdea/ Rble. Unidad de Convalecencia HUD.
Fecha inicio estimada	1/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción:

Se trata de un proyecto que pone en el centro a personas que se encuentran hospitalizadas en la Unidad de convalecencia del HUD, así como a sus cuidadoras y cuidadores principales,
La mayoría de estas personas viven en Donostialdea si bien también hay personas de otras comarcas porque su hospital de referencia no tiene ingresos de estancia media. Los problemas de salud que suelen presentar suelen ir asociados a dependencia y muchas veces a un problema social. Suelen ser personas mayores dependientes que viven solas, con problemas de accesibilidad en la vivienda, descontrol en la toma de la medicación, demencias…; paciente mayor pluripatológico que ingresa por un problema agudo de salud (ictus, neumonías, infecciones...).

Las personas ingresadas con necesidad de acompañamiento presentan alguna de estas cuatro situaciones:

- Viven solas, (solteras, viudas, divorciadas o separadas sin hijos/hijas). Sin red informal.
- Tienen hijas/hijos y la familia ha claudicado de los cuidados.
- Tienen familia, pero por cuestión laboral y familiar no pueden acompañar todo lo que quisieran.
- Se encuentran en situación de calle.

El Proyecto plantea tres "actuaciones" de abordaje de la soledad no deseada que conllevan un proceso/procedimiento y un alcance diferente, que explicamos más adelante:

1. Acompañamiento presencial por parte de personas jóvenes voluntarias (previa selección y formación) a personas hospitalizadas en la Unidad de Convalecencia del HUD que lo solicitan, durante su período de ingreso.
2. Acompañamiento telefónico por parte de voluntariado del servicio Albaindu de GIT a las personas que han estado ingresadas, cuando se les da el alta hospitalaria. Este acompañamiento también se ofrecerá a las personas cuidadoras.
3. Diseño de una herramienta metodológica que permita detectar las necesidades relacionadas con la soledad no deseada y/o aislamiento social de las personas hospitalizadas y sus cuidadoras/cuidadores principales, cuando regresan a sus casas, a su entorno, así como el diseño de un prototipo de respuesta comunitaria personalizada.

Con estas tres actuaciones buscamos tener un impacto positivo sobre las tres dimensiones que conforman las soledades y que recoge la Estrategia Hariak:

– Soledad social, disminución, limitación o carencia de relaciones interpersonales en un sentido amplio.
– Soledad emocional, disminución, limitación o carencia de relaciones interpersonales especialmente significativas por su intimidad, afectividad y confianza.
– Soledad existencial, pérdida o ruptura profunda del sentimiento de tener un rol en la comunidad, de identificación con un proyecto colectivo, de participación en la sociedad.

Objetivos que persigue

Objetivo General:

Paliar la soledad social emocional y existencial detectada en las personas ingresadas en la unidad de convalecencia del Hospital Universitario Donostia.

Objetivos específicos:

1. **Responder a las necesidades detectadas** por el personal de la Unidad de Valoración de Pacientes del HUD, de proporcionar acompañamiento presencial a las personas ingresadas en la Unidad de Convalecencia para reducir sus sentimientos de soledad no deseada.
2. Una vez dadas de alta hospitalaria, **continuar proporcionando a estas personas y a sus cuidadoras/cuidadores** un espacio de escucha y acompañamiento emocional telefónico, a través del servicio Albaindu del GIT.
3. **Identificar qué necesidades tienen estas personas hospitalizadas y sus cuidadoras/cuidadores, cuando vuelven a su casa** (emocionales y relacionales, de vinculación y participación en su comunidad -vecindad, barrio, recursos socio-comunitarios…) y analizar qué tipo de respuesta se les puede dar teniendo en cuenta los recursos socio-comunitarios que existen en su municipio o en su barrio (en el caso de Donostia).

Agentes involucrados

- Gipuzkoako Itxaropen Telefonoa
- OSi Donostialdea.
- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG.

Indicadores de proceso

Diseño de una herramienta metodológica que permita detectar las necesidades relacionadas con la soledad no deseada y/o aislamiento social de las personas hospitalizadas y sus cuidadoras/cuidadores principales, cuando regresan a sus casas, a su entorno, así como el diseño de un prototipo de respuesta comunitaria personalizada. Si /NO

Indicadores de resultado:

1. Nº de personas personas hospitalizadas en la Unidad de Convalecencia del HUD que lo solicitan, durante su período de ingreso con acompañamiento presencial por parte de personas jóvenes voluntarias (previa selección y formación)
2. Nº de personas que han estado ingresadas con acompañamiento telefónico por parte de voluntariado del servicio Albaindu de GIT cuando se les da el alta hospitalaria.
3. Nª de personas cuidadoras con acompañamiento telefónico al alta del familiar.

ÁREA ESTRATEGICA 4: ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La atención sociosanitaria se articula en relación a estrategias de provisión de cuidados para dar una respuesta coordinada y efectiva las necesidades sanitarias y sociales que presentan grupos de población definidos por la o las contingencias que determinan las necesidades de atención: dependencia, discapacidad, exclusión social, vulnerabilidad, desprotección… que requieran una intervención multidisciplinar.

Proyecto 4.1.- Impulso de proyectos sociosanitarios a nivel Comarcal (Comisiones sociosanitarias comarcales)	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	Arantxa Ayarza/ Jose Antonio Veras
Fecha inicio estimada	01/01/2024
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción

El Decreto 150/2022, de 7 de diciembre, de la Gobernanza Sociosanitaria de Euskadi define los órganos de gobernanza y las figuras de coordinación necesarias para avanzar en el desarrollo de una estructura sociosanitaria que permita una cooperación interinstitucional y asistencial.

Es necesario desarrollar estrategias que permitan la coordinación de servicios sanitarios y sociales para poder responder de manera global a las necesidades de las personas.

Estas estrategias de coordinación deben de extenderse a nivel comunitario, para que los agentes sociales y sanitarias puedan trabajar de manera coordinada

Con este fin se establecen las Comisiones Sociosanitarias Comarcales, como un espacio de interlocución entre los agentes sanitarios y sociales a nivel de Comarca (determinada por el área de actuación de la OSI), y un espacio en el que poner en marcha proyectos y mecanismos de coordinación que permitan atender a las personas de un modo holístico evitando solapamientos y vacíos asistenciales.

Son funciones de las Comisiones Sociosanitarias Comarcales entre otras el desarrollo a nivel comarcal de los proyectos contemplados en el documento estratégico que apruebe el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, el desarrollo comarcal de los proyectos del Plan Operativo Territorial, el desarrollo y supervisión de los mecanismos de coordinación entre las y los diferentes actores e instituciones que conforman el espacio sociosanitario en el ámbito geográfico de la comarca, el desarrollo de los protocolos de coordinación a nivel local y la puesta en marcha de las acciones que se consideren pertinentes para mejorar de la atención sociosanitaria a nivel local.

En realidad, bajo el paraguas de este proyecto se incluyen un total de 8 iniciativas.

Objetivos que persigue

En general:

- Mejorar la atención sociosanitaria coordinada a nivel local y comarcal, respondiendo a las necesidades de atención de las personas en su propio domicilio (entendido en el sentido más amplio, incluyendo alojamientos sociales alternativos al domicilio habitual, pisos o centros residenciales).

En particular:

1. Impulsar la elaboración y aplicación de un Modelo Autonómico de protocolo de coordinación sociosanitaria a nivel local, avalado por el Consejo Vasco de atención sociosanitaria, que posteriormente sea adaptable a las características e idiosincrasias locales.
2. Promover la activación de procedimientos y protocolos que mejoren la cobertura sanitaria desde Osakidetza a las personas atendidas en centros residenciales de mayores, incluyendo la atención a las unidades psicogeriátricas, y en cetros de discapacidad, a través de las Comisiones sociosanitarias comarcales.
3. Detectar y promover una respuesta integrada ante situaciones con expectativas 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 y responder a sus deseos y necesidades de fin de vida en la medida de lo posible, en el domicilio.
4. Detectar y promover una respuesta integrada ante situaciones con expectativas 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 y responder a sus deseos y necesidades de fin de vida en la medida de lo posible, en centros residenciales para mayores o para personas con discapacidad.
5. Definir los procedimientos necesarios para asegurar la correcta aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia para aquellas personas que se encuentran alojadas en recursos del sistema de servicios sociales.
6. Revisar y consolidar el protocolo de suministro de ayudas técnicas urgentes solicitadas desde el sistema sanitario con el fin de facilitar el retorno a domicilio.
7. Divulgación del conocimiento sobre recursos sociales, sociosanitarios y sanitarios en función de las necesidades detectadas en cada OSI
8. Desarrollo de proyectos singulares, en función de las necesidades y particularidades de cada OSi.

Agentes involucrados

- Departamento de Salud, Gobierno Vasco.
- Osakidetza, OSIs de Gipuzkoa
- Ayuntamientos de Gipuzkoa
- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG
- Otras organizaciones o agentes implicados

Indicadores

Indicador de proceso y de resultado:

1. Elaboración y aplicación de un Modelo Autonómico de protocolo de coordinación sociosanitaria

- **Indicador de proceso:**
  Número de reuniones realizadas por la Comisión Técnica Permanente del Consejo Vasco de atención sociosanitaria para definir el modelo autonómico.
- **Indicador de resultado:**
- Diseño de un Modelo Autonómico de coordinación sociosanitaria
  Porcentaje de comarcas que han adaptado y aplicado el protocolo de coordinación sociosanitaria a nivel local.

2. Activación de procedimientos y protocolos para mejorar la cobertura sanitaria en centros residenciales

- **Indicador de proceso:**
  Número de protocolos elaborados o revisados por las Comisiones sociosanitarias comarcales para mejorar la cobertura sanitaria.
- **Indicador de resultado:**
  Porcentaje de centros residenciales que reportan una mejora en la atención sanitaria proporcionada por Osakidetza.

3. Respuesta integrada ante situaciones con expectativas de vida breve (en domicilios)

- **Indicador de proceso:**
  Número de casos identificados y atendidos mediante un plan de intervención conjunta entre servicios sociales y sanitarios.
- **Indicador de resultado:**
  Porcentaje de personas en situaciones con expectativas de vida breve que han recibido apoyos personalizados que respeten su proyecto de vida.

4. Respuesta integrada ante situaciones con expectativas de vida breve (en centros de mayores o de discapacidad)

- **Indicador de proceso:**
  Número de casos identificados y atendidos mediante un plan de intervención conjunta entre servicios sociales y sanitarios.
- **Indicador de resultado:**
  Porcentaje de personas en situaciones con expectativas de vida breve que han recibido apoyos personalizados que respeten su proyecto de vida.

5. Aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia en recursos sociales

- **Indicador de proceso:**
  Número de procedimientos definidos y validados para la aplicación de la Ley en recursos sociales.
- **Indicador de resultado:**
  Porcentaje de personas alojadas en recursos sociales que han recibido información adecuada y acceso a los procedimientos contemplados en la Ley (sobre el total de personas residentes).

6. Revisión y consolidación del protocolo de ayudas técnicas urgentes

- **Indicador de proceso:**
  Número de protocolos revisados o actualizados para el suministro de ayudas técnicas urgentes.
- **Indicador de resultado:**
  Porcentaje de personas que han recibido ayudas técnicas urgentes dentro del plazo establecido para facilitar el retorno a domicilio (sobre el total de personas que han recibido ayudas técnicas urgentes).

7. Divulgación del conocimiento sobre recursos sociales, sociosanitarios y sanitarios

- **Indicador de proceso:**
  Número de acciones de divulgación realizadas (talleres, documentos, charlas) en cada OSI.
- **Indicador de resultado:**
  Porcentaje de profesionales de las OSI que reportan conocer mejor los recursos disponibles tras las acciones de divulgación (sobre el total de profesionales que han recibido las acciones de divulgación y han respondido a la encuesta).

8. Desarrollo de proyectos singulares en función de las necesidades de cada OSI

- **Indicador de proceso:**
  Número de proyectos singulares diseñados e implementados en las OSI.
- **Indicador de resultado:**
  Porcentaje de proyectos singulares evaluados positivamente por los agentes implicados en función de los objetivos establecidos.

Proyecto 4.2.- Centro de Baja exigencia alta intensidad Errondo Gure Etxea: Atención Sanitaria y rutas asistenciales para la continuidad de la atención.	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Garbiñe Delgado** / Arantxa Ayarza / Jose Antonio Veras
Fecha inicio estimada	01/01/2024
Fecha fin estimada	31/12/2025

Descripción

En octubre del año 2022 se pone en marcha en Donostia el Centro de Errondo Gure Etxea, Centro que pone en marcha el Servicio de Inclusión Social y atención a las mujeres objeto de violencia machista, en colaboración con los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios con los que existe un contrato programa. Se contempla como un Centro de Atención Integrada (CAI) que incluye un centro de día y un centro de acogida nocturna de inclusión social, así como un centro residencial para personas en situación cronificada.

Responde a situaciones de alto riesgo de desprotección que en múltiples ocasiones presentan pluricontingencias y situaciones que complejizan la atención como: consumos activos, problemas de salud mental, situaciones de convalecencia, situación de exclusión cronificada con consumos activos, alteración del comportamiento , problemas de ajuste de tratamiento, trastornos mentales graves o sospechas de presentarlo sin diagnosticar, con inestabilidad por falta de adecuación o ausencia de tratamiento.

Siendo esta la población atendida se valora como necesario dotar a este recurso con un equipo de atención multidisciplinar que cuente con profesionales sanitarios (médico psiquiatra y enfermera psiquiátrica)

Objetivos que persigue

1. **Garantizar una atención sanitaria integral y de calidad** a las personas atendidas en el centro, con evaluación, seguimiento y derivación adecuados.
2. **Establecer un equipo multidisciplinar** de atención sanitaria especializado para abordar las complejidades y pluricontingencias de la población usuaria.
3. **Desarrollar y articular circuitos de derivación efectivos y coordinados** entre recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios.
4. **Asegurar el acceso a herramientas clínicas como Osabide**, facilitando el seguimiento y atención personalizada de las personas usuarias.
5. **Colaborar con el Departamento de Salud** para definir un modelo de atención sanitaria sostenible y ajustado a las necesidades del centro.
6. **Evaluar y ajustar las necesidades de financiación**, garantizando la sostenibilidad del recurso y la calidad de la atención ofrecida.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG.
- OSI Donostialdea.
- Red de Salud Mental Gipuzkoa.

- Salud Mental Hospitalaria
- Dirección Atención Sociosanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Dirección Territorial de Salud
- Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios
- Otros agentes

Indicadores de proceso

1. Creación de un grupo de trabajo:
    - Número de reuniones realizadas con los diversos agentes implicados, incluidos el Departamento de Salud, OSI Donostia y Salud Mental.
2. Evaluación inicial:
    - Porcentaje de personas atendidas que han recibido una evaluación inicial sanitaria completa.
3. Derivaciones a otros niveles asistenciales:
    - Número de personas usuarias derivadas a otros niveles asistenciales a través de circuitos preestablecidos.
4. Coordinación intersectorial:
    - Número de reuniones realizadas con el grupo de trabajo para la planificación y seguimiento del proyecto.

Indicadores de resultado

1. Consolidación del equipo de atención sanitaria:
    - Puesta en marcha de un equipo multidisciplinar de atención sanitaria en el centro (Sí/No).
2. Acceso a herramientas clínicas:
    - Porcentaje de profesionales del equipo con acceso activo a Osabide (sobre el total de profesionales que deberían haber tenido acceso).
3. Efectividad de las rutas asistenciales:
    - Número de rutas asistenciales de derivación operativas, con referentes de contacto en los sistemas de salud, social y sociosanitario.
4. Impacto en la salud de las personas usuarias:
    - Porcentaje de personas usuarias con mejora documentada en su situación sanitaria tras la intervención en el centro.

Proyecto 4.3.- Creación de estructuras asistenciales sociosanitarias de tránsito desde el ámbito infantojuvenil, al resto de recursos del Departamento, en el caso jóvenes con enfermedad mental o trastornos del neurodesarrollo.	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Arantxa Ayarza/ Garbiñe Saizar**/ Eneida Amas/ Aitziber Idiazabal / Jose Antonio Veras / Red de Salud Mental Gipuzkoa
Fecha inicio estimada	01/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2026

Descripción

La Ley 2/2024, de Infancia y Adolescencia de Euskadi, en su artículo 114, establece un marco para la atención sociosanitaria, destacando la necesidad de una coordinación efectiva entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario. Esta colaboración tiene como objetivo garantizar una respuesta integral a las necesidades de niñas, niños y adolescentes, especialmente en situaciones de vulnerabilidad o desprotección.

Este artículo subraya, además, la importancia de avanzar hacia la creación de unidades específicas de atención sociosanitaria. Estas unidades permiten una atención especializada, que integra tanto los aspectos sociales como los sanitarios, y se orientan a responder de manera eficaz a las necesidades complejas que afectan a la salud y el bienestar de este colectivo.

En este marco:

Las diputaciones forales son responsables de garantizar los servicios sociales especializados, diseñando recursos específicos para abordar las necesidades derivadas de la situación social de las personas menores, así como desarrollando actuaciones preventivas y de protección.

El Departamento de Salud asume la prestación de los servicios sanitarios necesarios, incluyendo la detección, tratamiento y seguimiento de problemas de salud física y mental que puedan incidir en el desarrollo y bienestar de niñas, niños y adolescentes.

La colaboración entre ambas instituciones no solo permite optimizar recursos, sino que también asegura la implementación de proyectos innovadores como el presente, en los que la creación de unidades específicas se convierte en una herramienta clave para ofrecer una atención integral. Estas unidades favorecen la prestación de servicios coordinados, cercanos y adaptados a las necesidades particulares de cada persona menor de edad.

En este contexto, se creó la Unidad Bizigazte de Arrasate, vivienda de atención a menores en desprotección, con graves problemas de salud mental. Se considera necesario la creación de un recurso de tránsito desde esta unidad una vez alcanzada la mayoría de edad, así como los mecanismos de coordinación necesarios con la Red de Salud Mental Infantojuvenil y de Adultos.

Objetivos que persigue

1. **Diseñar itinerarios asistenciales personalizados** que integren componentes sociales, sanitarios y sociosanitarios para menores de edad con discapacidad o dependencia atendidos en el sistema de protección.
2. **Facilitar el tránsito adecuado a la red de adultos** (discapacidad o salud mental) para aquellos menores que no pueden realizar un itinerario de emancipación.
3. **Crear un recurso asistencial** de tránsito desde el ámbito infantojuvenil a resto de recursos del Departamento.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG:
  - Servicio de Protección a la Infancia y la Adolescencia.
  - Servicio de Atención a las Personas con Dependencia y Discapacidad.
- Equipo de psiquiatría infanto-juvenil EPI Osakidetza
- Red de Salud Mental Gipuzkoa
- Dirección Atención Sociosanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Otros agentes

Indicadores de proceso

1. Diseño de itinerarios asistenciales personalizados:
   - Número de itinerarios asistenciales diseñados e implementados anualmente.
2. Facilitación del tránsito a la red de adultos:
   - Número de reuniones de la Comisión de valoración y orientación de casos realizadas al año.
3. Crear un recurso asistencial:
   Número de reuniones llevadas a cabo con objeto de diseñar el recurso.

Indicadores de resultado

1. Diseño de itinerarios asistenciales personalizados:
   - Porcentaje de menores con itinerarios asistenciales personalizados que reciben una valoración positiva tras su implementación (sobre total de menores con itinerarios asistenciales personalizados).
2. Facilitación del tránsito a la red de adultos:
   - Porcentaje de casos que transitan de manera efectiva a la red de adultos de discapacidad o salud mental respecto al total de menores valorados.
3. Crear un recurso asistencial:
   - Recurso puesto en marcha, Sí/No.

Proyecto 4.4.-Ruta asistencial sociosanitaria para personas con encefalopatía de Wernicke Korsakoff	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Jose Antonio Veras**/ Arantxa Ayarza / Garbiñe Saizar / Iñaki Carrera
Fecha inicio estimada	01/01/2024
Fecha fin estimada	31/12/2025

Descripción

El síndrome de Wernicke-Korsakoff se asocia frecuentemente a pacientes con un consumo crónico y excesivo de alcohol, pero puede deberse a cualquier causa que produzca déficit de tiamina.

Los síntomas comunes son: incapacidad para formar nuevos recuerdos, pérdida de la memoria que puede ser severa, pérdida de coordinación muscular movimientos descoordinados al caminar, marcha inestable, confabulación, alucinaciones, o cambios en la visión incluyendo visión doble.

Se genera una situación de encefalopatía y dependencia transitoria o permanente con pérdida de la capacidad de autocuidado que genera una situación de desprotección.

La abstinencia a tóxicos y el tratamiento adecuado producen una mejora de los síntomas que es variable en cada caso.

Es importante mantener a las personas afectadas en un medio libre de tóxicos, de carácter rehabilitador y con el tratamiento farmacológico adecuado para ir definiendo sus necesidades de atención y un plan de intervención.

Objetivos que persigue

1. **Definir y consolidar una ruta asistencial sociosanitaria integral**, que combine recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios, adaptada a las necesidades de las personas con encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.
2. **Garantizar un continuo asistencial** que evite vacíos en la atención y situaciones de desprotección para las personas afectadas.
3. **Adaptar los recursos asistenciales** a las características individuales de cada persona, considerando factores como situación cognitiva, conducta, consumo de tóxicos y voluntariedad.
4. **Reducir las situaciones de desprotección y riesgo** mediante la implementación de procedimientos de intervención adecuados.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y políticas sociales de La DFG.
- OSI Donostialdea.
- Comisión de valoración y orientación sociosanitaria.
- Otros agentes implicados.

Indicador de proceso

1. Definición y consolidación de la ruta asistencial:

- Número de reuniones realizadas por la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria para definir casos y recursos durante el periodo del proyecto.

2. Garantizar el continuo asistencial:
   - Número de personas con seguimiento activo durante el periodo del proyecto (2024-2025).
3. Adaptación de recursos asistenciales:
   - Número de recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios activados en función de las características individuales de las personas atendidas.
4. Reducción de desprotección y riesgo:
   - Número de ingresos involuntarios realizados durante los procesos de atención.

Indicadores de resultado

1. Definición y consolidación de la ruta asistencial:
   - Procedimiento de intervención sociosanitaria diseñado y validado al finalizar el proyecto.
2. Garantizar el continuo asistencial:
   - Porcentaje de personas atendidas que reciben alta a domicilio o a un recurso social estable tras el proceso asistencial.
3. Adaptación de recursos asistenciales:
   - Porcentaje de personas atendidas que acceden a recursos específicos adecuados a sus necesidades.
4. Reducción de desprotección y riesgo:
   - Porcentaje de personas que requieren intervenciones judiciales durante o al final del proceso respecto al total de personas atendidas.

Proyecto 4.5.-Comisión interinstitucional de gestión de casos complejos en situación de desprotección o riesgo de desprotección : Salud , Servicios sociales y Justicia	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Txaro Rodrigo**/ Aitziber Idiazabal/ Ander Zapiain/ Arantxa Ayarza / Iker Uson / Jose Antonio Veras / Responsable Servicio de Psiquiatría de Agudos / Rble. De Atención Primaria de la OSI Donostialdea
Fecha inicio estimada	01/01/2024
Fecha fin estimada	31/12/2025

Descripción

Existen situaciones en los que para poder atender de manera adecuada a las personas es precisa una intervención conjunta del Sistema de salud y de Servicios Sociales e incluso del Sistema de Justicia. Hay casos que podrían precisar de un intervención sanitaria previa o conjunta a la atención desde los Servicios Sociales, diagnóstico, tratamiento, estabilidad clínica, que pueden precisar o no un ingreso…s En aquellos casos en los que las personas no aceptan esta intervención de manera voluntaria vemos necesario una valoración inter sistema para decidir conjuntamente la necesidad o no de activar las medidas involuntarias necesarias de carácter sanitario, social o sociosanitario, para evitar situaciones de desprotección y asegurar un plan de intervención conjunto y efectivo.

Entendemos que una mesa de colaboración en la que estén presentes el Sistema de Salud, Justicia, y Servicios Sociales facilitaría esta labor, clarificando las medidas a tomar en cada caso y evitando situaciones de desprotección.

Se trata de construir un espacio de colaboración en el que, además de compartir estas reflexiones y dificultades, se puedan definir unos itinerarios o mínimos de atención La ley 8/2021 recoge en su preámbulo la posibilidad de generar una "mesa redonda" interprofesional donde tratar casos y unificar procesos de intervención. Junto a ello un sistema de colaboración interprofesional, entre profesionales especializados de los ámbitos social, sanitario y otros que pueda aconsejar las medidas de apoyo que resulten idóneas.

Objetivos que persigue

1. **Crear y consolidar una Comisión interinstitucional** para la gestión de casos complejos de desprotección, con la participación de agentes de los sistemas de Salud y, Servicios Sociales y Justicia
2. **Facilitar la toma de decisiones conjuntas** sobre medidas voluntarias o involuntarias necesarias en casos complejos, garantizando un enfoque coordinado e interdisciplinar.
3. **Diseñar itinerarios y protocolos de intervención específicos** para casos graves de desprotección, asegurando una atención eficaz y evitando duplicidades.
4. **Fortalecer la colaboración interprofesional** mediante un espacio de reflexión y coordinación sistemática entre los sistemas implicados.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales, Diputación Foral
- Sistema de Justicia, Juzgado N.º 6 Donostia.
- OSI Donostialdea.
- Red de Salud Mental Gipuzkoa.
- Dirección Territorial de salud

Indicadores de proceso

1. Creación y consolidación de la Comisión:
    - Número de reuniones realizadas entre los agentes implicados durante el periodo del proyecto.
2. Facilitar la toma de decisiones conjuntas:
    - Número de casos valorados y gestionados por la Comisión al año.
3. Diseño de itinerarios y protocolos:
    - Número de protocolos de intervención diseñados y aprobados por la Comisión.
4. Fortalecer la colaboración interprofesional:
    - Porcentaje de reuniones convocadas con asistencia completa de los agentes implicados.

Indicadores de resultado

1. Creación y consolidación de la Comisión:
    - Fecha de puesta en marcha efectiva de la mesa interinstitucional.
2. Facilitar la toma de decisiones conjuntas:
    - Porcentaje de casos gestionados mediante protocolos establecidos, sin necesidad de convocar a la Comisión.
3. Diseño de itinerarios y protocolos:
    - Porcentaje de casos que siguen los itinerarios definidos con éxito, según los objetivos establecidos en el plan de intervención.
4. Fortalecer la colaboración interprofesional:
    - Porcentaje de agentes implicados que reportan una mejora en la coordinación y efectividad del sistema (medido mediante encuestas de satisfacción).

Proyecto 4.6.-Puesta en marcha de nuevos recursos sociosanitarios cumplimiento del Mapa.	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	Ander Zapiain/ Arantxa Ayarza / Jon Iribar / Aitor Rodriguez
Fecha inicio estimada	01/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción

El Mapa de Servicios Sociales 2024-2030 de Gipuzkoa establece una serie de objetivos de creación de plazas y de ampliación de servicios en el citado horizonte. En la medida que algunos de los recursos incluidos en dicho Mapa tienen carácter sociosanitario, en la medida que se vaya cumpliendo también se irá completando la red de recursos sociosanitarios.

Objetivos que persigue

1. **Crear y activar plazas y servicios de carácter sociosanitario** según lo establecido en el Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa 2024-2030.
2. **Realizar una prospección efectiva de ubicaciones** para los nuevos recursos sociosanitarios, asegurando su viabilidad y adecuación.
3. **Garantizar la planificación y financiación anual** de los incrementos de plazas y servicios, alineados con las metas del Mapa.
4. **Evaluar el progreso en la implementación del Mapa**, asegurando el acercamiento progresivo a los objetivos previstos para 2030.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales, Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Dirección Territorial de Salud.

Indicadores de proceso

1. Creación y activación de plazas y servicios:
    - Número de plazas sociosanitarias presupuestadas anualmente, desglosadas por tipo de recurso:
        - Unidades Residenciales Sociosanitarias (URSS).
        - Viviendas con apoyos para personas con TMS.
        - Unidades Residenciales para personas con TMS.
        - Centros de Rehabilitación Psicosocial.
2. Prospección de ubicaciones:
    - Número de nuevos equipamientos evaluados para la implementación de recursos durante el año.
3. Planificación y financiación:
    - Porcentaje del presupuesto anual asignado a los incrementos de plazas y servicios en relación con lo planificado.
4. Evaluación del progreso:

- Número de informes anuales generados sobre el estado de implementación del Mapa en el ámbito sociosanitario.

Indicadores de resultado

1. Creación y activación de plazas y servicios:
    - Número de plazas sociosanitarias abiertas anualmente y porcentaje de avance hacia los objetivos del Mapa 2030, desglosado por tipo de recurso:
        - Unidades Residenciales Sociosanitarias (URSS).
        - Viviendas con apoyos para personas con TMS.
        - Unidades Residenciales para personas con TMS.
        - Centros de Rehabilitación Psicosocial.
2. Prospección de ubicaciones:
    - Porcentaje de equipamientos evaluados que resultaron viables y se incluyeron en los planes de desarrollo.
3. Planificación y financiación:
    - Porcentaje de plazas abiertas que se ajustan al presupuesto y cronograma previstos.
4. Evaluación del progreso:
    - Porcentaje de cumplimiento de los objetivos del Mapa en términos de plazas activadas y recursos disponibles para el horizonte 2030.

Proyecto 4.7.- Impulsar con la Red de Salud Mental servicios de soporte y apoyo para las personas con problemas de salud mental y con patología dual.	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Ander Zapiain/ Arantxa Ayarza/** Iker Uson/ Aitor Rodriguez/ Andrea Gabilondo/ Jose Antonio Veras
Fecha inicio estimada	01/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción

El proyecto tiene como objetivo central ajustar y fortalecer la Red de Servicios Sociales y Sanitarios para responder de manera adecuada, integral y coordinada a las necesidades de las personas con patología dual, un colectivo que enfrenta desafíos particulares derivados de la coexistencia de trastornos de salud mental y consumo problemático de sustancias.

La iniciativa busca superar las barreras actuales en la atención, promoviendo un enfoque basado en la personalización, la coordinación intersectorial, la capacitación de los y las profesionales, y la implementación de recursos específicos para este perfil de personas usuarias.

Es una de las áreas priorizadas en la Estrategia de salud mental de Euskadi. Es necesaria una definición consensuada de patología dual y un análisis de las necesidades. En Gipuzkoa no hay oferta terapéutica ni una unidad específica para la atención de estos casos (solo Galdakao tiene una pequeña unidad).

Objetivos que persigue

1. **Desarrollar recursos especializados** para la atención integral de personas con patología dual, incorporando servicios específicos dentro de la Red de Servicios Sociales y Sanitarios.
2. **Fortalecer la coordinación sociosanitaria**, estableciendo mecanismos de colaboración efectivos entre servicios sociales, salud mental y adicciones.
3. **Capacitar a los y las profesionales** en la atención a personas con patología dual, mediante formación especializada y promoción del trabajo interdisciplinar.
4. **Reducir el estigma asociado a la patología dual**, promoviendo la inclusión social y sensibilización comunitaria.
5. **Garantizar la accesibilidad y equidad** en los servicios, asegurando que todas las personas, independientemente de su situación, puedan acceder a una atención adecuada.

Agentes involucrados

- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales, Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Dirección Territorial de Salud.

Indicadores de proceso:

1. Desarrollo de recursos especializados:
    - Número de proyectos de recursos específicos trabajados por el grupo motor.
2. Fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria:
    - Número de protocolos de coordinación diseñados e implementados para la atención integral de personas con patología dual.

3. Capacitación de los y las profesionales:
    - Número de profesionales capacitados/as mediante formación especializada en patología dual, desglosados por sector.
4. Reducción del estigma:
    - Número de campañas de sensibilización realizadas para la reducción del estigma asociado a la patología dual.
5. Garantizar la accesibilidad y equidad:
    - Número de personas usuarias con patología dual que acceden a los nuevos recursos creados y a los recursos ya existentes.

Indicadores de resultado:

1. Desarrollo de recursos especializados:
    - Número de nuevos recursos específicos creados para personas con patología dual, desglosados por tipo (unidades, programas piloto, etc.).
2. Fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria:
    - Porcentaje de casos gestionados mediante los protocolos de coordinación establecidos.
3. Capacitación de los y las profesionales:
    - Porcentaje de profesionales que reportan sentirse capacitados/as para abordar casos de patología dual tras la formación.
4. Reducción del estigma:
    - Porcentaje de personas usuarias y familiares que reportan una reducción en la percepción del estigma social tras las campañas.
5. Garantizar la accesibilidad y equidad:
    - Porcentaje de personas usuarias con mejora documentada en su calidad de vida y situación sanitaria tras la intervención en los recursos específicos.

ÁREA ESTRATEGICA 5: INNOVACIÓN 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.

Proyecto 5.1.-BVD urgente ante situaciones de gran necesidad, proyecto piloto.	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Ander Zapiain** / Aitziber Atxaga / Jose Antonio Veras
Fecha inicio estimada	01/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2025

Descripción

Como es lógico, el acceso al sistema de protección a la Dependencia está condicionado a tener reconocida la situación de dependencia.

La dependencia está definida en la Ley 39/2006 de Dependencia como una situación de carácter permanente, y su determinación se realiza mediante la aplicación del baremo BVD regulado mediante RD 174/2011,

Desde la entrada en vigor de la Ley de dependencia, y la aplicación del BVD, siempre se ha producido una tensión entre la premura por valorar situaciones en las que la necesidad de apoyos ya está presente, y la obligación legal de que la situación ya no tenga margen de mejora.

Asimismo, dados los plazos administrativos necesarios para completar las diferentes solicitudes (la valoración, y cada uno de los servicios y prestaciones), hay determinadas situaciones de rápida evolución en que los servicios y prestaciones llegan demasiado tarde.

Objetivos que persigue

1. **Implementar un proyecto piloto de valoración urgente de dependencia** para personas con previsión de empeoramiento rápido en su situación de dependencia, permitiendo la activación inmediata de servicios y prestaciones.
2. **Definir un procedimiento operativo** que permita la valoración y respuesta inmediata en situaciones de alta necesidad.
3. **Evaluar la viabilidad y eficacia del proyecto piloto** y establecer criterios para su posible extensión.
4. **Garantizar una atención oportuna y adecuada** mediante la activación temprana de servicios y prestaciones para las personas incluidas en el proyecto.

Agentes involucrados

- OSI Donostialdea.
- Unidades especializadas del Hospital universitario Donostia
- Sección de Valoración y Orientación del Servicio de atención a la Dependencia y discapacidad, de la DFG

- Otros agentes implicados

Indicadores de proceso

1. Implementación del proyecto piloto:
    - Número de solicitudes de valoración de dependencia urgente (BVD inmediato) recibidas durante el periodo del piloto.
2. Definición del procedimiento:
    - Número de valoraciones realizadas mediante el procedimiento definido para el proyecto piloto.
3. Activación temprana de servicios:
    - Número de servicios y prestaciones activados para personas valoradas en el marco del proyecto piloto.
4. Colaboración interinstitucional:
    - Número de reuniones realizadas entre los agentes implicados para coordinar el proyecto piloto.

Indicadores de resultado

1. Implementación del proyecto piloto:
    - Porcentaje de personas incluidas en el proyecto que han recibido la valoración de dependencia dentro de los plazos definidos.
2. Definición del procedimiento:
    - Porcentaje de valoraciones realizadas que resultaron en la activación de servicios y prestaciones adecuados.
3. Evaluación del piloto:
    - Resultados de la evaluación global del proyecto piloto, desglosados por perfiles de personas usuarias.
4. Plan de extensión:
    - Elaboración de un plan para la extensión del programa piloto a otros colectivos o áreas, basado en los resultados obtenidos.

Proyecto 5.2.- Desarrollo de modelos estadísticos y de aprendizaje automático para predecir niveles de dependencia basados en datos sanitarios del repositorio centralizado de Osakidetza.	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Ander Zapiain**/Aitziber Atxaga/Xanti Moriones/Javier Mar
Fecha inicio estimada	1/09/2024
Fecha fin estimada	30/06/2027

Descripción

Desarrollo de modelos predictivos de niveles de dependencia basados en variables sanitarias registradas en sistemas de información de Osakidetza.

Para ello se va a diseñar un estudio observacional retrospectivo de las bases sociales sanitarias y sociales integradas. La población a estudio estará constituida por los guipuzcoanos/as mayores de 60 años vivos a fecha 31 de diciembre del 2022. Se incluirán las variables disponibles en la base de datos Oracle Analytics Server (OAS) de Osakidetza del proyecto PI2018143 distribuidas en sociodemográficas, diagnósticos, tratamientos farmacológicos y uso de recursos (hospitalizaciones y urgencias). El análisis se llevará a cabo mediante modelos predictivos construidos a partir de técnicas de estadística y de aprendizaje automático ("machine learning"). La variable respuesta de los modelos será el nivel de dependencia medido mediante la puntuación en el BVD y clasificado en cuatro niveles (0, I, II y III). Se utilizarán medidas de discriminación y de calibración para validar los modelos y medir su capacidad predictiva.

Objetivos que persigue

1. **Desarrollar modelos predictivos robustos** basados en datos sanitarios para anticipar el nivel de dependencia medido por el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD).
2. **Identificar variables sanitarias clave** asociadas con los diferentes niveles de dependencia para optimizar la toma de decisiones en la gestión de solicitudes de dependencia.
3. **Validar y seleccionar técnicas de aprendizaje automático** que proporcionen el mejor rendimiento predictivo en términos de discriminación y calibración.
4. **Proponer un modelo predictivo operativo** que priorice solicitudes de dependencia con base en los datos sanitarios disponibles.

Agentes involucrados

- ISS BIOGIPUZKOA.
- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG.

Indicadores de proceso

1. Desarrollo de modelos predictivos:
   - Número de iteraciones realizadas en el desarrollo de los modelos predictivos.
2. Identificación de variables clave:
   - Número de variables sanitarias incluidas en el análisis tras la depuración y revisión de la base de datos.

3. Validación de técnicas de aprendizaje automático:
    - Número de técnicas de aprendizaje automático evaluadas y comparadas.
4. Gestión del proyecto:
    - Número de reuniones del equipo motor realizadas durante el desarrollo del proyecto.

Indicadores de resultado

1. Desarrollo de modelos predictivos:
    - Si se ha logrado un modelo capaz de predecir el grado 3 de dependencia con un nivel de confianza superior al 85% en al menos el 20% del total de casos evaluados (Sí/No).
2. Identificación de variables clave:
    - Número de variables sanitarias con capacidad predictiva significativa identificadas.
3. Validación de técnicas de aprendizaje automático:
    - Técnica de aprendizaje automático seleccionada con el mejor rendimiento predictivo en términos de métricas de discriminación y calibración (especificada en el informe final).
4. Propuesta de modelo operativo:
    - Si se ha definido un modelo predictivo utilizable en la toma de decisiones para priorizar solicitudes de dependencia basadas en datos sanitarios (Sí/No).

Proyecto 5.3.- Unidad Experimental de Valoración y Apoyo a la Funcionalidad de las Personas Mayores (UVAF).	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Xanti Moriones/ Rakel San Sebastian**/ Ainhoa Becerra/ Carlos Barruso/ Itziar Bergara/ Javier Mar/ Karmele Uribarri/ Arantxa Ayarza
Fecha inicio estimada	1/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción:

Este proyecto se enmarca en el Plan Estratégico de Gestión 2024-2027 de la DFG, y más concretamente con:

Objetivo estratégico 1.1, Líneas de acción 1.1.2/1.1.3/1.1.5/1.1.6

Objetivo estratégico 1.1., Líneas de acción 1.2.1/1.2.2/1.2.3/1.2.4/1.2.7/1.2.8/1.2.12.

El proyecto busca **aumentar la esperanza de vida libre de discapacidad o saludable**, permitiendo que las personas mayores puedan **vivir más tiempo de forma independiente y con buena salud**. Para ello, es necesario desarrollar **acciones y recursos preventivos**, promoviendo estilos de vida saludables desde la infancia y a lo largo de todo el ciclo vital, evitando la fragilidad y la dependencia.

En este contexto, se propone la **creación de una Unidad Experimental de Valoración y Apoyo a la Funcionalidad de las Personas Mayores (UVAF)**, integrando los aprendizajes del **proyecto UVAF1-AGASE desarrollado en Pasaia**. Esta unidad ofrecerá **intervenciones innovadoras** para mantener la funcionalidad y prevenir la dependencia en personas mayores.

Se trata de una **unidad innovadora**, de nueva creación, que constituye un **espacio de trabajo conjunto** entre personal sanitario y social. Su objetivo es **valorar de forma integral la capacidad intrínseca de las personas mayores** que acudan al servicio, así como el **entorno en el que desarrollan su vida cotidiana**, con el fin de mejorarlo o adaptarlo a sus necesidades. **Este enfoque garantizará la máxima capacidad funcional en cada etapa del desarrollo vital de las personas mayores.**

Objetivos que persigue

Funcionalidad

1. **Definir un conjunto de intervenciones** para mejorar la funcionalidad de las personas mayores que viven en la comunidad.
2. **Guiar su funcionamiento y evaluar su impacto** en función del proceso y del resultado.
3. **Identificar los obstáculos y facilitadores** en la implantación de estas intervenciones.

Fragilidad

1. **Promover la salud** para la prevención de la fragilidad.

2. **Controlar la fragilidad y prevenir la dependencia** mediante intervenciones tempranas.
3. **Revertir la fragilidad**, mejorando la capacidad funcional de las personas mayores.

Agentes involucrados

- Fundación Adinberri.
- ISS BIOGIPUZKOA.
- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG.
- Servicios Sociales municipales.
- Osakidetza – Atención Primaria.
- Tercer sector y entidades de economía social.
- Centros de investigación y universidades.
- Sector empresarial vinculado a la innovación sociosanitaria.

Indicadores de proceso

Funcionalidad:

1. **Definir un conjunto de intervenciones para mejorar la funcionalidad de las personas mayores que viven en la comunidad:**
    - Número de intervenciones diseñadas y validadas para mejorar la funcionalidad de las personas mayores.
2. **Guiar su funcionamiento y valorar su impacto en función del proceso y del resultado:**
    - Número de protocolos implementados para el seguimiento y evaluación de las intervenciones.
3. **Definición de los obstáculos y facilitadores de implantación de estas intervenciones:**
    - Número de reuniones realizadas con los agentes implicados para identificar obstáculos y facilitadores en la implementación.

Fragilidad:

1. **Promoción de la salud para la prevención de la fragilidad:**
    - Número de actividades o campañas realizadas para la promoción de la salud enfocada en prevenir la fragilidad.
2. **Control de la fragilidad y prevención de la dependencia:**
    - Número de personas mayores sometidas a cribados o valoraciones para identificar fragilidad y prevenir dependencia.
3. **Revertir la fragilidad:**
    - Número de planes de intervención personalizados desarrollados para revertir la fragilidad.

Indicadores de resultado:

Funcionalidad:

1. **Definir un conjunto de intervenciones para mejorar la funcionalidad de las personas mayores que viven en la comunidad:**
    - Porcentaje de personas mayores que experimentan una mejora documentada en su funcionalidad tras participar en las intervenciones diseñadas.
2. **Guiar su funcionamiento y valorar su impacto en función del proceso y del resultado:**
    - Porcentaje de intervenciones implementadas que muestran impacto positivo según los criterios establecidos en el protocolo de evaluación.
3. **Definición de los obstáculos y facilitadores de implantación de estas intervenciones:**
    - Número y tipo de obstáculos superados, y facilitadores identificados que han mejorado la implementación de las intervenciones.

Fragilidad:

1. **Promoción de la salud para la prevención de la fragilidad:**
    - Porcentaje de personas mayores que participan en actividades de promoción de la salud y reportan cambios positivos en sus hábitos.
2. **Control de la fragilidad y prevención de la dependencia:**
    - Porcentaje de personas mayores identificadas en situación de fragilidad que no progresan hacia la dependencia tras la intervención.
3. **Revertir la fragilidad:**
    - Porcentaje de personas mayores en situación de fragilidad que revierten su condición tras la implementación de los planes de intervención personalizados.

Estructura del Proyecto

El proyecto se organizará en las siguientes fases:

1. **Preparación:**
    - Redacción del proyecto y colaboración en la constitución del consorcio.
2. **Gobernanza y gestión:**
    - Constitución y gestión del Grupo Motor y Comité de Evaluación.
    - Encuentro de lanzamiento y cierre del proyecto.
    - Monitorización e informes de seguimiento.
3. **Comunicación y difusión:**
    - Diseño y despliegue del Plan de Comunicación.
    - Creación de la web y material divulgativo.
4. **Mapa de experiencias y diagnóstico funcional:**
    - Sistematización de experiencias innovadoras.
    - Diagnóstico sobre capacidades funcionales de 120 personas en 6 municipios.
    - Elaboración de un informe de recomendaciones.
5. **Diseño de la Unidad UVAF:**
    - Definición del modelo organizacional y funcional.
    - Validación del modelo con instituciones y agentes clave.
6. **Experiencia piloto:**

    - Aplicación del piloto en 60 personas mayores en 4 municipios.
    - Evaluación del impacto y elaboración de recomendaciones.
7. **Escalado del proyecto:**
    - Creación de la **Red UVAF-AGASE**.
    - Desarrollo de programas de formación, transferencia e institucionalización.

Estructura del Proyecto

El proyecto se organizará en las siguientes fases:

1. **Preparación:**
    - Redacción del proyecto y colaboración en la constitución del consorcio.
2. **Gobernanza y gestión:**
    - Constitución y gestión del Grupo Motor y Comité de Evaluación.
    - Encuentro de lanzamiento y cierre del proyecto.
    - Monitorización e informes de seguimiento.
3. **Comunicación y difusión:**
    - Diseño y despliegue del Plan de Comunicación.
    - Creación de la web y material divulgativo.
4. **Mapa de experiencias y diagnóstico funcional:**
    - Sistematización de experiencias innovadoras.
    - Diagnóstico sobre capacidades funcionales de 120 personas en 6 municipios.
    - Elaboración de un informe de recomendaciones.
5. **Diseño de la Unidad UVAF:**
    - Definición del modelo organizacional y funcional.
    - Validación del modelo con instituciones y agentes clave.
6. **Experiencia piloto:**
    - Aplicación del piloto en 60 personas mayores en 4 municipios.
    - Evaluación del impacto y elaboración de recomendaciones.
7. **Escalado del proyecto:**
    - Creación de la **Red UVAF-AGASE**.
    - Desarrollo de programas de formación, transferencia e institucionalización.

Proyecto 5.4.- CITA GO-ON-Unidad comunitaria para la prevención, detección y atención al Alzheimer y otras demencias.	
Área estratégica	Atención Sociosanitaria
Responsable	**Pablo Martinez-Lage /Xanti Moriones/** Ainhoa Becerra/ Carolina Lopez de Ruiz/ Arantxa Ayarza/ Jose Antonio Veras
Fecha inicio estimada	1/01/2025
Fecha fin estimada	31/12/2027

Descripción:

El Departamento de Cuidados y Políticas Sociales (Diputación Foral de Gipuzkoa) está impulsando la Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 20>30, estrategia de largo plazo que tiene el propósito general de transformar Gipuzkoa en un Territorio de Cuidados.

Como parte del despliegue de la Agenda de Cuidados y Políticas Sociales 20>30, con el objetivo de establecer un Centro de Referencia (CITA GO-ON) que ofrezca una respuesta especializada, integral y continua al desafío del Alzheimer y otras demencias.

El centro contará con dos unidades especializadas. Una enfocada a la prevención, sensibilización, detección e intervención temprana, y otra dedicada a la atención, orientación y cuidado de las personas afectadas, promoviendo su permanencia en el entorno domiciliario y comunitario. Ambas unidades abordan de manera integral los ámbitos personal familiar y comunitario, aportando un enfoque diferencial y valioso en la atención al Alzheimer y otras demencias.

Retos del Proyecto.

- Generar una nueva cultura de Prevención e intervención para disminuir la carga de dependencia grave generada por el Alzheimer y otras demencias.
- Trasformar la sociedad y activar su papel como agente de cambio diferente a la amenaza de las enfermedades asociadas al envejecimiento.
- Acercar a las personas los avances de la ciencia epidemiológica y social en el ámbito de la prevención de la enfermedad.
- Promover la autonomía y la capacidad de las personas en fases leves de la enfermedad, mantener su independencia y reducir sus necesidades asistenciales
- Prolongar la permanencia de las personas dependientes en el entorno familiar, domiciliario, social y comunitario para mejorar su calidad de vida y reducir la dependencia grave.
- Lograr un resultado positivo coste efectividad para garantizar la sostenibilidad y escalado del proyecto.

Objetivos que persigue

Objetivo General

El objetivo principal es establecer un **Centro de referencia que ofrezca una respuesta especializada integral y continua al desafío del Alzheimer y otras demencias.**

Objetivos específicos

1. Desarrollar e implementar programas de sensibilización y educación comunitaria.
2. Implementar un programa de prevención de la demencia.
3. Promover la detección de personas con perfiles de riesgo alto de desarrollar demencia y contribuir al Diagnóstico temprano del Alzheimer y otras demencias.
4. Implementar intervenciones Tempranas para Ralentizar la progresión del Alzheimer y mejorar la Calidad de vida de las personas.
5. Implantar servicios para la permanencia en el Hogar/ Comunidad.
6. Proveer apoyo especializado a personas, familias y cuidadores.
7. Proveer atención integral en un centro de Día terapéutico especializado.
8. Fomentar la creación de redes de apoyo solidarias
9. Realizar una evaluación coste efectividad para la sostenibilidad y escalado.

Agentes involucrados

- Fundación Adinberri.
- CITA GO-ON.
- Departamento de Cuidados y Políticas Sociales de la DFG.
- Servicios Sociales municipales, ayuntamiento de Donostia.
- OSI Donostialdea.
- Gobierno Vasco / Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico (servicio de Teleasistencia)
- Asociaciones de familiares y personas con Alzheimer u otras demencias de Gipuzkoa.

Indicadores de proceso

4. Constituir y desplegar el Grupo Motor. SI/NO
5. Constituir la Secretaría técnica de Gestión del Proyecto. SI/NO
6. Constituir redes de coordinación con la OSI Donostia. SI/No
7. Constitución de la Oficina de evaluación del riesgo. SI/No
8. Diseñar e implementar un modelo de evaluación del impacto. SI/No
9. Diseño de un modelo de evaluación de coste efectividad para la sostenibilidad y escalado del servicio al territorio de Gipuzkoa. SI/No

Indicadores de resultado:

1. **Puesta en marcha de un Centro de referencia que ofrezca una respuesta especializada integral y continua al desafía del Alzheimer y otras demencias.**
    - Puesta en marcha del Centro de referencia: SI/NO
2. **Implementar programas de sensibilización y educación comunitaria.**
    - Nº de programas diseñados/ implementados.
3. **Implementar un programa de prevención de la demencia.**
    - Programa implantado: Si / NO
4. **Detección de personas con perfiles de riesgo alto de desarrollar demencia y contribuir al Diagnóstico temprano del Alzheimer y otras demencias.**
    - % de personas detectadas con riesgo alto respecto a la población Diana.
    - % de personas diagnosticadas en relación a las personas riesgo.

5. **Implementar intervenciones Tempranas para Ralentizar la progresión del Alzheimer y mejorar la Calidad de vida**.
    - Nº de intervenciones activadas
6. **Implantar servicios para la permanencia en el Hogar/ Comunidad.**
    - Nº de personas con servicios implementados respecto la población Diana.
7. **Implementar el apoyo especializado a personas, familias y cuidadores.**
    - Nº de personas atendidas respecto la población Diana.
8. **Creación de redes de apoyo solidarias.**
    - Nº de redes creadas.
9. **Realizar una evaluación coste efectividad para la sostenibilidad y escalado.**
    - Evaluación realizada: Si / No
10. **Trasferencia del aprendizaje.**
    - Nº de transferencias iniciadas a otras comarcas