

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE ECONOMÍA, INDUSTRIA Y COMPETITIVIDAD

- 3851** *Resolución de 1 de marzo de 2018, de la Secretaría General de Ciencia e Innovación, por la que se corrigen errores en la de 11 de mayo de 2017, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Gerencia de Servicios Sociales, la Gerencia Regional de Salud y la Agencia de Innovación, Financiación e Internacionalización de Castilla y León, para el proyecto «Desarrollo de una plataforma de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia».*

Advertido error en la publicación del anexo I al Convenio de colaboración entre el Ministerio de Economía y Competitividad, la Gerencia de Servicios Sociales, la Gerencia Regional de Salud y la Agencia de Innovación, Financiación e Internacionalización de Castilla y León para el proyecto «Desarrollo de una plataforma de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia», publicado en el «Boletín Oficial del Estado» núm. 133 de 5 de junio de 2017, sec. III, páginas 45761-45872 en virtud de Resolución de 11 de mayo de 2017 de la Secretaría General de Ciencia e Innovación;

Esta Secretaría General resuelve sustituir el anexo I incorrecto y disponer la publicación de la versión correcta del mismo.

Madrid, 1 de marzo de 2018.—El Secretario General de Ciencia e Innovación, Juan María Vázquez Rojas.

ANEXO I

Memoria y presupuesto

Desarrollo de una Plataforma Tecnológica de Atención Sociosanitaria al Paciente Crónico y Personas en Situación de Dependencia

Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud (SACYL) y Agencia de Innovación, Financiación e Internacionalización de Castilla y León (ADE) a la Línea de Fomento de la Innovación desde la demanda al amparo del Programa Operativo 2014-2020.

ÍNDICE

1. Justificación.
2. Entidades colaboradoras.
3. Objeto de la colaboración y descripción del proyecto.
 - 3.1 Objetivos genéricos.
 - 3.2 Objetivos Técnicos (Infraestructuras I+D, Fomento).
 - 3.3 Objetivos específicos: Actuaciones.
 - 3.4 Resultados esperados. Servicio Público a mejorar.
 - 3.4.1 Servicios Públicos.
 - 3.4.2 Indicadores de los beneficios esperados (ingresos, ahorros).
 - 3.4.3 Público objetivo de la mejora (usuarios de los servicios).
 - 3.5 Fomento de la innovación y la competitividad (Indicadores).
 - 3.5.1 Población Empresarial Objeto del Formato de la Innovación.

4. Coherencia y complementariedad.
 - 4.1 Coherencia con la Estrategia Europa 2020.
 - 4.2 Coherencia con la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología 2013-2020.
 - 4.3 Coherencia con el Plan Regional de I+D+i.
 - 4.3.1 Coherencia con el Plan Regional de I+D+I RIS3.
 - 4.4 Integración de otras prioridades.
5. Ejecución del convenio: El proyecto.
 - 5.1 Necesidades detectadas y prioridades.
 - 5.1.1 Necesidades.
 - 5.1.2 Prioridades.
 - 5.2 Retos tecnológicos.
 - 5.3 Enfoque estratégico.
 - 5.4 Solución tecnológica: El proyecto.
 - 5.4.1 Plataforma Tecnológica.
 - 5.4.2 Subproyectos que comprende la plataforma.
 - 5.4.3 Modelo funcional y tecnológico.
 - 5.5 Innovaciones y entregables del proyecto.
6. Ejecución del convenio: Modelo y procedimiento de gestión y control del proyecto.
 - 6.1 Modelo de gestión del proyecto.
 - 6.2 Localización geográfica del proyecto.
 - 6.3 Arquitectura de compra pública innovadora.
 - 6.4 Análisis del mapa de demanda temprana.
 - 6.5 Tratamiento de los derechos de propiedad industrial e intelectual.
7. Calendario y presupuesto.
 - 7.1 Cronograma del proyecto.
 - 7.2 Fases del proyecto.
 - 7.2.1 Análisis y diseño de los Servicios.
 - 7.2.2 Desarrollo de la plataforma sociosanitaria e Integración de sistemas.
 - 7.2.3 Despliegue de servicios.
 - 7.2.4 Soporte.
 - 7.2.5 Operación y Logística.
 - 7.2.6 Diseño de un plan de eficiencia.
 - 7.2.7 Evaluación de los Servicios.
 - 7.2.8 Justificación del Proyecto.
 - 7.3 Presupuesto anualizado del proyecto.
8. Cuadro de mando: modelo de evaluación e indicadores.
 - 8.1 Indicadores de evaluación.
 - 8.1.1 Indicadores de estructura.
 - 8.1.2 Indicadores de proceso.
 - 8.1.3 Indicadores de resultado.
 - 8.2 Indicadores de gestión de cada subproyecto.

1. *Justificación*

El envejecimiento progresivo de la población, la modificación de los estilos de vida, los avances en el campo sanitario y los recursos sociales actuales, han aumentado de forma considerable en la sociedad actual el incremento de personas dependientes y con enfermedades crónicas.

La atención social y los recursos sociales necesarios para atender adecuadamente a las personas dependientes se han incrementado notablemente. Por otro lado, el impacto de las enfermedades crónicas es muy elevado, estimándose que en la actualidad estos enfermos generan la mayoría de las consultas de atención primaria y más de la mitad de los ingresos hospitalarios generando al menos el 70% del gasto sanitario.

En Castilla y León, con una población de las más envejecidas de España, dispersa y eminentemente rural, se hace imprescindible llevar a cabo las adaptaciones en el sistema sanitario y social que permitan gestionar de modo eficiente la cronicidad mediante la reorientación hacia las necesidades del paciente y la integración de ambos servicios.

Por este motivo se ha elaborado la «Estrategia de Atención sociosanitaria al paciente crónico en Castilla y León», con el objetivo de dar respuesta a las necesidades sanitarias y sociales de estos pacientes y que se fundamenta en cinco aspectos fundamentales: organizar y adecuar los recursos sanitarios y sociales a las condiciones y necesidades de estas personas, potenciar el papel de la atención primaria, asegurar la coordinación entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales para garantizar la continuidad de los cuidados, promover la participación activa de los pacientes y personas cuidadoras en el mantenimiento de la salud y avanzar hacia una coordinación efectiva de los sistemas sanitario y social.

El sistema actual adolece del concepto de visión única de paciente y por lo tanto, en el ámbito asistencial como social, es necesario mejorar la eficiencia de los procesos, prestando servicios integrales en los territorios geográficos y asegurar la continuidad asistencial, siendo para ello necesario integrar procesos transversales complejos enfocados a la gestión de casos.

Muchas personas de Castilla y León son atendidas simultáneamente por los sistemas sanitario y social. En la mayoría de los casos esta circunstancia no impide que ambos sistemas atiendan a la persona de forma adecuada. Pero existen otros muchos casos en que la complejidad de las necesidades, tanto de salud como sociales, y de las circunstancias que rodean a la persona, hace necesario que las actuaciones de ambos sistemas se coordinen estrechamente y deban actuar de forma simultánea y complementaria para dar respuesta a las necesidades de las personas.

La continuidad de la atención, la complementariedad entre salud y servicios sociales, y la atención integral a las necesidades de la persona, especialmente en casos con múltiples problemas de salud y sociales, requieren mecanismos de cooperación entre los profesionales de ambos sistemas.

Además, la correcta atención sanitaria y social a enfermos crónicos y a personas en situación de dependencia es hoy un objetivo fundamental de las políticas públicas en ambos sectores.

El alto desarrollo de las tecnologías de la información que ambos sistemas poseen es una oportunidad, en este momento, de avanzar en la integración de los procesos transversales asistenciales y sociales complejos tal como refleja la «Estrategia de atención al paciente crónico», además de la voluntad de coordinación puesta de manifiesto en el Protocolo en materia de coordinación sociosanitaria entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León de 2011. Por otra parte, disponer de un sistema automatizado para identificar y compartir información de manera única a las personas atendidas por ambos sistemas mejoraría notablemente la coordinación.

Por lo tanto el objetivo de esta iniciativa es el desarrollo de las tecnologías y soluciones necesarias que permitan integrar los procesos asistenciales y sociales en una única plataforma, y cuyas innovaciones sean utilizables por otras entidades en el ámbito socio-sanitario. El proyecto no supone equipar un servicio al completo, sino que se realizarán pruebas a escala para evaluar resultados.

2. Entidades colaboradoras

Las entidades colaboradoras en este proyecto son el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO), la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL) y la Agencia de Innovación, Financiación e Internacionalización de Castilla y León (ADE).

El interés común entre las entidades que participan en este proyecto radica en la prestación de un mejor servicio a los ciudadanos de la región al poder contar con sistemas avanzados que permitan conectar de manera efectiva la historia clínica con la historial social y dotarse de herramientas innovadoras para prestar mejores servicios y hacerlo de forma más eficiente, dentro de la especial coyuntura de la población, envejecimiento y dispersión rural, en Castilla y León. Este impulso a la atención sociosanitaria fue anunciado por el Presidente de la Junta de Castilla en su discurso de investidura de 23 de junio de 2011.

a) Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León:

La Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, creada por Ley 2/1995, de 6 de abril, es un organismo público dependiente de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León al que corresponde la ejecución de las competencias de administración y gestión de los centros, servicios y programas sociales que le encomiende la Junta de Castilla y León.

El Decreto 2/1998, de 8 de enero, establece que sus funciones son:

La Gerencia de Servicios Sociales, llevará a cabo la planificación, programación y ejecución de las competencias en materia de acción social y servicios sociales, referidas a los servicios básicos y a los sectores o colectivos de familia, menores, personas mayores, personas con discapacidad con certificados de minusvalía (en adelante personas con discapacidad), personas desfavorecidas y minorías étnicas, correspondiéndole:

- La elaboración del Plan Estratégico del Sistema de Acción Social y del Mapa Regional de Servicios Sociales.
- La elaboración y ejecución de los Planes Regionales Sectoriales en los sectores referidos.
- La organización, gestión, desarrollo, control, coordinación e inspección de centros propios o adscritos.
- El control y la inspección de los centros y servicios cuya titularidad corresponda a personas o entidades públicas o privadas de carácter social.
- El establecimiento y gestión de convenios, conciertos, contratos y demás acuerdos con entidades, empresas o profesionales, para la prestación de servicios en la Comunidad de Castilla y León en las materias de su competencia.
- La gestión de programas y prestaciones referidas a los sectores de su competencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.
- La promoción del ocio y de la cultura en las personas mayores.
- Desarrollo y gestión de actuaciones referidas a los Fondos Estructurales y otras ayudas procedentes de la Unión Europea u otras administraciones públicas, en los colectivos y sectores objeto de su competencia.
- Coordinación y colaboración con entidades locales, entidades privadas y otras administraciones públicas en las materias propias de su competencia.
- La Colaboración con la Consejería de Sanidad en materia de coordinación sociosanitaria.
- Organización y desarrollo de programas de formación, estudio e investigación en las materias de su competencia.
- Inscripción y registro de entidades y servicios, así como autorización de centros en el marco de la Ley de Acción Social y Servicios Sociales, excepto los que, en función de la materia, corresponden al Comisionado Regional para la Droga.
- Mantener relaciones con Instituciones Internacionales y Organizaciones No Gubernamentales.

- Cualquier otra función que se le encomiende por los órganos competentes de la Administración.
- La planificación, promoción, desarrollo y coordinación de iniciativas de apoyo a la familia.
- El desarrollo de la información, estudios y estadísticas en materia de familia y servicios sociales.

b) Gerencia Regional de Salud de Castilla y León:

La Gerencia Regional de Salud (SACYL), creada por Ley 1/1993, de 6 de abril, (actualmente la Ley 8/2010, de 30 de agosto) es un organismo público dependiente de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. La Gerencia Regional de Salud tiene por finalidad ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas públicos sanitarios de carácter asistencial y de atención a la salud de la Comunidad de Castilla y León.

El Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, establece que:

La Gerencia Regional de Salud, como órgano competente para la administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, ostentará, conforme a los objetivos y principios establecidos en su Ley de creación, las siguientes atribuciones:

- Dirección, administración y gestión de los centros, servicios y establecimientos integrados en la misma en el apartado 1 del artículo 2 del presente Reglamento.
- Dirección, coordinación, supervisión y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios a que se refieren los apartados 2 y 3 del artículo 2 del presente Reglamento, así como la participación en las entidades instrumentales a que se refiere el artículo 2.3.
- Prestación de asistencia sanitaria en sus centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones que le están encomendadas.
- Coordinación de todas las actividades relacionadas con donaciones, extracciones y trasplantes de órganos y tejidos que se realicen en los centros, servicios y establecimientos sanitarios radicados en el territorio de la Comunidad de Castilla y León.
- Aquellas que se le atribuyan legal o reglamentariamente.
- En la ejecución de sus funciones, la Gerencia Regional de Salud está supeditada al ejercicio de las competencias atribuidas por los artículos 55 y 56 de la Ley 1/1993, de Ordenación del Sistema Sanitario, a la Junta de Castilla y León y a la Consejería de Sanidad.
- La Gerencia Regional de Salud elaborará y desarrollará un Plan Anual de Gestión en los ámbitos de la Atención Primaria y de la Atención Especializada de Salud. Dicho Plan tendrá como fin la optimización de los recursos disponibles y la mejora continuada de la calidad de cara al cumplimiento de los objetivos previstos en el Plan de Salud de Castilla y León y en el resto de herramientas planificadoras que se establezcan por parte de la Junta de Castilla y León y de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

c) Agencia de Innovación, Financiación e Internacionalización de Castilla y León (ADE).

La Agencia de Innovación, Financiación e Internacionalización de Castilla y León (ADE), es un ente público de Derecho Privado de los previstos en los capítulos I y III del Título VII de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, adscrita a la Consejería competente en materia de promoción económica. Sus funciones se encuentran reguladas en el Decreto 67/2011, de 15 de diciembre, por el que se aprueba su Reglamento de Actuación, entre las que se encuentra el desarrollo de actuaciones que promuevan la investigación el desarrollo y la

innovación en Castilla y León. En el marco del presente proyecto, junto a la Gerencia de Servicios Sociales y la Gerencia Regional de Salud, formará parte de la Oficina de Gestión del Proyecto.

d) Ministerio de Economía y Competitividad.

Corresponde al Estado el «fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica», de acuerdo con el artículo 149.1.15 de la Constitución. De forma específica, según el Real Decreto 1823/2011, de 21 de diciembre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales, y se crea el Ministerio de Economía y Competitividad (en adelante MINECO), corresponde a éste la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación en todos los sectores. Todo ello de acuerdo con los objetivos que se concretan en el vigente Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación (2013-2016) junto con las orientaciones de la Comisión Europea sobre construcción del Espacio Europeo de Investigación y las directrices estratégicas comunitarias en materia de cohesión.

La Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación establece el marco para el fomento de la investigación científica y técnica y sus instrumentos de coordinación general, con el fin de contribuir a la generación, difusión y transferencia del conocimiento para resolver los problemas esenciales de la sociedad. El objeto fundamental es la promoción de la investigación, el desarrollo experimental y la innovación como elementos sobre los que ha de asentarse el desarrollo económico sostenible y el bienestar social.

La Secretaría de Estado de I+D+i (SEIDI) y, en particular, la Secretaría General de Ciencia Tecnología e Innovación (SGCTi), del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO), y, dentro de la misma, la Dirección General de Innovación y Competitividad (DGIC) a través de la Subdirección General de Fomento de la Innovación Empresarial (SGFIE) tienen entre sus objetivos el impulso de la Compra Pública Innovadora como instrumento para mejorar los servicios públicos al tiempo que fortalecer las capacidades innovadoras de las empresas, de acuerdo con el artículo 13.1 del Real Decreto 345/2012, de 10 de febrero, que desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Economía y Competitividad.

La SGFIE, como órgano impulsor de programas de CPI, asesorará a las dos Gerencias y a la ADE en la definición de las arquitecturas financieras de CPI con objeto de maximizar el impacto en la innovación empresarial del presente programa. Tanto la Gerencia de Servicios Sociales, como la Gerencia Regional de Salud y la ADE consultarán preceptivamente con la SGFIE en la elaboración y puesta en marcha de actuaciones de CPI así como en la definición de indicadores y medidas tendentes a fomentar la competitividad empresarial.

Concurrencia o no en el Tráfico Mercantil: Las instituciones mencionadas son de carácter público y los servicios prestados, de carácter universal y estipulados por ley, no son generadores de ingresos y no suponen concurrencia con el tráfico mercantil.

3. Objeto de la colaboración y descripción del proyecto

3.1 Objetivos genéricos.

La plataforma tecnológica de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia incluye un conjunto de soluciones innovadoras que en conjunto suponen la potenciación de las capacidades de los recursos existentes para atender las necesidades sanitarias y sociales de forma conjunta en las personas que lo requieren.

La plataforma se centra principalmente en:

1. Un nuevo modelo de atención sociosanitaria centrado en las personas.

La atención sanitaria focalizada en episodios agudos tiene que transformarse para abordar a las personas con procesos crónicos de forma integral, continuada y eficiente, especialmente en el caso de las de riesgo moderado y alto y con pluripatologías. Para estas personas resulta así mismo fundamental combinar la intervención social con la sanitaria de forma personalizada e inmediata.

El conjunto de soluciones permite compartir al instante las historias clínica y social, consultar y acordar en tiempo real los planes de atención complementarios, y generalizar el plan de atención individual, en un nuevo concepto de coordinación e historia sociosanitaria.

2. Preservar la vida independiente de las personas.

Promover la autonomía de la vida normalizada de las personas con enfermedades crónicas y/o con dependencia, en el entorno habitual de su hogar y su comunidad, es tanto una responsabilidad de los sistemas públicos asistenciales, como un requisito de eficiencia.

La plataforma permite integrar progresivamente soluciones de tele monitorización, tele atención y asistencia tanto sanitaria como social, incluyendo la rehabilitación a distancia la potenciación de la capacidad de la persona para cuidarse y la de su cuidador, y la comunicación con miembros significativos para la persona de su comunidad.

3. Continuidad de la atención entre sanidad y servicios sociales.

En los casos de personas con necesidades de cuidados sanitarios y sociales de alta intensidad cobra especial relevancia el acceso directo a servicios sociales desde hospitales u otros dispositivos sanitarios.

La incorporación de soluciones para la gestión de procesos de atención sanitaria y social de forma inmediata, especialmente en el alta hospitalaria de personas con necesidades de atención social integral permite garantizar la continuidad socio sanitaria en todo el territorio.

3.2 Objetivos técnicos (Infraestructuras I+D, Fomento).

Mediante el presente proyecto se pretende llevar a cabo el desarrollo de las tecnologías y soluciones necesarias que permitan desde una única plataforma tecnológica la atención integral por los servicios sociales y sanitarios, que permita mejorar la gestión de los casos y canalizar apoyos al ciudadano que vive tanto en su domicilio como en instituciones sociosanitarias, con patología crónica/pluripatológica y/o en situación de dependencia o predependencia, a través de la aplicación de las nuevas tecnologías con todas las nuevas posibilidades que ofrecen, así como las posibilidades de las innovaciones en tecnología que se pueden desarrollar y aplicar al ámbito de la atención al ciudadano en el marco de la atención sociosanitaria y en especial a los pacientes crónicos o pluripatológicos y personas en situación de dependencia. El proyecto implicará la realización de pruebas a escala.

Para ello deberemos disponer de sistemas de información sobre atención sanitaria y social a personas, que deben ser interoperables sobre la base de un proyecto común, permitiendo:

1. Disponer de un sistema que permita identificar de manera única y actualizada a las personas atendidas por ambos sistemas de forma automatizada.
2. Orientación hacia los procesos: que permita la Implementación de la gestión por procesos en la asistencia sanitaria y social (guías clínicas y rutas).
3. Disponibilidad de intercambio de información a través de mensajería estándar HL7 (Health Level 7) y sistemas de codificación estándar internacional (CIE-10, SNOMED, RIM,..) entre los sistemas actuales, así como los que se desarrollen e incorporen próximamente y en un futuro.
4. Disponibilidad de inteligencia proactiva: que permita reducir los tiempos de diagnóstico de las complicaciones e identificar patrones de comportamiento mandando avisos y alertas clínicas a los profesionales (ingresos, altas, exacerbaciones, adherencia, etc.) y a los cuidadores.
5. Monitorización y seguimiento: la medición del éxito de los programas mediante indicadores es fundamental para poder establecer objetivos y lograr la optimización de los procesos. La solución permitirá la monitorización constante, para lograr la máxima transparencia de resultados, y poder medir en todo momento el éxito de los programas de atención.

6. Soporte y herramientas para potenciar todos los entornos y diferentes ámbitos de la atención integral y compartida sociosanitaria, incluyendo todos los espacios alternativos de atención: Residencias, centros de día, UCSS, etc.

7. Permitir el desarrollo de nuevos contenidos y redes de comunicación para intercambiar de forma efectiva estos contenidos y toda la información gestionada en fases sucesivas en función de las prioridades y perfiles determinados. Acercando los profesionales a los ciudadanos que requieren cada vez más de sus servicios.

Se trata de una plataforma que posibilita la relación entre la persona en situación de dependencia y sus profesionales de referencia en los sistemas públicos de salud y de servicios sociales, al tiempo que les proporciona a éstos una visión global de la situación de la persona. Para ello la plataforma debe gestionar la información del ciudadano en distintas aplicaciones y fuentes de información, dando lugar a una verdadera y efectiva historia de salud y social del paciente, y también debe posibilitar incorporar y guiar la prestación de nuevos servicios que se pueden ofrecer a los ciudadanos en base a la aplicación del avance de las nuevas tecnologías y de nuevos desarrollos de las mismas.

3.3 objetivos específicos: Actuaciones.

Para conseguir estos objetivos está previsto el desarrollo de 7 subproyectos que se relacionan a continuación:

| Área temática | Subproyecto |
|---|--|
| Nuevo modelo de atención socio-sanitaria centrado en las personas en continuidad. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación sociosanitaria: Atención sanitaria y social integrada. Historia sociosanitaria. 2. Historia social digital para personas en situación de dependencia. 3. El nuevo profesional sociosanitario digital. 4. Mediateca de interacción paciente-profesional. |
| Preservar la vida independiente de las personas. | <ol style="list-style-type: none"> 5. El paciente en su hogar. 6. Teleasistencia clínica y social avanzada. 7. Servicios digitales de atención sociosanitaria a los ciudadanos. |

Descripción y Objetivos de cada uno de los subproyectos:

1. Coordinación sociosanitaria: Atención sanitaria y social integrada. Historia sociosanitaria.

Solución que permita la atención sanitaria y social integrada al compartir los planes de atención y cuidados, aplicados individualmente a las personas, facilitando su continuidad asistencial independientemente de su situación (vida normal, hospitalización, residencia, urgencias, atención social, ...) y mediante una interacción globalmente definida, mediante un conector de los sistemas de información de sanidad y de servicios sociales para integrar datos de la identidad de personas, gestionar consultas recíprocas, y gestionar procesos de interacción sociosanitarios como interconsultas entre profesionales de sanidad y de servicios sociales y derivaciones de personas en situación de dependencia desde dispositivos sanitarios a los servicios sociales.

2. Historia social digital para personas en situación de dependencia.

Módulo software con el que cada persona en situación de dependencia contará con una historia social digital compartida que incluirá el proyecto de vida, los apoyos para la autonomía y los cuidados precisos para la atención de sus necesidades básicas, a la que tendrán acceso todos los profesionales de las redes asistenciales social y sanitaria relacionados con ella en cada momento. La elaboración y el seguimiento de la historia social se realizarán por el servicio social de referencia de cada persona, en función de la situación asistencial, pudiendo ser un Centro de Acción Social, un servicio de promoción de la autonomía personal, un centro de día, un centro multiservicio, o un centro residencial.

3. El nuevo profesional sociosanitario digital.

Subproyecto que incluirá una plataforma de integración de la información de la historia sociosanitaria, con un Sistema de alertas multinivel. En este proyecto también se desarrollarán módulos de Formación, evaluación y aprendizaje a partir de sistemas de guías asistenciales y clínicas inteligentes, y Sistemas de apoyo a la toma de decisiones (Business Inteligente y tecnologías Big Data). La interfaz del profesional estará integrada con el módulo de coordinación sociosanitaria, con acceso telemático a servicios y contenidos sanitarios y sociales (Wifi, Bluetooth, RFID, GSM, RTB, Internet/Redes privadas, SMART TV...).

4. Mediateca de interacción paciente-profesional.

Módulo software, integrable con la historia clínica y social, para disponer de una mediateca de todo tipo de información multimedia necesaria y relacionada con las interacciones paciente-profesional en el ámbito de la atención sanitaria y social, extendiendo el concepto de sistema de almacenamiento vertical actual como PACs, a los diferentes formatos.

5. El paciente en su hogar.

Sistema que permitirá la atención integral en el domicilio del paciente, tanto por profesionales de la red sanitaria como social.

Incluye la integración con los servicios sociales y con un sistema de alertas multinivel a través de elementos software y hardware.

6. Teleasistencia clínica y social avanzada.

Solución que integre una plataforma de teleasistencia avanzada existente con el módulo de coordinación con la historia sociosanitaria interactiva. Incluye herramientas de comunicación segura y deben contemplar el papel del cuidador desde su diseño. Debe estar integrada con el resto de módulos y debe ir ligado su desarrollo a los dispositivos de comunicación de forma desacoplada. Incluyen las teleconsultas, interconsultas (medios de comunicación seguros) según la eficacia y posibilidades de los destinatarios (paciente-profesional, paciente-cuidador-profesional, paciente-profesionales,...).

7. Servicios digitales de atención sociosanitaria a los ciudadanos.

Solución para el paciente crónico y para personas en situación de dependencia, que no sólo contempla el acceso a historia clínica, historial farmacológico y trámites administrativos (petición de informes, gestión de citas,...), sino que también recoge Plan de cuidados personales sociales y sanitarios, pautas generales de autonomía relacionadas con cada perfil y el acceso a información sobre productos de apoyo y accesibilidad, a la agenda de contactos personales o a la rehabilitación a distancia. En este último campo destaca un Conector específico para integrar en la plataforma de herramientas de estimulación, rehabilitación y mantenimiento de las personas dependientes a distancia.

Se integrará con el módulo de hogar digital asistencial y debe estar dotado de un alto grado de seguridad y confidencialidad.

También ofrecerá solución de apoyo para el cuidador: Pautas de prestación de cuidados: Contenidos en vídeo, texto y consulta en línea. Acceso a redes sociales temáticas sobre cuidadores y sobre vida independiente. Gestión de servicios de respiro para el cuidador.

El interfaz del ciudadano, será multiplataforma e integrada con el módulo de coordinación sociosanitaria, para posibilitarle el acceso telemático mediante el dispositivo y el canales de transmisión más efectivos en cada caso (Wifi, Bluetooth, RFID, GSM, RTB, Internet/Redes privadas, SMART TV...).

3.4 Resultados esperados. Servicio Público a mejorar.

3.4.1 Servicios Públicos.

Objetivo General.

Se trata de garantizar la mayor autonomía a las personas crónicas y/o en situación de dependencia o predependencia, y la permanencia en el domicilio, o en residencia, con una calidad de vida digna mediante un sistema que optimiza a través de las Tecnologías de la Información las posibilidades de proporcionar con continuidad los apoyos, y los cuidados sanitarios y sociales adecuados.

El objetivo general es mejorar la calidad de la atención a las personas con enfermedades crónicas y dependientes, mediante la realización de un primer prototipo que sea replicable y escalable, y pudiera ser utilizado por otras CCAA o Administraciones.

Objetivos específicos:

- Facilitar la permanencia de la persona en su domicilio, fomentando el seguimiento y monitorización, tanto remota como presencial.
- Fomentar el autocuidado.
- Detectar precozmente las situaciones de riesgo tanto asistencial y social.
- Detectar precozmente las complicaciones en los pacientes con patología crónica.
- Disminuir ingresos hospitalarios, la frecuentación de urgencias y las visitas de rutina a los centros de salud.
- Facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y sociales que intervienen en el proceso, garantizando la continuidad asistencial y la calidad de vida de las personas atendidas.

Ventajas del proyecto:

- Destinado al ciudadano: Muchas personas se benefician directamente en el territorio.
- Una necesidad universal y creciente: El nº de personas con patología crónica y/o dependientes se multiplicará en los próximos años en todo el mundo, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.
- Reutilizable: Es sumamente fácil de implantar sin modificaciones en sus actuales sistemas de información: se apoya en ellos y añade valor al integrar sus capacidades de atención para cada ciudadano, por estar basado en la evolución, el crecimiento, independiente de las organizaciones y de las tecnologías de cada territorio y en los estándares internacionales HL7 para la historia clínica electrónica HLE.
- Innovador: No existe una solución que permita integrar de forma sencilla para las autoridades social y sanitaria los cuidados a domicilio.
- Ampliable: Se puede implantar de manera progresiva niveles sucesivos de funcionalidades: Cualquier ciudadano se puede beneficiar de una aplicación para dispositivos accesibles con una serie de funciones sin dar sus datos personales. Posteriormente se pueden implantar funciones de cuidados de salud que hacen colaborar a los profesionales de salud con los de servicios sociales, así como servicios del ámbito social comenzando por la teleasistencia.

Ventajas de la solución para Castilla y León:

- Eficacia: Permite reducir costes de desplazamientos, evitar gastos de intervenciones innecesarias, y mejorar los servicios incluso a personas con dificultad de acceso a los mismos.
- Accesibilidad (Territorio y dispersión): Especial relevancia para las personas que viven en el ámbito rural.
- Evita el aislamiento y la soledad: Muy significativo para las personas mayores o con discapacidad que viven solas.

- Permanencia en domicilio: Permite disminuir el número de ingresos hospitalarios así como el ingreso en centro residencial a un número considerable de personas crónica y/o dependientes.
- Coordinación sociosanitaria: Garantiza por primera vez mediante un sistema tecnológico que las prestaciones sanitarias y las sociales responden de forma combinada.
 - Promueve el bienestar, autonomía y calidad de vida de una capa muy amplia de la sociedad, especialmente vulnerable y necesitada de apoyo.
 - Se apoya en iniciativas en marcha como Innovage: Regional Development Policies In Eco-Independent Living For The Elderly.

Población en situación de necesidad que aborda:

Los condicionantes socio-demográficos que configuran las características de la población actual y las proyecciones de futuro nos dejan observar el importante aumento de la proporción de personas mayores que viven solas, que en su mayor parte padecen enfermedades crónicas. Esta situación es más relevante aún si se cuenta con una población con mayores tasas de envejecimiento que en la media nacional, como es el caso de Castilla y León.

Según el INE, en sus proyecciones de población a 2012, el porcentaje de personas mayores de 65 años en España es del 17% y se estima que la proporción aumentará hasta el 37% en el año 2052. En los últimos 20 años, el aumento del porcentaje de personas mayores de 65 años que viven solas ha sido de 6 puntos, llegando en el 2010 al 19,3% (1.511.800 personas).

Porcentaje de personas mayores que viven solas con 65 años y más en España

| | 1999. - Porcentaje | 2000. - Porcentaje | 2010. - Porcentaje |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| España | 13,1 | 15,1 | 19,3 |

Fuente: INE, Indicadores sociales, edición 2011

Según los datos del Padrón del INE a 1/1/2012, en Castilla y León el porcentaje de personas mayores es del 23% (585.935 personas) –45% en el ámbito urbano y 55% en el ámbito rural–.

A las demandas sociales que puedan surgir por parte de las personas mayores que viven solas, hay que unir el efecto generado por las tasas de dependencia y discapacidad y la demanda en la necesidad de apoyos en los cuidados para la vida diaria que estas personas pueden requerir. Según datos del SISAAD para el 1 de abril de 2013, en España las personas dependientes con Grado reconocido eran 1.260.660, 419.211 (33%) de ellas cuentan con un cuidador familiar no profesional y en Castilla y León 81.281, 25.398 (31%) de ellas cuentan con un cuidador familiar no profesional.

Las personas con una discapacidad reconocida del 33% o superior, según el informe de la Base de Datos Estatal de personas con Discapacidad a 1 de enero de 2012, eran 2.552.880 y a 1 de enero de 2012, 161.163 personas en Castilla y León.

De las personas con discapacidad en España, 194.991 personas tienen discapacidad auditiva y son 10.898 personas las que tienen discapacidad auditiva en Castilla y León.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008), procedente del INE, en 2008 En España había 3,85 millones de personas residentes en hogares que afirmaban tener discapacidad o limitación. Esto supone una tasa de 85,5 por mil habitantes.

De los diferentes tipos de discapacidades son de gran relevancia los que afectan a las actividades básicas de la vida diaria, donde se encuadran 2,8 millones de personas, el 6,7% de la población total.

Por otro lado, según el análisis demográfico y epidemiológico realizado en la «Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León», aunque lo más frecuente es que la cronicidad se relacione con las enfermedades crónicas y degenerativas más asociadas al envejecimiento, conviene recordar que también está relacionada con otros trastornos como enfermedades congénitas, enfermedades neurológicas y mentales, discapacidad psíquica, discapacidad sensorial, etc., que comienzan a edades más tempranas y se mantienen a lo largo de la vida, pero que conllevan, de igual modo, necesidades asistenciales, pérdida de autonomía y situaciones de dependencia. Adicionalmente, Castilla y León supera a la media nacional en esperanza de vida. Al reto de los sistemas de salud de atender a este porcentaje elevado de personas envejecidas y sobre-envejecidas (mayores de 84 años), se une el desafío de hacer llegar esos servicios a una población de elevado índice de ruralidad y dispersión geográfica.

Por otra parte, es conocido como a medida que aumenta la edad se incrementa la prevalencia de enfermedades y, en los pacientes de más edad, es frecuente la coexistencia de varias enfermedades crónicas que requieren tratamientos múltiples: se estima una media de 2,8 padecimientos crónicos en personas de 65 a 74 años, elevándose a 3,2 procesos simultáneos en los mayores de más 75 años.

Todos estos datos, además, se asientan sobre un contexto adverso ya que nuestra Comunidad Autónoma reúne una serie de características peculiares que agravan la situación: es el territorio autonómico más grande y menos poblado. Es frecuente también el aislamiento de pequeños municipios, con la dificultad sobreañadida de accesibilidad a los dispositivos proporcionados por las distintas Administraciones.

El envejecimiento progresivo de la población, el incremento de la esperanza de vida, así como la prevalencia de enfermedades crónicas y el incremento de personas con diferentes grados de dependencia funcional, están desarrollando un nuevo escenario en el que la patología crónica, la pluripatología y la propia dependencia están generando un incremento progresivo de la demanda asistencial.

El paciente crónico, frecuentemente con más de un padecimiento, usualmente frágil y normalmente envejecido, se halla inmerso en un sistema sanitario dotado de excelentes procedimientos técnicos y científicos.

Por ello a menudo es tratado al mismo tiempo por cuatro o cinco profesionales de la medicina, que por el funcionamiento propio del modelo actual, ven dificultada la coordinación de la atención de sus procesos, porque la asistencia se basa en la atención a episodios aislados en servicios distintos y con una creciente superespecialización y desagregación.

La aprobación de la Estrategia Regional de Atención al Paciente Crónico tiene por objeto precisamente poner en marcha un nuevo modelo para la atención al paciente crónico pluripatológico que nos permita adaptar los dispositivos asistenciales actuales a las necesidades de estos pacientes en el sentido de avanzar decididamente hacia una atención integral de los mismos para lo cual es preciso una gestión compartida del paciente entre los distintos niveles asistenciales sanitarios y sociales.

La «línea Estratégica 2. Continuidad con la atención sociosanitaria» de dicho plan propone una nueva organización asistencial que potencia una atención primaria resolutive, incorpora las unidades de continuidad asistencial (UCA), y de convalecencia sociosanitaria (UCSS).

Según dicho documento, el proceso integrado de atención a la cronicidad se enmarca dentro de la política de coordinación sociosanitaria de Castilla y León e incorpora la atención compartida entre servicios sanitarios y servicios sociales que se presta a los pacientes crónicos, tal como recoge la normativa vigente (Ley 8/2010 de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León) respecto a la atención sociosanitaria que dice será compartida con los servicios sociales, y contempla la integración y coordinación de recursos y cuidados sanitarios con los recursos y cuidados de servicios sociales, de manera que se garantice la continuidad de la atención, la coordinación centrada en las personas, la elección del recurso más adecuado en cada caso y la atención a las personas con problemas de salud.

En este marco, este proyecto intenta aprovechar:

- los medios tecnológicos para que contribuyan a la actuación sinérgica de la Administración,
- y el Tercer Sector, las empresas prestadoras de servicios sociales y sanitarios que puedan contribuir a la mejora de las condiciones de vida del ciudadano, en la atención integrada de servicios, donde el propio ciudadano sea el protagonista y actor principal en la configuración de sus servicios es una apuesta a la que no se puede renunciar.

3.4.2 Indicadores de los beneficios esperados (ingresos, ahorros...).

- Ahorro anual en gastos de desplazamiento de profesionales.
- Ahorro anual en gastos de desplazamiento de ciudadanos.
- Ahorro anual en tiempo de profesionales.
- Reducción de ingresos hospitalarios, estancia media hospitalaria y frecuentación.
- Asegurar la continuidad asistencial y la coordinación y comunicación entre los profesionales sociales y asistenciales.
- Control de episodios clínicos y descompensaciones, que permiten identificar acciones preventivas y asignar recursos según necesidad.
- Fomentar del autocuidado y de la educación del paciente sobre su enfermedad.
- Mejorar de la calidad de vida del paciente.
- Contar con una única solución para la gestión remota de pacientes crónicos y agudos en base a programas de atención clínica parametrizables diseñados según las patologías y el nivel de riesgo de los pacientes.
- Acceso multicanal y multidispositivo (teléfono, web, smartphone, tablet PC) según el perfil del paciente.
- Llegada al domicilio, garantizando la gestión logística y operativa integral y calidad.

3.4.3 Público objetivo de la mejora (usuarios de los servicios).

La inclusión en la plataforma de atención integral debe contemplar de forma progresiva a las personas, que presentan necesidades sanitarias y/o sociales, así como, en su caso, a los familiares y cuidadores, teniendo en cuenta las prioridades establecidas en la Estrategia Regional de atención al paciente crónico de Castilla y León.

El programa debe apoyarse en la estratificación de pacientes que se está realizando en la Gerencia Regional con el fin de adaptar y personalizar el nivel de servicio y el programa de atención al nivel de riesgo asignado a cada paciente.

El público objetivo de la mejora son las personas que a continuación se indican:

- 1) Pacientes crónicos avanzados, con patologías de alta prevalencia y alto riesgo.

Por patologías, las identificadas por la estrategia de atención al paciente crónico como prioritarias son:

- Enfermedades del área cardiológica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias.
- Ictus.
- Enfermedades neurodegenerativas y demencia.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias: EPOC y asma.
- Enfermedades del área digestiva: enfermedades inflamatorias crónicas y hepatopatías crónicas.
- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis.
- Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica.
- Enfermedad renal crónica.

2) Pacientes pluripatológicos complejos y pacientes dependientes, incluyendo pacientes terminales (pacientes oncológicos y no oncológicos), susceptibles de cuidados

paliativos. En su mayor parte, se trataría de personas que viven en su domicilio y necesita cuidados sociales y/o sanitarios de larga duración, con dependencia de terceras personas para actividades básicas de la vida diaria.

3) Personas que, viviendo en su domicilio, necesitan intensos cuidados sociales y/o sanitarios de corta duración de manera inaplazable.

4) Personas mayores (anciano frágil) o con discapacidad viviendo en su domicilio, especialmente si viven solas. Igualmente, Persona mayor o dependiente con capacidad de movilidad pero con la necesidad de disponer de atención social/sanitaria ubicua (inicios de Alzheimer, pérdidas de conocimiento repentinas, etc.).

La Población diana se puede cifrar en unas 450.000 personas si estimamos los pacientes crónicos de riesgo moderado y alto, incluyendo pacientes pluripatológicos.

Desde el punto de vista de los usuarios de la plataforma podemos destacar:

Destinatarios directos:

– El público objetivo descrito en el párrafo anterior que pueden interactuar con el dispositivo por sí o mediante su cuidador.

– Cuidadores. El mismo cuidador podría ser autorizado para varios pacientes. De esta forma se puede utilizar desde instituciones sociosanitarias.

Profesionales asistenciales sociales y sanitarios:

– Profesionales de servicios de salud: atención primaria, atención especializada, hospitalización y atención a domicilio.

– Profesionales de servicios sociales: Profesional de referencia en el CEAS, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día, centros residenciales, etc.

– Voluntarios.

Personal gerencial:

– Personal encargado de la gestión de los recursos disponibles. Persiguen el uso de los mismos de una forma eficiente, garantizando la sostenibilidad de los servicios sociales y sanitarios, y asegurando la calidad de la prestación integral.

3.5 Fomento de la innovación y la competitividad (Indicadores...).

En la actualidad no existe en España ningún sistema informático que cubra e integre toda la información de los servicios sociales y sanitarios prestados a personas con dependencia o predependencia. La innovación consiste en mejorar los sistemas actuales mediante la incorporación y aplicación de nuevos sistemas, mediante la integración estándar de los mismos, que amplíen la cobertura de aplicación a las necesidades de los ciudadanos en el ámbito de la plataforma, y que así los diferentes profesionales puedan disponer en un su escritorio (de acuerdo con los grados de acceso a la información predefinidos) toda la información, herramientas y dispositivos necesarios para poder empeñar mejor sus tareas de apoyo a estas personas dependientes, de una forma intuitiva, ágil, eficaz y segura; de forma que se llegue a disponer de una plataforma integral de atención al paciente crónico y personas en situación de dependencia. Se realizaran pruebas a escala de manera que se puedan evaluar los resultados.

Dicha plataforma, deberá poder monitorizar en todo momento, la información clínica y social de las personas dianas, de tal manera, que se puedan aplicar guías asistenciales y protocolos sociales para cada patología y cada situación y que la información generada, se incorpore a la historia de salud del paciente de manera automática, generando una sinergia que favorecerá el adecuado control y tratamiento de los ciudadanos susceptibles de entrar en estos programas.

La información debe estar orientada hacia la gestión del caso a través de un diseño modular en una arquitectura dinámicamente configurable, y mediante el uso de sistemas

modulares que se relacionen entre sí en todos los ámbitos mediante sistemas de integración estándar y codificaciones internacionales de amplio uso.

3.5.1 Población Empresarial Objeto del Formato de la Innovación.

Resulta evidente, que en la actual situación de dispersión y de medio rural en el que está estructurada la Comunidad Autónoma de Castilla y León, la primera necesidad básica de cualquier proyecto TIC, es poder llegar con la tecnología a cualquier punto habitable de nuestro territorio. En la actualidad, esto no es factible, por tanto, la primera prioridad, y que además es una necesidad, es poder vertebrar el territorio a nivel tecnológico, estableciendo una malla de cobertura tecnológica para aquellos rincones donde, con los medios de que ya disponemos, no podamos «conectar» al ciudadano de otra manera.

Resulta evidente que en una primera fase serán las empresas proveedores y desarrolladores de tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC) los que son objeto del formato de la innovación. Estos desarrollos estarán basados en nuevas tecnologías y modelos de negocio como Cloud Computing, Near Field Communication (NFC), etc., pero siempre atendiendo la seguridad en las comunicaciones.

Puede implicar a una amplia variedad de empresas:

- Empresas de tecnologías de la información.
- Empresas de telecomunicaciones.
- Empresas de dispositivos electrónicos.
- Consultoras.
- Entidades del tercer sector: Proveedoras de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de centros de día, de centros multiservicio basados en residencias, entidades de voluntariado.

4. *Coherencia y complementariedad*

4.1 Coherencia con la Estrategia Europa 2020.

Dentro de la estrategia Europa 2020, se proponen tres prioridades de crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Para conseguir estos objetivos, la Comisión propone siete iniciativas emblemáticas para catalizar los avances en cada tema prioritario. Dentro de estas siete iniciativas el presente proyecto se enmarca dentro de las iniciativas «Unión para la innovación», «Una agenda digital para Europa» y «Plataforma europea contra la pobreza», cada una de las cuales busca los siguientes objetivos:

– «Unión por la innovación», con el fin de mejorar las condiciones generales y el acceso a la financiación para investigación e innovación y garantizar que las ideas innovadoras se puedan convertir en productos y servicios que generen crecimiento y empleo.

– «Una agenda digital para Europa», con el fin de acelerar el despliegue de internet de alta velocidad y beneficiarse de un mercado único digital para las familias y empresas.

Dentro de los objetivos específicos de esta iniciativa se incluye expresamente «promover el despliegue y uso de servicios en línea modernos (por ejemplo: administración electrónica, salud en línea, hogar inteligente, cualificaciones digitales y seguridad)».

– «Plataforma europea contra la pobreza», para garantizar la cohesión social y territorial de tal forma que los beneficios del crecimiento y del empleo sean ampliamente compartidos y las personas que sufren de pobreza y exclusión social pueden vivir dignamente y tomar parte activa en la sociedad.

Dentro de los objetivos específicos de esta iniciativa se incluye expresamente «evaluar la adecuación y viabilidad de los sistemas de protección social y de pensiones y estudiar los medios de garantizar un mejor acceso a los sistemas sanitarios», además de «promover la responsabilidad colectiva e individual compartida en la lucha contra la pobreza y la exclusión social» y «definir y aplicar medidas adaptadas a las circunstancias específicas de grupos que presentan riesgos particulares (por ejemplo, familias monoparentales, ancianos, minorías, pueblo romaní, discapacitados y personas sin hogar)».

4.2 Coherencia con la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología 2013-2020.

La Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación constituye una herramienta para potenciar el conjunto de las capacidades del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, facilitando la colaboración entre todos sus agentes e incrementado los retornos sociales y económicos derivados de la inversión I+D+i. La estructura de la Estrategia Española representa un esfuerzo por alinear las políticas españolas con los objetivos perseguidos por la Unión Europea en materia de I+D+i, definidos en el nuevo programa marco para la financiación de las actividades de I+D+i «Horizonte 2020».

La estrategia se articula mediante 6 Ejes prioritarios y 4 objetivos generales. Dentro del 4.º Objetivo General Fomento de Actividades de I+D+i Orientadas a los Retos Globales de La Sociedad, se encuentra el objetivo Específico 11. Cambio Demográfico y Bienestar donde se hace explícita referencia a que los cambios demográficos de las últimas décadas, el constante incremento en la esperanza media de vida y la aspiración legítima a disfrutar de más calidad de vida y de un mayor nivel de salud son factores que consideran, entre otros, el futuro desarrollo y bienestar de la sociedad. Las políticas de I+D+i en España deben responder a esta situación.

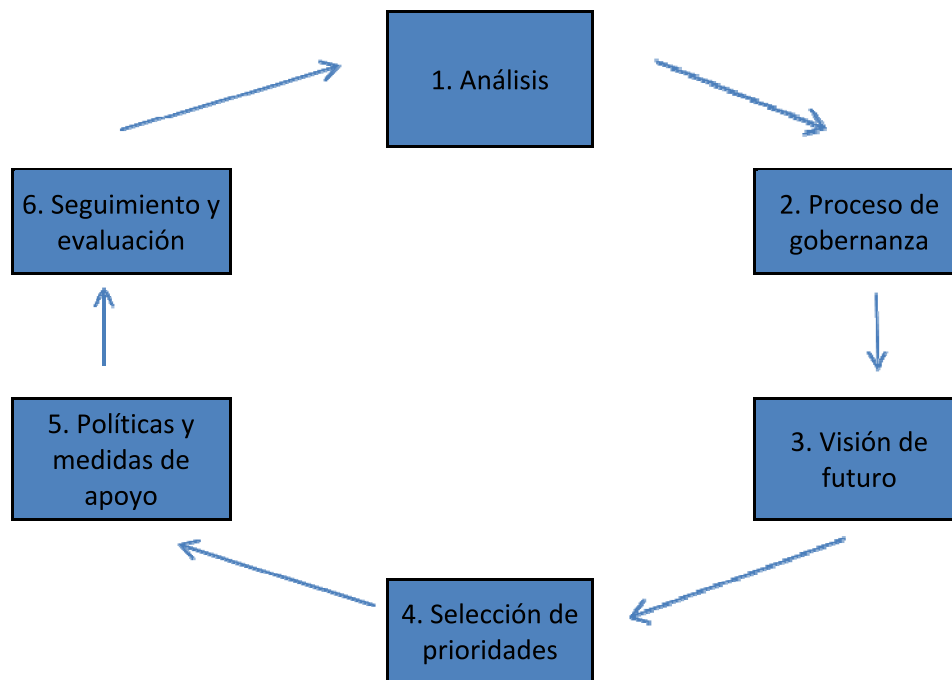
4.3 Coherencia con el Plan Regional de I+D+I.

4.3.1 Coherencia con el Plan Regional de I+D+I: RIS3.

Además del existente marco nacional (Estrategia Española de ciencia y Tecnología y de innovación 2013-2020 y Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016), desde Castilla y León, tras las diferentes estrategias exitosas de Innovación (la última la ERIDI 2007-2013), se cuenta actualmente con la nueva Estrategia de Investigación e Innovación para una Especialización Inteligente 2014-2020 (RIS3).

El concepto de la especialización inteligente es una respuesta a la idea de que no se puede apostar por todo, y por tanto las regiones han de identificar una serie de áreas tecnológicas y de conocimiento como fuentes potenciales de ventajas competitivas, priorizando esfuerzos para alcanzar una distribución más coherente de la innovación a nivel europeo.

La elaboración de la RIS3 de Castilla y León ha seguido la metodología publicada por la Plataforma de Especialización Inteligente (Smart Specialization Platform) de la Comisión Europea, en un proceso que se inició en 2012 y concluyó en enero de 2014.



A través de la priorización de esfuerzos se pretende apoyar de manera selectiva aquellas actividades que permitan mejorar la competitividad y el desarrollo económico regional, y afrontar los retos sociales regionales.

Tomando el patrón de especialización regional como punto de partida, se han seleccionado 5 prioridades temáticas. De ellas la prioridad 3 es «Aplicación de conocimiento y tecnología en Salud y en atención Social, Cambio Demográfico y Bienestar, para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos».

La salud y la Atención Social son elementos soporte de la calidad de vida y constituyen un área que presenta una notable importancia en Castilla y León.

Por un lado, cuenta con servicios muy relevantes en la Comunidad como son las sanitarias, las sociosanitarias y los servicios sociales, y por otro, Castilla y León cuenta con un potente sistema de investigación en materia sanitaria, integrado tanto por investigadores universitarios como investigadores en os servicios de salud.

El ámbito sociosanitario, como espacio de provisión de servicios de forma integrada de los sistemas de salud y de servicios sociales, es un área con importantes sinergias pendientes de aprovechar. La continuidad de atención entre sistemas de provisión de servicios, ajustados al entorno vital de la persona, y por lo tanto al territorio, se considera una característica reseñable de la calidad de vida. En este sentido, la innovación organizacional y de procesos son numerosas oportunidades de experimentación, nuevos servicios, integración de TIC, etc., es un elemento dinamizador de otras innovaciones tecnológicas y de mercado, lo que redundará a su vez en inversiones en infraestructuras y en la creación o consolidación de empleo, todo ello en un campo muy amplio para la búsqueda de la eficiencia.

La RIS3 de Castilla y León hace referencia expresa al hecho de que debido a la importancia del sector en Castilla y León del potencial de crecimiento vinculado al desarrollo de los retos sociales, por lo que es necesario enfocar los esfuerzo a la investigación en problemas de salud prioritarios, como las enfermedades prevalentes, crónicas, con impacto poblacional y merma de la calidad de vida, y explícitamente a la dependencia. El impacto social que, generalmente, llevan aparejado las enfermedades graves y prolongadas (generadoras de dependencia y discapacidad para las actividades de la vida diaria) hace necesario abrir el abanico de las soluciones, pensando en un enfoque combinado, como pone de manifiesto la Estrategia del Paciente Crónico en Castilla y León.

La nueva estrategia continúa poniendo de manifiesto que la características diferenciadora de la estructura demográfica de Castilla y León precisa soluciones innovadoras en el ámbito del envejecimiento activo, especialmente para permitir la vida autónoma en el entorno habitual el mayor tiempo posible.

Esta prioridad está alineada con el reto Salud, Cambio demográfico y Bienestar, del Plan Estatal de Investigación científica u de Innovación 2013-2016. Tanto la salud como la calidad de vida figuran también entre las prioridades de Horizonte 2020 y de la EIP AHA (Paternariado europeo sobre envejecimiento activo y saludable) y en estrecha relación con los programas europeos Ageing well y Ambient-assisted living.

Dentro de los ámbitos de aplicación, se encuentra la Mejora de la atención al paciente crónico y/o dependiente y las Tecnologías para la inclusión Social, especialmente vinculadas con este proyecto.

| Ámbitos de actuación RIS3. Prioridad 3 | |
|--|---|
| Investigación en cáncer y nuevas soluciones diagnósticas y terapéuticas. | Medicina personalizada. Nuevos procedimientos de administración de medicamentos. Desarrollo de marcadores avanzados para el diagnóstico y el pronóstico. |
| Investigación biomédica en problemas prioritarios. | Investigación epidemiológica: Red Sanitaria Centinela, vigilancia de la gripe, factores de riesgo y evaluación de programas preventivos y asistenciales. Investigación básica: genómica, proteómica, diagnóstico molecular y de respuesta inmune, marcadores avanzados diagnósticos y pronósticos. Investigación de nuevas soluciones diagnósticas y terapéuticas: medicina personalizada, ensayos clínicos, terapia celular y medicina regenerativa (nuevos materiales, dispositivos biomédicos avanzados, desarrollo y aplicación de ingeniería tisular, desarrollo de modelos predictivos en crítics). |
| Mejora de la atención al paciente crónico y/o dependiente. | Evaluación de modelos asistenciales: reorganización de procesos. Diseño y validación de sistemas inteligentes y la robótica dirigida a la atención de personas en situación de dependencia o con discapacidad. Diseño y validación de sistemas de monitorización y desarrollo de la telemedicina y la teleasistencia. Atención sociosanitario y a la dependencia. |
| Tecnologías para la inclusión social. | Investigación en nuevas tecnologías que faciliten la vida independiente de las personas en su domicilio, con especial atención al ámbito rural. Investigación de soluciones innovadoras para la inclusión social, basadas en organización, procesos y TIC. |

Las aplicaciones en salud y calidad de vida tienen una intersección importante con tecnologías transversales como las TIC y las tecnologías de sostenibilidad, consideradas en la Prioridad 5 esta Estrategia RIS3, por su potencial impacto en la eficiencia en la gestión hospitalaria y sociosanitaria y en la atención a las personas dependientes con aplicación de tecnologías como sistemas de geolocalización o teleasistencia.

El potencial de diversificación del sector pasa también por el desarrollo de nuevas actividades económicas a partir de la anteriormente mencionada aplicación de las TIC (Interacción con la Prioridad 5 de la RIS3) o bien mediante la creación de empresas que permitan comercializar los resultado de la I+D+i regional en ámbitos no necesariamente vinculadas a la industria farmacéutica. En este sentido, hay capacidad en la Comunidad para el desarrollo de proyectos de diversificación que exploren nuevos campos, como por ejemplo, los dispositivos biomédicos avanzaos, medicamentos biodegradables, reciclables

y de fácil eliminación en el medio rural, mejora de la comunicación, accesibilidad o movilidad de las personas dependientes con discapacidad.

4.4 Integración de otras prioridades.

El proyecto aquí descrito si circunscribe dentro de las prioridades del Gobierno de la Comunidad de Castilla y León, así en el discurso de Investidura del Presidente de la Junta de Castilla y León de 23 de junio de 2011, se indicaba literalmente:

«...Castilla y León apuesta de manera irrenunciable por un Sistema Público de Salud universal, accesible, gratuito y de calidad. Que cuente con los recursos necesarios. Y que sea parte de un Sistema Nacional de Salud más cohesionado. En estos 9 años de gestión transferida lo hemos demostrado. Con 7.000 profesionales más. Con nuevas prestaciones y con una renovación sustancial de centros y tecnologías. Todo lo cual ha contribuido, a partir especialmente del trabajo y la cualificación de los profesionales, a una satisfacción de la población con su Sistema Sanitario Público más elevada que la media de España. Ahora, hemos de ser capaces de salvaguardar estos logros, y de seguir mejorando.

Es esencial, en particular, reorientar un sistema que fue diseñado en su origen para la atención a las enfermedades agudas, de forma que sea capaz de hacer frente a la «explosión de las enfermedades crónicas». Este es el reto asistencial más importante al que se enfrenta el Sistema. Y también la mayor oportunidad para aumentar su eficiencia, pues es un hecho reconocido que entre un 5% y un 10% de pacientes, generalmente crónicos, consumen el 60% del total de los recursos sanitarios.

– Para afrontar ese reto hemos elaborado la Estrategia de Atención a los Pacientes Crónicos, con nuevas medidas de promoción de la salud, formación de pacientes y de cuidadores, mejora de la continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria.

– La Atención Primaria será protagonista de su aplicación, para lo cual será preciso aumentar su capacidad resolutoria, facilitando a sus profesionales más medios diagnósticos y tiempo de atención, de manera que este nivel pueda actuar como regulador de flujos y coordinador de casos.

– Esto implicará, a su vez, cambios organizativos para una mayor integración entre Atención Primaria y Especializada, pues las personas, que constituyen el centro y prioridad del sistema, no entienden de barreras administrativas, y tampoco deben encontrarlas en el ámbito sanitario.

– Por último, deberemos también dar un nuevo salto en la modernización tecnológica, generalizando la historia clínica electrónica, la receta electrónica y la digitalización de las imágenes, para que toda la información sea accesible desde todos los centros. Una modernización tecnológica que será prioritaria en las inversiones del II Plan de Infraestructuras Sanitarias.

En fin, Castilla y León está comprometida también con los Servicios Sociales. En la pasada Legislatura hemos logrado ser una de las Comunidades que garantiza mejor los derechos derivados de la Ley de Dependencia. Y también hemos sido una de las primeras Comunidades que han puesto en marcha una Renta Garantizada de Ciudadanía como prestación esencial del sistema.

En esta Legislatura nuestro compromiso será seguir avanzando en el desarrollo de un modelo que acaba de dar el salto desde un esquema tradicional, de carácter asistencial, hacia otro en el que las prestaciones esenciales se configuran como derechos subjetivos. Se trata de consolidar el «Sistema de Servicios Sociales de responsabilidad pública» que hemos definido, y que debe integrar, en armonía, todos los recursos que se financian total o parcialmente con fondos públicos, independientemente de su titularidad. Y de mantenernos a la cabeza de España en la calidad de los recursos destinados a la atención de las personas mayores, que contarán con 2.700 nuevas plazas residenciales a lo largo de la Legislatura, y de las personas con discapacidad, los menores y las personas en riesgo de exclusión social.

En particular, vamos a impulsar la atención sociosanitaria, como medida que permite prestar mejores servicios y hacerlo de forma más eficiente. Por esta razón, crearemos unidades sociosanitarias de convalecencia en centros residenciales de personas mayores, dirigidas a procesos que requieren cuidados sanitarios de baja intensidad, lo que contribuirá a reducir las estancias hospitalarias y las listas de espera.

Implantaremos depósitos de medicamentos vinculados a un servicio de farmacia hospitalaria en todos los centros residenciales para personas mayores y personas con discapacidad de titularidad de la Comunidad Autónoma, dando lugar así a un menor coste en farmacia con un mejor servicio. Y conectaremos de manera efectiva la historia clínica y la historia social...».

Además, el proyecto presentado se integra perfectamente dentro de la estrategia para la especialización inteligente (RIS3) que actualmente está en proceso de definición como condición ex-ante a la llegada de Fondos Estructurales en la próxima ronda de financiación a Castilla y León.

Como se ha identificado en los documentos previos al establecimiento de dicha estrategia (análisis DAFO), en Castilla y León se ha detectado la oportunidad de potenciar los servicios avanzados a empresas desde la Administración Pública e Institucional, así como de ampliar el campo de actuación y financiación de proyectos de colaboración y partenariados público-privados. En el apartado de debilidades, se refleja la dispersión de núcleos poblacionales y el excesivo envejecimiento de su pirámide demográfica.

De esta forma, la plataforma tecnológica de atención sociosanitaria a domicilio se constituye como una oportunidad inmejorable para potenciar la colaboración del sector público-privado, a través de la licitación de una parte muy importante del presupuesto, y de apoyar, de una manera decidida, la prestación de servicios asistenciales mediante el empleo de las tecnologías novedosas, propiciando un desarrollo inteligente e integrador de estos servicios en el marco de una comunidad muy necesitada de mejorar la asistencia a la población dependiente.

5. Ejecución del convenio: El proyecto

5.1 Necesidades detectadas y prioridades.

5.1.1 Necesidades.

Atención a las personas.

El aumento de la esperanza de vida y de la capacidad de afrontar la enfermedad en los últimos años está conllevando un aumento del número de personas en situación de dependencia que necesitan simultáneamente cuidados sanitarios y sociales. Las sociedades avanzadas están respondiendo con una diversificación de las prestaciones y de los dispositivos asistenciales. Esta evolución sin embargo ha sido tan rápida que está implicando la atención fragmentada a cada persona por diferentes servicios que encuentran dificultades para proporcionar una atención coherente e integral y para aprovechar las sinergias existentes entre ellos, además del progresivo alejamiento de los recursos comunitarios y de las oportunidades que brindan. Esto repercute en una calidad de vida de la población afectada inferior a la posible con los recursos existentes por una parte, y en una eficiencia muy mejorable en el uso de estos recursos.

Desde este punto de vista las necesidades en cuanto a atención a las personas pueden resumirse de la siguiente manera:

- Alineación continuada de todos los servicios, sanitarios y sociales, y de los recursos comunitarios del entorno de la persona en situación de dependencia entre sí y con respecto a su proyecto de vida.

- Coordinación continua de planificación de la atención sanitaria y social de las personas que se encuentran en situación de dependencia tanto si viven en su domicilio como si viven en centro residencial.

- Potenciación a distancia de la autonomía personal para las actividades de la vida diaria.
 - Fomento a distancia de la implantación de hábitos saludables y pautas de auto cuidados.
 - Prevención del agravamiento de la dependencia mediante indicaciones personalizadas.
 - Generalización de información personalizada sobre las oportunidades de mejora de la accesibilidad en el entorno domiciliario y de la utilización de productos de apoyo para la autonomía cotidiana.
 - Facilitar la conexión de la persona con los recursos sanitarios y sociales disponibles en su entorno, ya sean servicios públicos o asociaciones de defensa de afectados y sus familias.
 - Posibilitar el apoyo a distancia de procesos de rehabilitación física, cognitiva o emocional.
 - Aumentar la facilidad de comunicación de las personas vulnerables que viven en su domicilio con dificultades por el aislamiento o por su situación de dependencia, para conectarse con sus profesionales de referencia en sanidad y servicios sociales, comunicarse con personas de su entorno emocional y comunitario, y con otras personas y grupos con necesidades similares.
 - Aumentar el apoyo a distancia a las personas vulnerables que viven en su domicilio con dificultades por el aislamiento o por su situación de dependencia, en la seguridad y en el control de riesgos, mediante sistemas de sensores domiciliarios y alertas a distancia.
 - Garantizar a los cuidadores información y apoyo personalizado, continuo y a distancia, sobre atención a las necesidades básicas de la vida diaria y la promoción de la autonomía de la persona en situación de dependencia, los cuidados de la salud, adhesión al tratamiento, acceso a servicios de respiro, y estilo de vida saludable del cuidador y prevención del agotamiento.
 - Garantizar la continuidad de atención integral social y sanitaria a personas en situación de convalecencia tras el alta hospitalaria, cuando no disponen de apoyo socio familiar suficiente.
 - Garantizar la continuidad de atención social y sanitaria a personas con enfermedad mental grave y prolongada atendidos en dispositivos sanitarios.
 - Disponer de una ayuda a domicilio continuamente coordinada con los profesionales de referencia de los servicios sanitarios y sociales, tanto para desarrollar la atención en base a sus prescripciones, como para comunicarles de incidencias en las circunstancias de la persona.
 - Coordinación/Integración entre niveles.
 - Modelo de gestión de atención al paciente crónico pluripatológico.
 - Procesos para el alta hospitalaria precoz y la atención domiciliaria.
 - Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos. Servicios no presenciales. Consultas telemáticas. Servicios multicanal.
 - Modelos de atención sociosanitaria.
 - Detección de síntomas de alarma y desestabilización. Evitar el excesivo ingreso hospitalario.
 - Evitar el aislamiento y la soledad de los pacientes dependientes.
- Necesidades de comunicación.
- Disponibilidad de la información de los datos de salud del paciente en la web, incluyendo plan terapéutico, objetivos del plan terapéutico, cuidados y enlaces a recursos en y grupos de pacientes.
 - Telemonitorización de parámetros clínicos en pacientes con alto riesgo de complicaciones. Diario clínico del paciente.
- Profesionales asistenciales.
- Herramientas de comunicación entre profesionales. Difusión de la información, interacción y participación. Plan de intervención social.

- Herramienta de formación y evaluación.
- Herramientas de gestión del conocimiento.
- Notificaciones de alertas clínicas para los profesionales de referencia en función de las alarmas programadas.
- Herramientas de ayuda en la toma de decisiones al clínico: Para establecer los cuidados necesarios; Para mejorar la seguridad del paciente en las intervenciones sanitarias; Para optimizar las pruebas diagnósticas; Criterios de interconsulta.

Crecimiento del sector sanitario.

- Herramientas de protección y transferencia de resultados de la investigación.
- Sistemas de valoración de resultados en la investigación.
- Implicación del sector privado.
- Potenciar la biotecnología sanitaria.
- Trabajo colaborativo en red. Clúster.

Gestión de recursos.

- Planes de eficiencia.
- Puesta en marcha de unidades de gestión clínica.
- Disminuir los ingresos hospitalarios. Alternativas a la hospitalización.
- Diagnóstico por imagen en red.
- Recursos para capacitar a los pacientes crónicos en el autocuidado, generar pacientes expertos.
- Incremento de resolución de atención primaria.

Sistema de información.

- Sistema de información sanitaria y social que permita compartir las necesidades y los planes de atención de cada persona.
- Interconsulta comunicación a distancia tanto para asesoramiento especializado como para comprometer actuaciones interdependientes.
- Cuadro de mando de actividad y resultados en salud.
- Informes de indicadores para cada nivel asistencial. Individual, por unidades de atención y global.
- Información clínica y social compartida/única y allí donde se atiende al paciente.

5.1.2 Prioridades:

Problemas de salud y de apoyo social.

- Personas con necesidades de conjugar asistencia social y sanitaria tanto a domicilio como en centro residencial.
- Pacientes pluripatológicos complejos y pacientes dependientes, incluyendo pacientes terminales (pacientes oncológicos y no oncológicos), susceptibles de cuidados paliativos. En su mayor parte, se trataría de personas que viven en su domicilio y necesita cuidados sociales y/o sanitarios de larga duración, con dependencia de terceras personas para actividades básicas de la vida diaria.
- Pacientes crónicos avanzados, con patologías de alta prevalencia y alto riesgo.
- Por patologías, las identificadas por la estrategia de atención al paciente crónico como prioritarias son:
 - Enfermedades del área cardiológica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias.
 - Ictus.
 - Enfermedades neurodegenerativas y demencia.
 - Diabetes.
 - Enfermedades respiratorias: EPOC y asma.

- Enfermedades del área digestiva: enfermedades inflamatorias crónicas y hepatopatías crónicas.

- Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis.
- Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica.
- Enfermedad renal crónica.

Problemas prioritarios de derechos.

- Demoras en consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.
- Accesibilidad a los servicios sanitarios y sociales. Cuidados domiciliarios.
- Promover la autonomía, bienestar y calidad de vida de los ciudadanos.

Problemas prioritarios de procesos.

- Disponer de información clínica.
- Gestión por procesos.
- Gestión clínica.

5.2 Retos tecnológicos.

- Integración con las historias clínica y social: Desarrollar una solución, reutilizable fácilmente en otros territorios, que permita integrar información de todos los servicios sanitarios y sociales que atienden a una misma población en un territorio determinado.

- La integración entre la historia clínica electrónica en atención primaria y especializada de salud.

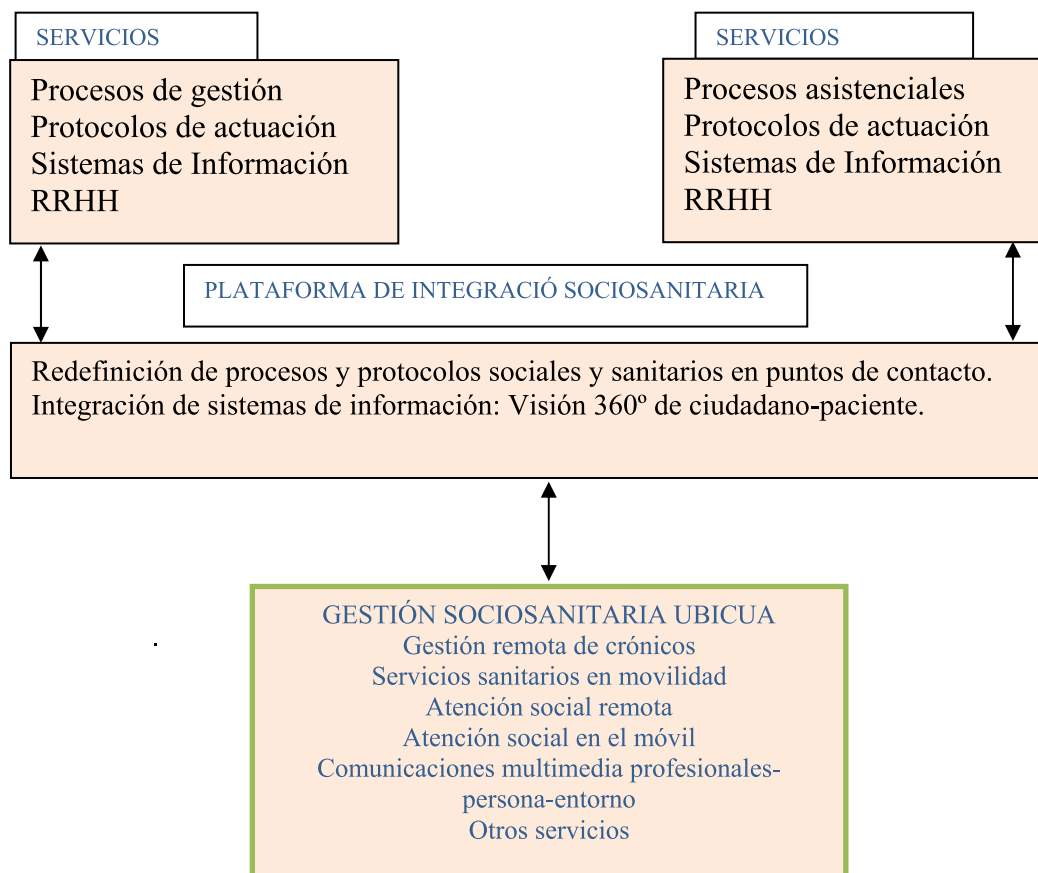
- La integración entre la historia clínica electrónica de salud y la historia social de los servicios sociales.

- La integración en las plataformas actualmente disponibles para la gestión de la teleasistencia de soluciones de rehabilitación a distancia en las áreas cognitiva, física y emocional, y con la historia social.

- Desarrollo de un portal web para prestar servicios al ciudadano en sus vertientes como posible paciente, como persona en situación de dependencia y como cuidador.

- Dispositivo para la comunicación de la persona en su domicilio.
- Posibilitar la interconsulta entre profesionales de salud y de servicios sociales.
- Sostenibilidad de los sistemas públicos de salud y de servicios sociales.
- Accesibilidad de la población.
- Motivación y capacitación de los profesionales.
- Coordinación efectiva de los sistemas sanitario y social.
- Asegurar la continuidad asistencial.

- Correcta atención sanitaria y social a enfermos crónicos y a personas en situación de dependencia.



5.3 Enfoque estratégico.

Se propone el desarrollo de tecnologías y soluciones de forma que a través de una nueva plataforma tecnológica se canalicen apoyos al ciudadano con necesidades sociales y/o sanitarias, que vive autónomamente en su domicilio o en centros residenciales, y que le permitirá relacionarse con los servicios sociales, sanitarios, y con su red natural de apoyo social, aprovechando las oportunidades de las nuevas tecnologías, como dispositivos móviles, sensores de biomedidas, Internet, etc. y de los nuevos desarrollos de las mismas que se impulsen a través de este proyecto.

Esta plataforma integrará los nuevos sistemas de información resultantes con los ya existentes de los servicios sociales (historia social) y de los servicios sanitarios (historia clínica electrónica).

También se generarán sistemas de análisis capaces de definir el nivel de atención necesario en cada persona/paciente y que puedan predecir sus necesidades, permitiendo al profesional social y sanitario anticiparse en sus actuaciones y ser proactivo.

Se realizarán pruebas a escala que permitan, a través de los indicadores, evaluar los resultados.

El modelo organizativo tiene en cuenta la estrategia regional de atención a pacientes crónicos y los convenios de coordinación socio-sanitaria, teniendo a la Atención Primaria como referente asistencial. Permitirá combinar la atención remota, presencial, en el lugar de residencia habitual de la persona o en espacios alternativos de atención (domicilio, residencias, unidades de cohabitación, centros multiservicio, centros de día, UCSS) y en movilidad.

Garantizará el alineamiento de todos los agentes facilitando la comunicación y la coordinación entre ellos, y la trazabilidad global de las acciones, potenciando los entornos de atención integral y compartida (unidades de continuidad asistencial).

Realización interna (inhouse): Análisis y toma de requerimientos para la integración de sistemas de información de los servicios sociales y sanitarios. Análisis de sistemas existentes y usados en la actualidad. Acuerdos entre la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidad y la Consejería de Sanidad. Estudio y análisis de estándares nacionales e internacionales en materia de sistemas de información para la atención sanitaria y social. Desarrollo en la colaboración en las respectivas oficinas de interoperabilidad o apoyo por parte de la OIS (oficina de interoperabilidad Sanitaria) a la Gerencia Regional de Servicios Sociales.

El objetivo del enfoque metodológico es asegurar la calidad del proyecto y la consecución de los objetivos previstos.

La gestión del proyecto seguirá la metodología PMI y se detalla en el Adjunto 2.

5.4 Solución tecnológica: El proyecto.

Aunque se plantea dar una solución global a las necesidades específicas identificadas, la solución planteada requiere del desarrollo de un proyecto de innovación tecnológica, escalable y con posibilidad de reutilización por otras entidades en el ámbito de servicios asistencial y sanitario.

El proyecto se divide, como ya se ha anticipado en diferentes subproyectos, basándose en la integración de la historia social y sanitaria.

Los paquetes de servicios que se ofrecerán se pueden agrupar en 5 bloques:

A. Apoyo a la persona vulnerable, (mayor o con discapacidad viviendo sola) pre-dependientes.

B. Apoyo a la persona dependiente y al paciente crónico.

B.1 Apoyo de servicios sociales.

B.2 Apoyo de servicios sanitarios al enfermo crónico.

C. Apoyo al cuidador.

D. Apoyo a la gestión.

E. Soporte técnico.

5.4.1 Plataforma Tecnológica.

Se trata de desarrollar una serie de aplicaciones y dispositivos que posibilitan la relación entre la persona en situación de dependencia y/o con enfermedades crónicas, y sus profesionales de referencia en los sistemas públicos de salud y de servicios sociales, proporcionándoles una visión global de la situación de la persona y de su contexto familiar.

La plataforma dispone de una estación de trabajo que permita la gestión de los casos, identifica a los ciudadanos, recopila información de distintas aplicaciones preexistentes mediante conectores basados en estándares, dando lugar a la historia social y sociosanitaria integrada, con información actualizada sobre los programas de salud, los cuidados y las pautas de atención. Facilita un entorno colaborativo con acceso a todos los profesionales que participan en el Plan de actuación integral definido.

El ciudadano accede a su información sobre cuidados sociales y sanitarios, e interactúa con los profesionales de ambos sistemas mediante un dispositivo que canaliza información para apoyarle en sus necesidades de apoyo, tanto formal por los sistemas social y sanitario, como de apoyo informal por su propia red de contactos.

De especial importancia es la capacidad de colaboración en tiempo real entre los diferentes servicios sociales y sanitarios que atienden a estas personas:

– Profesionales de sanidad y de servicios sociales que sean los profesionales de referencia correspondientes al domicilio del ciudadano.

– Teleasistencia avanzada, incluyendo sensores de movimiento, de control de alarmas del hogar y de constantes vitales, y comunicación tanto con las redes de sanidad y de servicios sociales, como con los contactos personales del ciudadano. La colaboración se produce a través de una plataforma de teleasistencia avanzada, a desarrollar en este proyecto a partir de las actuales soluciones existentes.

– Plan de cuidados personales gestionado desde el centro especializado. A través de un módulo de nuevo desarrollo con este proyecto.

La innovación está en una combinación única y novedosa de cuatro vertientes:

– La sencilla solución de integración de información cuidados sociales y sanitarios sobre personas dependientes, compartida en tiempo real por todos los profesionales de sanidad y de servicios sociales implicados en una persona, para la coordinación de la continuidad de cuidados. La solución es reutilizable con facilidad en otros territorios porque se integra con los sistemas de información preexistentes, permitiendo que se potencien entre sí.

– La incorporación en una misma solución de las oportunidades presentes y futuras de la teleasistencia social y sanitaria tanto para la atención social, la tele monitorización, como de la tele rehabilitación o estimulación. El esquema de interoperabilidad organizativa, semántica y de datos que se propone desarrollar es evolutivo, permitiendo la incorporación futura de nuevas soluciones a las actuales del mercado. Es un sistema integrador de funcionalidades que puede asumir con facilidad futuras soluciones. Permite su fácil implantación en cualquier territorio.

– La integración de datos del paciente o persona dependiente, de diferentes niveles asistenciales en una misma solución.

– Incluye un portal para el paciente o persona dependiente y su cuidador o tutor, para interactuar desde su domicilio con recursos tanto asistenciales como comunitarios.

PLATAFORMA INNOVADORA PORQUE

Integración
Servicios Públicos
Salud y Servicios Sociales **con**
Hogar
Crónicos + Dependientes

Integración Datos
Sanitarios
Sociales
Dependientes

Integración Datos
Atención primaria
Atención especializada
Crónicos

Integración
Sensores para
monitorización y alertas
Crónicos + Dependientes

5.4.2 Subproyectos que comprende la plataforma:

1. Coordinación sociosanitaria: Atención sanitaria y social integrada. Historia sociosanitaria.

Permitirá la atención sanitaria y social integrada al compartir los planes de atención y cuidados, aplicados individualmente a las personas, facilitando su continuidad asistencial independientemente de su situación (vida normal, hospitalización, residencia, urgencias, atención social, etc.) y mediante una interacción globalmente definida.

Integrado al menos con:

- 1) Historia sociosanitaria electrónica, particularmente los planes personales de cuidados sanitarios y sociales; Identificación unívoca de la identidad de los ciudadanos en ambos sistemas.
- 2) Continuidad de cuidados en unidades de convalecencia sociosanitaria desde hospitales.
- 3) Continuidad de cuidados en servicios sociales a personas con enfermedad mental grave y prolongada desde el sistema de salud.
- 4) Interconsulta entre los profesionales de atención directa de ambos sistemas.

5) Seguimiento de las interacciones de los ciudadanos con los diferentes puntos de acceso a la sanidad pública y a los servicios sociales.

Este módulo actúa como conector entre los sistemas de información sanitario y social para: a) mantener continuamente la identidad de los ciudadanos en ambos sistemas, b) suministrar a cada profesional las consultas predefinidas sobre un ciudadano al momento y c) gestionar los procesos de interacción entre los profesionales de atención directa de ambos sistemas sobre un ciudadano atendido en común.

Se trata de un sistema basado en la gestión de procesos horizontal a través del ámbito social y de los ámbitos sanitarios (atención primaria, atención especializada, etc.), buscando el bajo coste de su implantación y mantenimiento, pudiendo permitir, en función de lo que se determine en el análisis de procesos, un sistema basado en modelo de computación en la nube.

2. Historia social digital para personas en situación de dependencia.

Módulo software con el que cada persona en situación de dependencia contará con una historia social digital compartida que incluirá el proyecto de vida, los apoyos para la autonomía y los cuidados precisos para la atención de sus necesidades básicas, a la que tendrán acceso todos los profesionales de las redes asistenciales social y sanitaria relacionados con ella en cada momento.

La elaboración y el seguimiento de la historia social se realizarán por el servicio social de referencia de cada persona, en función de la situación asistencial, pudiendo ser un Centro de Acción Social, un servicio de promoción de la autonomía personal, un centro de día, un centro multiservicio, o un centro residencial.

3. El nuevo profesional sociosanitario digital.

Subproyecto que incluirá las siguientes partes:

- Plataforma de integración de la información de la historia sociosanitaria y la información de los nuevos módulos según los perfiles y necesidades de cada tipo de profesional, y localización del mismo, dando la posibilidad de crear escritorios profesionales dinámicos adaptados a cada tipo de profesional involucrado en los diferentes niveles asistenciales.

- Integración del Sistema de alertas multinivel.

- Módulos de Formación, evaluación y aprendizaje a partir de sistemas de guías asistenciales y clínicas inteligentes. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones, basados en la información de los sistemas de información resultantes (Business Intelligence) y en las posibilidades de aplicar las tecnologías Big Data al gran volumen de información que se va a generar, a través de algoritmos específicos para análisis de los mismos.

- Interfaz del profesional, multiplataforma e integrada con el módulo de coordinación sociosanitaria, para posibilitarle el acceso telemático a servicios y contenidos sanitarios y sociales mediante el dispositivo y el canales de transmisión más efectivos en cada caso (TDT, Wifi, Bluetooth, RFID, GSM, RTB, Internet/Redes privadas, SMART TV...).

4. Mediateca de interacción paciente-profesional.

El subproyecto consiste en el desarrollo de un módulo software, integrable con la historia clínica y social, que cumpla las siguientes características:

- Puesta a disposición de un repositorio de todo tipo de información multimedia necesaria y relacionada con las interacciones paciente-profesional en el ámbito de la atención sanitaria y social.

- Ampliar y extender el concepto de sistema de almacenamiento vertical actual como PACs, a los diferentes formatos multimedia que se usan en telemedicina, a las historias clínicas digitalizadas, videos, audio, etc. gestionando de forma transparente sistemas de almacenamiento jerárquico multinivel.

– Accesibilidad segura y garantizada a través de los principales medios de comunicación e integrable con la historia clínica y social.

5. El paciente en su hogar.

Sistema que permitirá la atención integral en el domicilio del paciente, tanto por profesionales de la red sanitaria como social, con las siguientes características:

– Incluirá la posible integración con los servicios sociales y por lo tanto la integración con un sistema de alertas multinivel con correlación de alertas y avisos a través de elementos software y hardware.

– Se ha de integrar con el resto de módulos, además de la historia sociosanitaria, con los módulos de hogar digital asistencial, teleasistencia y el sistema de coordinación sociosanitaria, utilizando los medios tecnológicos más eficientes según las patologías, la accesibilidad de los ciudadanos y los tipos de ciudadanos.

– Integración de dispositivos y sistemas de teleasistencia con diferentes formatos estándar en recepción/transmisión de mensajes, audio y vídeo.

6. Teleasistencia clínica y social avanzada.

Solución que integre una plataforma de teleasistencia avanzada existente con el módulo de coordinación con la historia sociosanitaria interactiva. Incluye herramientas de comunicación segura y deben contemplar el papel del cuidador desde su diseño. Debe estar integrada con el resto de módulos y debe ir ligado su desarrollo a los dispositivos de comunicación de forma desacoplada. Incluye las teleconsultas, interconsultas entre profesionales, en relación 1:1 o 1: N y utilizando dispositivos y medios de comunicación seguros según la eficacia y posibilidades de los destinatarios (paciente-profesional, paciente-cuidador-profesional, paciente-profesionales,...) al que se decida aplicar.

7. Servicios digitales de atención sociosanitaria a los ciudadanos.

Solución de servicios web para el paciente crónico y para personas en situación de dependencia, que no sólo contempla cuestiones sanitarias, sino aspectos sociales y que incluye servicios de apoyo para el cuidador. En concreto se distinguen:

– Servicios para el paciente crónico: La plataforma de comunicación debe integrarse en el portal de sanidad para que puedan acceder los pacientes validándose con certificado digital. La plataforma puede incluir contenidos personalizados, de forma que sea un punto de encuentro entre el ciudadano y los servicios de salud. Incluye: acceso a Historia Clínica, historial farmacológico, posibilidad de gestionar trámites administrativos (petición de informes, gestión de citas,...) Se integra con el módulo de hogar digital asistencial y debe estar dotado de un alto grado de seguridad y confidencialidad.

– Servicios para personas en situación de dependencia: Sistema de acceso de la persona en situación de dependencia, de su cuidador o tutor en su caso, vía web a:

- Plan de cuidados personales sociales y sanitarios.
- Pautas generales de autonomía relacionadas con sus circunstancias de dependencia y discapacidad.
- Acceso a información sobre productos de apoyo y accesibilidad adecuados para la persona.
- Acceso a agenda de contactos personales.
- Acceso a la teleasistencia.
- Rehabilitación o estimulación para la autonomía.
- Petición de consulta con mis profesionales de referencia.

– Sistemas de apoyo para el cuidador: Sistema de acceso a pautas de prestación de cuidados vía web:

- Contenidos en vídeo, texto y consulta en línea.

- Acceso a redes sociales temáticas sobre cuidadores de personas en situación de dependencia, y sobre vida independiente.
- Gestión de servicios de respiro para el cuidador.

– Sistemas de rehabilitación a distancia. Es un módulo integrado en la plataforma, que comprende la integración de herramientas de estimulación, rehabilitación y mantenimiento de las personas en sus hogares, aunque también se pueden aplicar en centros asistenciales, que puede ser utilizado directamente por la persona dependiente, por su cuidador o rehabilitador, o a través de un servicio de teleasistencia, pero que refleje la actividad en la información de la historia sociosanitaria de las personas.

– Redes sociales: Sistema de apoyo, comunicación y compartición de experiencias entre pacientes, cuidadores, asociaciones de pacientes, voluntarios, asociaciones sociales sin ánimo de lucro, etc., pudiéndose ofrecer una solución tecnológica que interconecte la SMART TV de un hogar con una red social segura.

5.4.3 Modelo funcional y tecnológico.

Las características principales de la plataforma tecnológica serán:

– Modular: Compuesto por distintos módulos con unas funciones determinadas, que interrelacionan para ofrecer una solución global.

– Distribuido: Los distintos módulos se instalan en diferentes puntos de la red, cada uno con su capacidad de proceso, funcionalidad y servicios, trabajando con una finalidad común.

– Abierto: Permite que los distintos módulos se comuniquen entre sí, y que se pueda ampliar la funcionalidad del sistema añadiendo nuevos módulos cuando sea necesario.

– Estándar: Estará basada en estándares que facilitan la integración e incorporación de nuevos módulos y dispositivos a la plataforma.

– Multiplataforma para los terminales del ciudadano.

– Escalable y reutilizable por otras entidades en el mismo ámbito de actuación.

Se trata de una plataforma que posibilita la relación entre la persona en situación de dependencia y sus profesionales de referencia en los sistemas públicos de salud y de servicios sociales, al tiempo que les proporciona a éstos una visión global de la situación de la persona. Para ello la plataforma recopila información del ciudadano de distintas aplicaciones y fuentes de información mediante conectores basados en estándares internacionales, dando lugar a la historia social y sociosanitaria.

Un dispositivo móvil en manos del ciudadano que canaliza información para apoyarle en sus necesidades de apoyo sanitario y social.

Tiene la posibilidad de añadirle distintos servicios y componentes que permitan recoger información de otros profesionales. Dicha información puede ser suministrada por personal socio-sanitario, sensores o el propio ciudadano. La comunicación con estos servicios será basada en estándares internacionales.

La información obtenida, será tratada por los responsables de la misma de la forma deseada y puede retroalimentar la base de información que se muestra en la aplicación.

El acceso a la información se gestiona en base a roles y permisos, y es configurable en base al equipo profesional al que pertenece el usuario.

Permite la integración desde otros dispositivos, siempre a través de la aplicación actual del profesional, de tal forma que dispongan de toda la información del ciudadano que necesite sin acceder a otras aplicaciones.

Cuenta con la posibilidad de acceso directo a la aplicación, para aquellos profesionales que no dispongan de aplicación de trabajo propia. (Ej. Teleasistencia).

Tanto los roles y permisos como la organización de la información que se muestra, y los servicios que se publican, serán configurables en distintos niveles, en función de los criterios que se deseen, bien por el tipo de información, bien por las necesidades del usuario, o por otros criterios.

Para lograr el empoderamiento del paciente o persona dependiente es necesario que éste tome protagonismo de su propio proceso de salud, en colaboración con el profesional. Un nuevo concepto de trabajo colaborativo que añade a los conceptos actuales, elementos de aprendizaje y redes sociales. Se definirá un modelo de interrelación profesional-paciente, más cercana, mejor informada y más profunda.

Fundamental los conceptos de Continuidad y sostenibilidad: Tiene mucho interés actual, y más en el futuro: Población, usuarios,... Combina la coordinación de servicios públicos, con oportunidades de la comunidad, y oportunidades de web 2.0.

Los requisitos técnicos de la plataforma son:

- Uso de tecnologías estándar de la industria: Arquitectura Orientada a Servicios (SOA) y MVC.
- Uso del eHealth Integration Framework (eHIF) para gestionar las comunicaciones internas entre los distintos módulos. eHIF aglutina un gran número de opciones para compartir información con aplicaciones de terceros.
- Comunicaciones fijas y móviles: entre paciente y plataforma, y entre los sistemas corporativos y los profesionales y plataforma.
- Seguridad: Del usuario, del paciente, y de las comunicaciones. Autenticación del acceso, confidencialidad en la transmisión de la información e integridad de los datos.
- La plataforma deberá dar soporte a los procesos y rutas asistenciales definidos, incorporando las guías clínicas y protocolos como soporte científico-técnico.
- Requisitos de integración: La plataforma se integrará con la historia social, la historia clínica compartida, y el portal de sanidad para que puedan acceder los pacientes validando su acceso.

5.5 Innovaciones y entregables del proyecto.

Fruto del borrador de análisis del mapa de demanda temprana del uso de las tecnologías de la información aplicadas a personas dependientes al que se hace referencia en el apartado 6.4 (Documento completo en Adjunto 1), se definen los subproyectos y las innovaciones y entregables del proyecto:

| Subproyectos | Productos e Innovaciones |
|---|---|
| Coordinación sociosanitaria: Atención sanitaria y social integrada. Historia sociosanitaria | Solución software para la integración de la identificación de usuarios de sanidad y de servicios sociales. Conector interfaz de integración de los datos sociales y sanitarios. Solución software para la gestión de consultas recíprocas sobre la historia sociosanitaria de usuarios, por los profesionales de sanidad y de servicios sociales. Solución software para la gestión de procesos horizontales entre el ámbito social y el sanitario. Incluye tres procesos: Proceso de continuidad de cuidados en unidades de convalecencia sociosanitaria desde hospitales. Proceso de continuidad de cuidados en servicios sociales a personas con enfermedad mental desde el sistema de salud. Sistema de interconsulta entre los profesionales de sanidad y de servicios sociales. Módulo/s software para el seguimiento de las interacciones de los ciudadanos con los diferentes puntos de acceso a la sanidad pública y a los servicios sociales. |

| Subproyectos | Productos e Innovaciones |
|---|---|
| Historia social digital para personas en situación de dependencia | <p>Módulo software con el que cada persona en situación de dependencia contará con una historia social digital compartida que incluirá el proyecto de vida, los apoyos para la autonomía y los cuidados precisos para la atención de sus necesidades básicas, a la que tendrán acceso todos los profesionales de las redes asistenciales social y sanitaria relacionados con ella en cada momento. La elaboración y el seguimiento de la historia social se realizará por el servicio social de referencia de cada persona, en función de la situación asistencial, pudiendo ser un Centro de Acción Social, un servicio de promoción de la autonomía personal, un centro de día, un centro multiservicio, o un centro residencial.</p> |
| El nuevo profesional sociosanitario digital | <p>Plataforma de integración de la información de la historia sociosanitaria y la información de los nuevos módulos según los perfiles y necesidades de cada tipo de profesional, y localización del mismo, dando la posibilidad de crear escritorios profesionales dinámicos adaptados a cada tipo de profesional involucrado en los diferentes niveles asistenciales.</p> <p>Integración del Sistema de alertas multinivel.</p> <p>Módulos de Formación, evaluación y aprendizaje a partir de sistemas de guías asistenciales y clínicas inteligentes. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones, basados en la información de los sistemas de información resultantes (Business Intelligence) y en las posibilidades de aplicar las tecnologías Big Data al gran volumen de información que se va a generar, a través de algoritmia específica para análisis de los mismos.</p> <p>Interfaz del profesional, multiplataforma e integrada con el módulo de coordinación sociosanitaria, para posibilitarle el acceso telemático a servicios y contenidos sanitarios y sociales mediante el dispositivo y el canales de transmisión más efectivos en cada caso (TDT, Wifi, Bluetooth, RFID, GSM, RTB, Internet/Redes privadas, SMART TV...).</p> |
| Mediateca de interacción paciente-profesional | <p>Módulo software para disponer de una mediateca de todo tipo de información multimedia necesaria y relacionada con las interacciones paciente-profesional en el ámbito de la atención sanitaria y social.</p> <p>Ampliar y extender el concepto de sistema de almacenamiento vertical actual como PACs, a los diferentes formatos multimedia que se usan en telemedicina, a las historias clínicas digitalizadas, videos, audio, etc. gestionando de forma transparente sistemas de almacenamiento jerárquico multinivel.</p> <p>Accesibilidad segura y garantizada a través de los principales medios de comunicación e integrable con la historia clínica y social.</p> |
| El paciente en su hogar. | <p>Sistema que permite la atención integral en el domicilio del paciente, tanto por profesionales de la red sanitaria como social.</p> <p>Incluye la posible integración con los servicios sociales y por lo tanto la integración con un sistema de alertas multinivel con correlación de alertas y avisos a través de elementos software y hardware.</p> <p>Se ha de integrar con el resto de módulos, además de la historia sociosanitaria, con los módulos de hogar digital asistencial, teleasistencia y el sistema de coordinación sociosanitaria, utilizando los medios tecnológicos más eficientes según las patologías, la accesibilidad de los ciudadanos y los tipos de ciudadanos.</p> <p>Integración de dispositivos y sistemas de teleasistencia con diferentes formatos estándar en recepción/transmisión de mensajes, audio y vídeo</p> |
| Teleasistencia clínica y social avanzada | <p>Solución que integre una plataforma de teleasistencia avanzada existente con el módulo de coordinación con la historia sociosanitaria interactiva. Incluye herramientas de comunicación segura y deben contemplar el papel del cuidador desde su diseño. Debe estar integrada con el resto de módulos y debe ir ligado su desarrollo a los dispositivos de comunicación de forma desacoplada. Incluyen las teleconsultas, interconsultas entre profesionales,... en relación 1:1 o 1: N y utilizando dispositivos y medios de comunicación seguros según la eficacia y posibilidades de los destinatarios (paciente-profesional, paciente-cuidador-profesional, paciente-profesionales,...) al que se decida aplicar.</p> <p>Sistemas software de seguimiento y telemonitorización integrados incluso a varios niveles para coexistir e integrando los diversos sistemas actuales multifabricante.</p> |

| Subproyectos | Productos e Innovaciones |
|---|---|
| Servicios digitales de atención sociosanitaria a los ciudadanos | <p>Se integra con el módulo de hogar digital asistencial y debe estar dotado de un alto grado de seguridad y confidencialidad.</p> <p>Solución de servicios web para personas en situación de dependencia: Plan de cuidados personales sociales y sanitarios, pautas generales de autonomía relacionadas con su perfil. Acceso a información sobre productos de apoyo y accesibilidad. Acceso a agenda de contactos personales. Acceso a la teleasistencia y a la rehabilitación a distancia. Petición de consulta con los profesionales de referencia.</p> <p>Solución de servicios web de apoyo para el cuidador: Pautas de prestación de cuidados: Contenidos en vídeo, texto y consulta en línea. Acceso a redes sociales temáticas sobre cuidadores y sobre vida independiente. Gestión de servicios de respiro para el cuidador.</p> <p>Conjunto integrado de sistemas de rehabilitación a distancia. Conector específico para integrar en la plataforma de herramientas de estimulación, rehabilitación y mantenimiento de las personas a distancia, para ser utilizado directamente por la persona dependiente, por su cuidador o rehabilitador, o a través de un servicio de teleasistencia, y que refleja la actividad en la historia de las personas.</p> <p>Interfaz del ciudadano, multiplataforma e integrada con el módulo de coordinación sociosanitaria, para posibilitarle el acceso telemático a servicios y contenidos sanitarios y sociales mediante el dispositivo y el canales de transmisión más efectivos en cada caso (TDT, Wifi, Bluetooth, RFID, GSM, RTB, Internet/Redes privadas, SMART TV...).</p> |

6. Ejecución del convenio: Modelo y procedimiento de gestión y control del proyecto

6.1 Modelo de gestión del proyecto.

La gestión del proyecto se organizará de modo que se asegure la coordinación y dirección de las distintas entidades que participan en el proyecto, contando con una Dirección Técnica única, así como de una estructura de gestión común para todos los subproyectos. Por otro lado, la realización de cada subproyecto requiere del desarrollo de estructuras operativas para su gestión individual.

Para ello, se creará una Oficina de Gestión de Proyectos única, en la que participarán responsables de las dos Gerencias implicadas en el proyecto, y de la ADE.

La Oficina de Gestión de Proyectos será el elemento integrador entre las tres entidades y los diferentes subproyectos del proyecto, consolidando iniciativas individuales en un solo portafolio; cuantificable, de fácil seguimiento y alineado con las estrategia de la Junta de Castilla y León.

Esta oficina asumirá la dirección centralizada y coordinada de todos los subproyectos y sus funciones serán:

- Facilitar la coordinación y gestión del Proyecto, mediante la metodología de gestión de proyectos.
- Proveer de herramientas, metodologías y estructuras comunes para todo el portafolio de proyectos, permitiendo estandarizar la evaluación/cuantificación de resultados de los proyectos y el flujo de información entre las diferentes áreas involucradas.
- Prestar apoyo técnico a los diferentes subproyectos.
- Identificar, evaluar y mitigar riesgos potenciales para el éxito de los proyectos,.
- Evaluar y seguir la implantación de los subproyectos.
- Comunicar y difundir el Proyecto para garantizar la transferencia de conocimiento entre las diferentes áreas de conocimiento de los proyectos.
- La coordinación y seguimiento con el Ministerio de Economía y Competitividad.

Composición de la oficina de gestión del proyecto:

- Director del proyecto.
- Subdirector del proyecto: Responsable área Asistencia Sanitaria.

- Subdirector del proyecto: Responsable área Servicios Sociales.
- Responsable área TIC.
- Responsable área Formación.
- Responsable RRHH.
- Responsable Departamento Evaluación.
- Asesor Jurídico.
- Responsable de gestión y transferencia del conocimiento.
- Responsables de los subproyectos (uno por cada subproyecto).

Comisión de seguimiento:

Formada con miembros de MINECO y de las Gerencias de Servicios Sociales y de Salud y de la ADE.

6.2 Localización geográfica del proyecto.

El proyecto será dirigido desde los servicios centrales de las Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades en Valladolid, donde se localizarán las estructuras de gestión.

La ejecución concreta de las fases piloto de cada subproyecto se realizará en lugares físicos concretos, rompiendo la dicotomía entre atención primaria y especializadas, bajo un prisma de integración asistencial real más que administrativa. Los centros donde se realizan los pilotos han sido seleccionados por el comité de Dirección atendiendo a criterios de capacidad, necesidad y viabilidad. Cada subproyecto estará vinculado a los centros donde se localicen las pruebas piloto (complejos hospitalarios, áreas de atención primaria relacionadas, residencias asistenciales de atención de dependientes públicas, etc.).

Los elementos comunes de la plataforma se instalará en servidores de la Consejería de Fomento, y los elementos específicos en los de las Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Por tanto, se acondicionarán y adaptarán las instalaciones de las Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades. Se definirán dos posibles formas de gestión. Los profesionales con una implicación relevante en el proyecto que requieran de dedicación de parte de su jornada laboral serán liberados de un porcentaje de su actividad asistencial para dedicarse al proyecto.

6.3 Arquitectura de compra pública innovadora.

Este proyecto contendrá distintos contratos o lotes, en los que se aplicará CPI (CPTI o CPPC según proceda de acuerdo a la consulta preceptiva con la SGFIE referida en el último párrafo del apartado 2.) a través de licitaciones que sigan los procedimientos de adjudicación ordinarios que fomenten la inclusión de innovaciones en las ofertas presentadas siguiendo las recomendaciones establecidas en la Guía sobre compra pública innovadora editada por el MINECO.

Nuestro esquema de compra pública innovadora recogerá el esquema de buenas prácticas en la compra pública innovadora establecida por la UE.

En particular, se realizará una Identificación y planificación de las necesidades de compra a través de la elaboración de un mapa de demanda temprana a partir del borrador ya elaborado (Adjunto 1), que permita identificar las soluciones innovadoras disponible en el mercado, dejando a las empresas que propongan ideas y soluciones alternativas que den lugar al Mapa de demanda temprana final. Una vez elaborado, dicho mapa será publicado.

A partir de este mapa de demanda temprana, se definirán y elaborarán los pliegos de prescripciones técnicas de la CPI, incluyendo cláusulas contractuales que promuevan la innovación.

Asimismo, se definirá un procedimiento de gestión para el análisis y valoración de las propuestas.

6.4 Análisis del Mapa de Demanda Temprana.

La Junta de Castilla y León (JCYL) a través de la Gerencia de Servicios Sociales y el SACYL elaborará un mapa de demanda temprana que incluirá como contenidos un análisis del reto que supone el envejecimiento activo, vida autónoma y asistida, análisis de la cadena de valor de la industria socio sanitaria, suministro de servicios socio sanitarios y problemática tecnológica, uso actual y potencial futuro de la tecnología, líneas objeto contratación en este entorno y una descripción básica de las mismas y detalles de la arquitectura de compra pública innovadora. Actualmente, a título de ejemplo se recoge un borrador inicial de trabajo que supondrá el punto de partida. (Adjunto 1).

Dicho mapa será preceptivamente compartido, para observaciones, con el MINECO previamente a su divulgación pública, la cual se realizará al menos 2 meses antes del anuncio de licitación de la primera de las líneas antes referidas.

El Mapa de Demanda Temprana es un instrumento novedoso que permite anticipar al mercado las necesidades de la administración y pretende facilitar información valiosa a las empresas para que orienten sus iniciativas en I+D+i hacia las futuras licitaciones.

La CPI implica unas exigencias particulares derivadas de su propia naturaleza y que no rigen habitualmente en el caso de las compras públicas regulares. Entre otras exigencias la necesidad de una demanda temprana, la identificación de la oferta de valor, el especial tratamiento de los derechos de propiedad generados a partir de la compra y la consideración de los beneficios de la agregación de la demanda.

Partiremos de un borrador tecnológico (ver anexo) que:

- Planifica y evalúa las necesidades concretas a solucionar.
- Estudia la oferta relacionada con ese tipo de necesidades no sólo actuales sino también previstas, ya que las necesidades no están cubiertas en el mercado; y.
- Empresas potenciales proveedores.
- Estudia las tecnologías susceptibles de aportar valor y su posible evolución y coste.

Para el presente proyecto se considera que el modelo de CPI que más se ajusta es el de CPTI de colaboración público-privada, mediante diálogo competitivo.

La AEI de dependencia con el apoyo de la Agencia de Innovación, financiación e Internacionalización, está desarrollando un catálogo de soluciones innovadoras en el ámbito de la dependencia. La AEI de dependencia ha mostrado su disposición a colaborar en esta identificación del Mapa de demanda temprana.

En el documento Adjunto 1, en el punto 5, se recoge un mapa de demanda temprana como base para la elaboración del mapa definitivo que será el que se publique, conteniendo la previsión de necesidades de la administración.

6.5 Tratamiento de los Derechos de Propiedad Industrial e Intelectual.

Cada entidad participante continuará siendo propietaria y titular de los conocimientos, equipos, sistemas, programas, formativos, especificaciones, pruebas de investigación, procesos de ejecución y cualquier otro know-how siempre y cuando sean anteriores en propiedad y titularidad a la realización del presente proyecto.

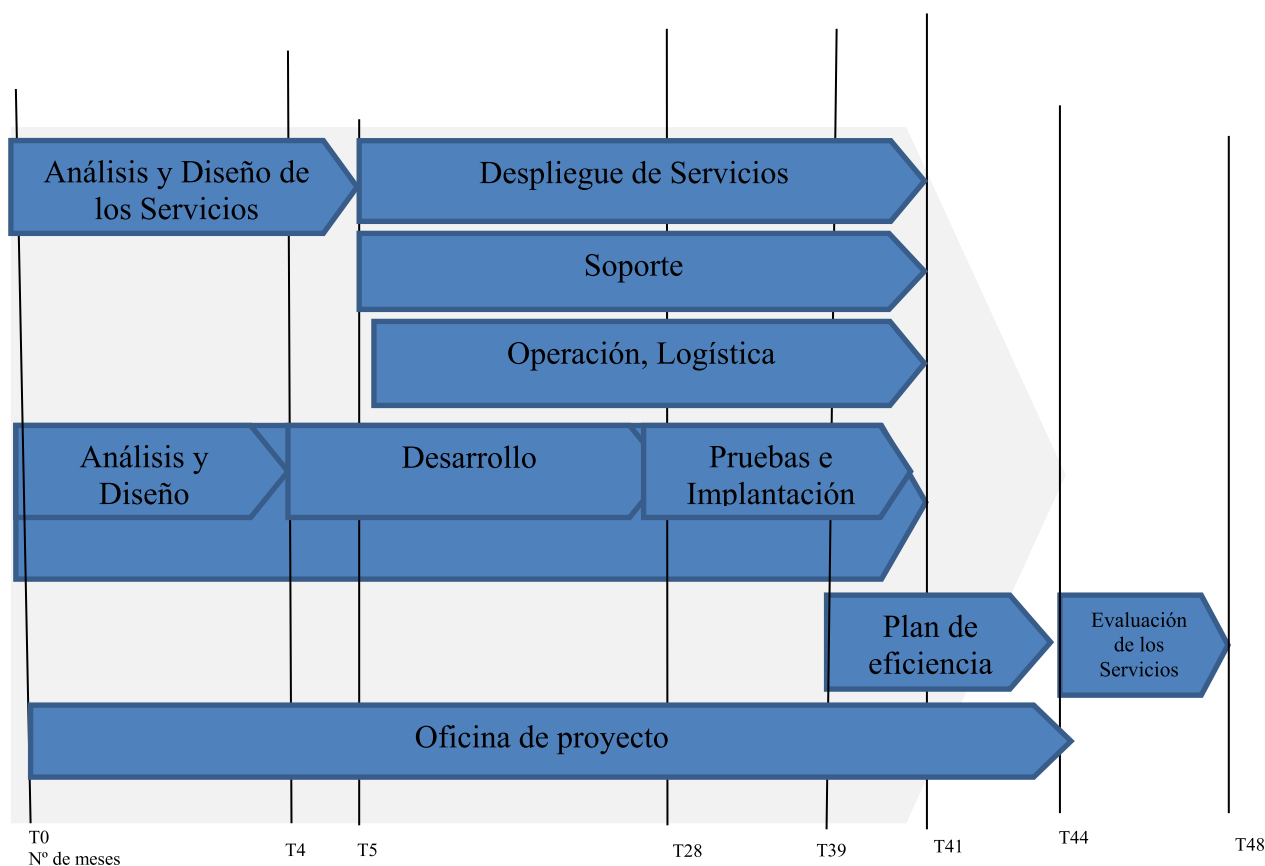
Cada una de las partes se compromete a no difundir, bajo ningún aspecto, las informaciones científicas o técnicas pertenecientes a la otra parte o comunes a las que hayan podido tener acceso en el desarrollo del Proyecto, siempre que esas informaciones no sean de dominio público o se acuerde su uso y/o publicidad.

En el caso de que los resultados del proyecto se obtenga cualquier tipo de propiedad intelectual o industrial, los autores serán las personas pertenecientes a las empresas contratadas o a las entidades que participen en el proyecto, según los acuerdos específicos establecidos entre las partes y a lo que establezca al respecto la normativa que regula este tipo de proyectos tecnológicos. En particular, en línea con las comunicaciones de la Comisión Europea al respecto del empleo de la compra pública de tecnología innovadora,

se compartirán los resultados de la I+D entre empresas y la Junta de Castilla y León. Así las empresas mantendrán los derechos de explotación comercial y la Junta de Castilla y León los de utilización para fines de internos y de investigación con terceras partes.

7. Calendario y presupuesto

7.1 Cronograma del proyecto.



Duración total del proyecto: 4 meses + 40 meses + 4 meses = 48 meses.

Alcance propuesto en usuarios directos de la plataforma (personas/pacientes telemonitorizados y teleasistidos): 120.

7.2 Fases del proyecto.

7.2.1 Análisis y diseño de los Servicios: En esta fase preliminar se llevan a cabo las siguientes acciones vinculadas con CPI:

- Realización del Mapa de Demanda Temprana.
- Definición de los lotes de contratación.
- Procesos ligados a la contratación pública hasta adjudicación.

Desde el punto de vista del proyecto, se llevará a cabo una consultoría asistencial y social para definir procesos, estratificación de pacientes, criterios de inclusión en el programa, y diseñar el catálogo de servicios que se ofrecerán a cada grupo de personas/pacientes.

7.2.2 Desarrollo de la plataforma sociosanitaria e Integración de sistemas.

Siguiendo metodologías de gestión de proyectos de desarrollo de software, y apoyándose en las conclusiones de la fase de «Análisis y Diseño de los Servicios» se

realizará el diseño, el desarrollo, las verificaciones y validaciones y el despliegue de la plataforma. Esta fase se ejecutará parcialmente en paralelo con la fase de «Análisis y Diseño de los Servicios» en su parte inicial, y con las fases de «Despliegue de servicios», «Soporte» y «Operación y logística» en su parte final.

7.2.3 Despliegue de servicios.

En esta fase se configuran los servicios para su puesta en marcha, y se inicia una etapa de preservicio con un número reducido de pacientes y profesionales.

7.2.4 Soporte.

Se pone en marcha el soporte técnico a los pacientes con dispositivos en su domicilio o residencia habitual.

7.2.5 Operación y Logística.

Se distribuye el equipamiento de los pacientes a su domicilio o residencia habitual, y se retira o se reemplaza si fuera necesario.

7.2.6 Diseño de un plan de eficiencia.

Con el análisis y diseño de la plataforma y los indicadores preliminares obtenidos hasta un mes antes de la finalización del proyecto, se llevará a cabo una consultoría financiera para elaborar un plan de eficiencia o tangibilización del ahorro adaptada a la casuística y datos reales de Castilla y León.

7.2.7 Evaluación de los Servicios.

Fuera del alcance de este proyecto, a realizar por la administración pública de Castilla y León según los indicadores expuestos más adelante.

7.2.8 Justificación del Proyecto.

Una vez finalizados los desarrollos contratados mediante licitación pública, y declarada su conformidad, se procederá a la justificación del proyecto, acompañando de la documentación, y declaraciones normalizadas facilitadas por el MINECO.

7.3 Presupuesto anualizado del proyecto.

Se detalla a continuación el presupuesto del proyecto, que incluye el importe destinado a contratación, a conceptos de personal y otros gastos necesarios para la realización de los prototipos:

1) Contratación pública.

| Subproyectos | Año 1 – Euros | Año 2 – Euros | Año 3 – Euros | Año 4 – Euros | Total – Euros |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Coordinación sociosanitaria: Atención sanitaria y social integrada . . . | 216.000 | 324.000 | 324.000 | 216.000 | 1.080.000 |
| Historia Social Digital | 72.000 | 108.000 | 108.000 | 72.000 | 360.000 |
| El paciente en el hogar. | 153.000 | 229.500 | 229.500 | 153.000 | 765.000 |
| Teleasistencia clínica y social avanzada | 135.000 | 202.500 | 202.500 | 135.000 | 675.000 |
| Servicios digitales de atención sociosanitaria a los ciudadanos | 144.000 | 216.000 | 216.000 | 144.000 | 720.000 |
| El nuevo profesional sociosanitario digital | 180.000 | 270.000 | 270.000 | 180.000 | 900.000 |
| Mediateca Interacción Profesional-Paciente | 99.000 | 148.500 | 148.500 | 99.000 | 495.000 |
| Total. | 999.000 | 1.498.500 | 1.498.500 | 999.000 | 4.995.000 |

2) Personal.

| | Año 1 — Euros | Año 2 — Euros | Año 3 — Euros | Año 4 — Euros | Total — Euros |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Consejería de Familia. | 59.200 | 88.800 | 88.800 | 59.200 | 296.000 |
| Consejería de Sanidad. | 59.200 | 88.800 | 88.800 | 59.200 | 296.000 |
| ADE | 11.600 | 17.400 | 17.400 | 11.600 | 58.000 |
| Total. | 130.000 | 195.000 | 195.000 | 130.000 | 650.000 |

3) Gastos de ejecución.

| Gastos de ejecución | Año 1 — Euros | Año 2 — Euros | Año 3 — Euros | Año 4 — Euros | Total — Euros |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Servicios de apoyo para la oficina técnica . . . | 110.000 | 165.000 | 165.000 | 110.000 | 550.000 |
| Contratación nuevo personal para ejecución proyecto | 89.500 | 134.250 | 134.250 | 89.500 | 447.500 |
| Total. | 199.500 | 299.250 | 299.250 | 199.500 | 997.500 |

| | Año 1 — Euros | Año 2 — Euros | Año 3 — Euros | Año 4 — Euros | Total — Euros |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Total global | 1.328.500 | 1.992.750 | 1.992.750 | 1.328.500 | 6.642.500 |

8. Cuadro de mando: Modelo de evaluación e indicadores

Todos los subproyectos llevarán un protocolo de evaluación específico prefijado e independiente al equipo de trabajo de cada subproyecto. Con indicadores de procedimiento y resultado.

Se realizará desde el inicio el seguimiento de los ocho proyectos con la metodología PMI para conocer el grado de cumplimiento con el alcance, dentro de límites de tiempo, y costes definidos en cada proyecto.

8.1 Indicadores de Evaluación.

8.1.1 Indicadores de estructura.

Permitirán comprobar si los recursos son suficientes y están adecuadamente organizados.

- Personas dedicadas al desarrollo y control de los subproyectos.
- Suficiencia de la financiación para cada fase de cada subproyecto.
- Personas dedicadas a las pruebas según el calendario previsto.
- Suficiencia de la estructura de dirección y gestión.

8.1.2 Indicadores de proceso.

Nos permitirá medir si todos los pasos se están haciendo correctamente.

- Total de entregas en espera.
- Total entregas implementadas.
- Número de entregas fallidas.
- Número de entregas reprogramadas.
- Tiempo medio por entrega.
- Número de entregas resultantes en incidencias.

- g) Nivel de instrumentación de la gestión de entregas.
- h) Total de horas laborales disponibles para implementar entregas.
- i) Total de horas laborales invertidas implementando entregas.
- j) Número de errores conocidos de entregas en producción.
- k) Proporción de pruebas realizadas sobre las previstas.

8.1.3 Indicadores de resultado:

- a) Soluciones tecnológicas desarrolladas sobre las previstas.
- b) Número de plataformas implantadas para dispositivos del usuario.
- c) Número de canales utilizados para dispositivos del usuario.
- d) Manuales elaborados.
- e) Formación impartida.
- f) Evaluación económica: Análisis coste-oportunidad: costes por servicio alternativo.

8.2 Indicadores de gestión de cada subproyecto.

- a) Tiempo (Actividades de gestión de tiempo para conocer el avance del subproyecto).
 - 1. Horas desarrolladas/ horas planificadas.
 - 2. Informes de resultados emitidos en la fecha prevista en relación a los previstos.
 - 3. Tiempo real de la actividad/tiempo estimado planificado para la actividad.
 - 4. Duración real del proyecto a la fecha de corte/duración planificada a la fecha de corte.
- b) Costos (Actividades de costos que ayudan a conocer cómo va la ejecución de los gastos).
 - 1. Costo real del proyecto a la fecha de corte/duración planificada a la fecha de corte.
 - 2. Costo real del proyecto / Costo planificado del proyecto.
- c) Calidad (Sistema de gestión de calidad).
 - 1. N.º de procedimientos definidos.
 - i. Existencia de inventarios actualizados.
 - ii. Existencia de sistema mantenimiento adecuado.
- d) Riesgos (Identificar y proponer planes para enfrentar los riesgos).
 - 1. Lista de problemas y estimación de su ocurrencia y de los efectos sobre el subproyecto.
 - 2. Identificación de soluciones alternativas.
 - 3. Elaboración de planes de actuación para soluciones de las alternativas (Plan de Riesgos).