



Madrid, noviembre de 2016

# ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DE LA COOPERACIÓN PARA LA INNOVACIÓN EUROPEA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE Y SU IMPACTO EN ESPAÑA. LOGROS Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL PERÍODO 2016-2020



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE ECONOMÍA, INDUSTRIA  
Y COMPETITIVIDAD



Instituto  
de Salud  
Carlos III

A|e Agencia de Evaluación  
I|S de Tecnologías Sanitarias

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias  
Instituto de Salud Carlos III  
Ministerio de Economía, Industria y Competitividad  
Monforte de Lemos, 5 – Pabellón 4  
28029 MADRID (ESPAÑA)  
Tel.: 91 822 20 05  
Fax: 91 387 78 41

Catálogo general de publicaciones oficiales:  
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Para obtener este informe de forma gratuita en internet (formato pdf):  
<http://publicaciones.isciii.es/>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es/>

EDITA: INSTITUTO DE SALUD CARLOS III – MINISTERIO DE ECONOMÍA, INDUSTRIA Y COMPETITIVIDAD

N.I.P.O. en línea: 725-16-027-4

N.I.P.O. libro electrónico: 725-16-028-X

I.S.B.N.: No (Free online version)

Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.  
Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID

## **Autora**

Francisca García Lizana

## **Colaboradores Externos**

Marta Castro Rodríguez, Elena Carantoña Álvarez, Vicente Traver Salcedo, Esteban de Manuel, Giuseppe Ficco, Leucadio Rodríguez Mañas, Beatriz Martínez-Lozano Aranaga, Ana Carriazo, Andreu Català, Mireia Ferri Sanz, Javier Gámez Payá, Jordi Piera.

## **Agradecimientos**

A Roberto Zuffada y José Ángel Martínez Usero por la cesión de algunos datos provenientes del proyecto PROEIPAH.

A Ana Ruiz y Celia Casillas de AEVAL por su asesoramiento para la aplicación de la metodología AEVAL.

## **Para citar esta monografía**

García Lizana, F., Castro Rodríguez, M., Carantoña E., Traver Salcedo, V., De Manuel, E., *et al.* «Análisis de la estrategia de la Cooperación para la Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable y su impacto en España. Logros y propuestas de mejora para el periodo 2016-2020».

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Madrid, 2016.

Este texto puede ser reproducido siempre que se cite su procedencia.

# ÍNDICE

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ACRÓNIMOS .....                                                                                            | 6  |
| RESUMEN EJECUTIVO .....                                                                                    | 7  |
| EXECUTIVE SUMMARY .....                                                                                    | 8  |
| 1. INTRODUCCIÓN .....                                                                                      | 9  |
| 1.1 El reto del envejecimiento poblacional y las evoluciones tecnológicas .....                            | 9  |
| 1.2 Europa 2020 y la Unión por la Innovación .....                                                         | 11 |
| 1.2.1 Colaboración para la Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (EIPonAHA) .....  | 12 |
| 1.3 Impacto del EIPonAHA e Interés en el Envejecimiento Saludable en España .....                          | 15 |
| 2. FUNDAMENTO E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO .....                                                                | 19 |
| 3. OBJETIVOS .....                                                                                         | 20 |
| 4. MATERIAL Y MÉTODOS .....                                                                                | 21 |
| 4.1 Evaluación del EIP on AHA 2011-2015 .....                                                              | 21 |
| 4.1.1 Análisis y evaluación documental del programa .....                                                  | 22 |
| 4.1.2 Encuesta de opinión de expertos sobre el EIPonAHA .....                                              | 24 |
| 4.2 Instrumentos de mejora de la eficiencia en la implementación el EIPonAHA en el periodo 2016-2020 ..... | 24 |
| 4.3 Mejora del impacto en España .....                                                                     | 25 |
| 5. RESULTADOS .....                                                                                        | 26 |
| 5.1 Evaluación y análisis del EIPonAHA .....                                                               | 26 |
| 5.1.1 Análisis de la lógica de la intervención .....                                                       | 26 |
| 5.1.2 Análisis y síntesis de los datos .....                                                               | 37 |
| 5.1.3 Encuesta de opinión .....                                                                            | 41 |
| 5.2 Identificación de policy drivers .....                                                                 | 43 |
| 5.3 Análisis y mejora del impacto en España .....                                                          | 45 |
| 5.3.1 Resultados de la encuesta .....                                                                      | 45 |
| 5.3.2 Análisis DAFO .....                                                                                  | 47 |
| 6. DISCUSIÓN .....                                                                                         | 49 |
| LIMITACIONES .....                                                                                         | 51 |
| CONCLUSIONES .....                                                                                         | 52 |
| BIBLIOGRAFÍA .....                                                                                         | 53 |
| ANEXO 1. ENTIDADES DE REFERENCIA ESPAÑOLAS 2016 .....                                                      | 58 |
| Andalucía entidad de referencia en envejecimiento activo y saludable (Reacreditación) ..                   | 58 |
| Entidad de referencia de Aragón: Sector Sanitario de Barbastro-Salud .....                                 | 60 |
| Entidad de referencia de Asturias .....                                                                    | 62 |
| Entidad de referencia de Illes Balears .....                                                               | 63 |

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Entidad de referencia «Catalonia» (Reacreditación) .....                                                             | 65        |
| Entidad de referencia de la ciudad de Badalona .....                                                                 | 67        |
| Entidad de referencia de la provincia de Barcelona: Asociación por la Vida Independiente (AVI) .....                 | 69        |
| Entidad de referencia de la ciudad de Terrassa: Health Care Innovation Lab Orbital 40 .....                          | 72        |
| Entidad de referencia de Comunidad Valenciana .....                                                                  | 74        |
| Entidad de referencia de Galicia (Reacreditación) .....                                                              | 77        |
| Entidad de referencia de la Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud, Hospital Universitario de Getafe ..... | 79        |
| Entidad de referencia de la Región de Murcia .....                                                                   | 81        |
| Entidad de referencia del País Vasco (Reacreditación) .....                                                          | 83        |
| <b>ANEXO 2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL EIPonAHA .....</b>                                                       | <b>86</b> |
| 2.1 Matriz de evaluación .....                                                                                       | 86        |
| 2.2 Tablas de resultados de los grupos de acción .....                                                               | 91        |
| 2.3 Resultados del análisis de la estrategia de escalabilidad .....                                                  | 93        |
| <b>ANEXO 3. ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE EL EIPonAHA Y SU IMPACTO EN ESPAÑA .....</b>                                   | <b>94</b> |
| 3.1 Encuesta .....                                                                                                   | 94        |
| 3.2 Resultados de la encuesta .....                                                                                  | 100       |

## ACRÓNIMOS

|           |                                                                                   |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| AG        | Grupo de Acción                                                                   |
| CCAA      | Comunidades Autónomas                                                             |
| CE        | Comisión Europea                                                                  |
| DG        | Dirección General                                                                 |
| EIP       | Cooperación de Innovación Europea                                                 |
| EIPonAHA: | Cooperación para la Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable |
| EEMM      | Estados Miembros                                                                  |
| ONG       | Organización No Gubernamental                                                     |
| OMS       | Organización Mundial de la Salud                                                  |
| PA        | Planes de acción                                                                  |
| RS        | Entidades de referencia                                                           |
| SIP       | Plan estratégico de implementación                                                |
| SNS       | Sistema Nacional de Salud                                                         |
| UE        | Unión Europea                                                                     |

## RESUMEN EJECUTIVO

La Cooperación para la Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable es probablemente la estrategia más ambiciosa que ha lanzado la Comisión Europea en esta década para promover la transformación social-sanitaria y el crecimiento económico a través de la innovación. La estrategia afronta los retos demográficos y el avance tecnológico que presionan la sostenibilidad de los sistemas de salud y bienestar. El Plan Estratégico de Implementación define pilares estratégicos de áreas de actividad y que se han desarrollado a través de distintos grupos de acción y entidades de referencia. La cooperación incluye una estrategia de escalabilidad y despliegue de la innovación basada en la replicación de prácticas innovadoras. No obstante, evaluaciones de expertos a medio plazo, reconocieron que la estrategia es valorable, pero que la implementación presentaba problemas.

**Objetivos:** El presente informe tiene un objetivo general: mejorar la implementación del EIPonAHA y su impacto en España. Dicho objetivo se desarrolla a través de varios objetivos específicos:

- Analizar y valorar la primera fase de la Cooperación de Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (2011-2015)
- Analizar y buscar sinergias y mecanismos de mejora de la eficiencia en la implementación de las actividades de los AGs para el periodo 2016-2018
- Analizar y poner en valor los logros de la estrategia y su impacto en España y el potencial para su implementación en España.

**Metodología:** La evaluación y análisis se realiza a través del enfoque AEVAL usando el análisis documental y una encuesta de percepción a expertos.

Un análisis DAFO completa el estudio para determinar las fortalezas y debilidades del programa y así sustentar las recomendaciones.

**Resultados:** Los resultados de este informe enfatizan la necesidad y pertinencia de la estrategia europea y que ha conseguido movilizar una importante masa crítica. EL EIPonAHA es una estrategia de indudable impacto en España de la que podemos aprender. Sin embargo, existen ciertas áreas de mejora y potenciales amenazas que se proyectan igualmente en su implementación en España.

**Conclusiones:** Mejorar la coordinación y comunicación a nivel nacional de los RS y reproducir la estrategia de replicabilidad de una CCAA a otras, es posiblemente uno de los instrumentos que podrían contribuir a alcanzar los objetivos del EIPonAHA a nivel nacional. Para ello es esencial implementar mecanismos homogéneos de monitorización y evaluación que aseguren la traslación del conocimiento y la transformación socio-sanitaria basada en evidencias.

**Palabras clave:** Envejecimiento Activo y Saludable, Innovación, escalabilidad, Transformación Socio-sanitaria, sostenibilidad de los sistemas de salud, Cooperación europea para la innovación en envejecimiento activo saludable.

## EXECUTIVE SUMMARY

The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIPonAHA) is the most ambitious strategy of the EC in this decade to support health and care transformation and economic growth through innovation. The Strategic implementation Plan describes the strategy to be developed for different Action Groups and Reference sites. The strategy includes a Scalability Roadmap based on replicability of innovative practices. The midterm evaluation recognises the value of the strategy, however, improvement in the execution and development of the synergies has been recommended.

**Objectives:** The general objective is to improve the implementation of EIPonAHA in Spain, ensuring triple win. This overall objective is developed through three specific objectives:

1. Policy analysis and evaluation of 2011-2015 period
2. Improve the efficiency and coordination between AGs of EIP on AHA partners, avoiding duplication of work and potentially different outcomes.
3. Policy analysis of impact of EIPonAHA in Spain.

**Methodology:** The analysis and evaluation of this report was conducted through AEVAL methodology, using literature review and policy analysis of European Policy Framework; and a survey to EIPonAHA experts.

Finally a SWOT analysis was built to support the policy recommendations.

**Results:** The outcome of this report emphasizes the need and pertinence of EIPonAHA and its achievements, mobilising strong critical mass committed to implement innovation. Spain can take advantage of these lessons, but also should pay attention to its weaknesses and threats.

**Conclusion:** Better coordination and communication at national level, in particular about Spanish Reference Sites could be a strong tool to achieve the triple win. Implementing the scaling up strategy at national level, replicating innovative practice from a Region to others could be essential. However, ensuring knowledge transfer and evidence based Health and Social Care transformation is critical.

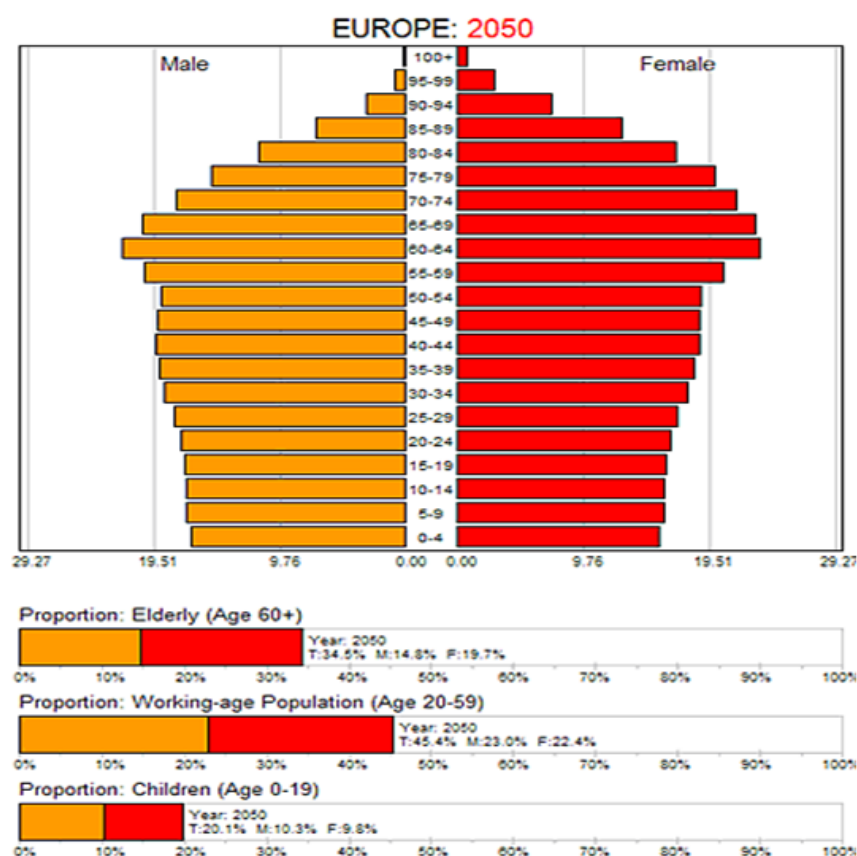
**Key words:** Active and Healthy Ageing, Innovation, Scaling up, Health and care transformation, Sustainability of Healthcare System, European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y LA EVOLUCIÓN TECNOLÓGICA

Europa está envejeciendo<sup>1</sup>. El envejecimiento demográfico es uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta Europa. Según previsiones recientes, durante los próximos cincuenta años estará cerca de duplicarse el número de europeos mayores de 65 años, que pasará de 87 millones en 2010 a 148 millones de personas en 2060<sup>2</sup>. Esta tendencia constituye un reto para las autoridades públicas, los responsables políticos, las empresas y el sector sin ánimo de lucro, especialmente porque el problema llega en un momento en el que confluyen una presión en aumento en los presupuestos públicos, una disminución constante del número de personal sanitario<sup>3</sup> y una creciente demanda de productos y servicios de asistencia por parte de las personas mayores. Esta tendencia es a nivel mundial<sup>4,5</sup>, y se estima que para 2050 la población mayor de 65 años superará el 30%, siendo España el país más envejecido.

Proyección de la pirámide poblacional para 2050<sup>2</sup>



Dos factores claves son los responsables del envejecimiento de la población. El primero es el aumento de la esperanza de vida, que en Europa y otros entornos de altos ingresos está principalmente asociado al aumento en la expectativa de vida de

la población mayor de 65 años y no tanto al mayor índice de supervivencia a edades menores<sup>4</sup>. El segundo es la caída generalizada de las tasas de fecundidad, que en Europa es inferior a dos hijos por mujer en edad fértil<sup>4,5</sup>. Sin embargo, la combinación del envejecimiento de la población y las bajas tasas de natalidad también plantea importantes retos económicos, presupuestarios y sociales.

Cuando la mortalidad disminuye debido al aumento de la esperanza de vida en enfermos crónicos y no porque exista menor riesgo de enfermar, la morbilidad de la población general aumenta<sup>6</sup>. A su vez, el control de la enfermedad en las cohortes de personas mayores produce un fenómeno de compresión de la morbilidad y, finalmente, el auge de poblaciones frágiles y de muy avanzada edad<sup>6</sup>. Sin embargo, no existe consenso acerca de si el aumento de la morbilidad es algo implícito al fenómeno del envejecimiento poblacional<sup>4</sup>, dada la gran heterogeneidad existente en el estado de salud de los individuos de edad avanzada –influenciada por la carga genética y, en gran medida, por el entorno y el comportamiento de las personas–<sup>4</sup>. No obstante, existe preocupación acerca de si el coste de mantener la provisión de cuidados en poblaciones más longevas puede ser un determinante de la sostenibilidad económica y del bienestar de los países europeos<sup>1,6,7</sup>. Cuando aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas pero disminuye el nivel de discapacidad asociado –teoría del equilibrio dinámico, Manton 1982–, se produce un importante incremento en el uso de servicios hospitalarios y una disminución de la utilización de cuidados de larga duración en las poblaciones con altos ingresos<sup>7</sup>. No obstante, si el envejecimiento fuese el principal responsable del aumento en los costes de la asistencia sanitaria, las poblaciones con velocidades de crecimiento mayores tendrían mayores aumentos en el gasto en sanidad y no siempre es así<sup>4</sup>. Por tanto, existen otros factores a considerar, como las demandas de cuidados de calidad y el avance de tecnologías costosas y más eficaces.

Pero el contexto económico del envejecimiento, no solo presiona los servicios de salud, tal y como son ahora. Si no se producen nuevos cambios en las instituciones y en las políticas aplicadas, se espera que las tendencias demográficas transformen considerablemente nuestras sociedades, afectando a la solidaridad entre generaciones e imponiendo nuevas exigencias a las generaciones futuras. Estas tendencias tendrán un impacto significativo sobre el potencial de crecimiento e implican fuertes presiones para aumentar el gasto público, no solo en pensiones y sanidad, sino también en infraestructuras, vivienda y educación<sup>2</sup>.

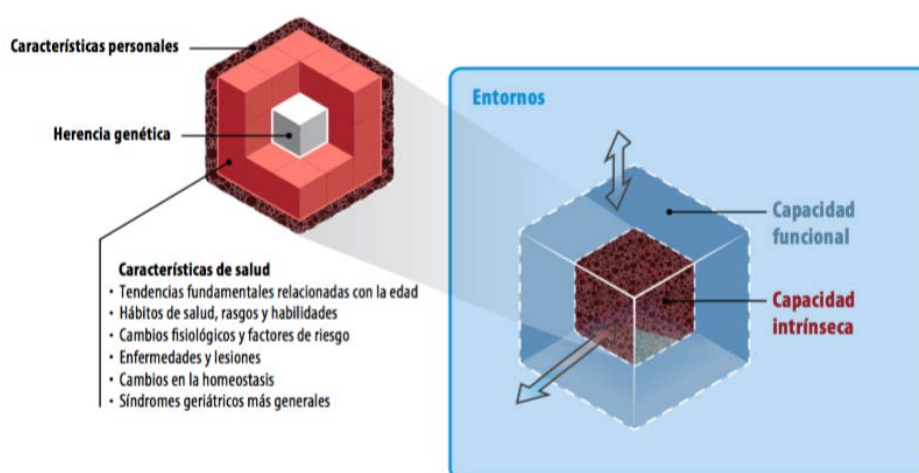
Por todo lo expuesto anteriormente, resulta evidente la necesidad de adaptación de los países de la Unión Europea (UE) al reto de la transición demográfica, llevando a cabo un abordaje integral de salud pública y la provisión de servicios de salud y cuidados, transformando los sistemas para que respondan a las nuevas características y necesidades de la población<sup>1,4,6</sup> y donde el envejecimiento activo y saludable constituya un marco para la acción sobre la salud<sup>4,7</sup>. Pero al mismo tiempo capacitar al sistema para que pueda absorber el desarrollo tecnológico innovador.

El **Envejecimiento Activo**, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen». Se basa en el reconocimiento de los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen, así como en el apoyo de su participación continua en la vida comunitaria. Con el envejecimiento activo se pretende llevar la capacidad funcional

de los individuos al máximo posible, manteniendo su autonomía e independencia y retrasando la aparición de la discapacidad.

La OMS<sup>4</sup> define el Envejecimiento Saludable como «el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez». Donde la capacidad funcional de una persona comprende la capacidad intrínseca –capacidades físicas y mentales–, las características del entorno –el hogar, la comunidad, la sociedad– y las relaciones entre estos componentes (Figura 1). Por tanto, es la combinación de la persona y su entorno, así como la interacción entre ellos, lo que posibilita la felicidad, la satisfacción y la plena realización de la población anciana<sup>4</sup>. Asimismo, reconoce el valor intrínseco de los ancianos en la sociedad y las múltiples contribuciones al desarrollo que realizan, abandonando la visión de ellos como una carga o lastre<sup>1</sup>. Además, adopta un enfoque diferente sobre las implicaciones económicas del envejecimiento, al considerar los gastos asociados a este proceso como inversiones y no como costos de la propia senectud<sup>4</sup>. Es lo que se ha llamado Economía Plateada, donde el envejecimiento se percibe positivamente, como oportunidad de desarrollo económico a distintos niveles.

Figura 1. Envejecimiento saludable<sup>4</sup>



La idea general del envejecimiento activo y saludable (AHA de sus siglas en inglés, Active and Healthy Ageing) consiste en que la población anciana viva más tiempo de forma autónoma, independiente y en condiciones de buena salud, para lo cual será necesario tener en cuenta la capacidad funcional del individuo, entendida según la definición de la OMS, y actuar en consecuencia, creando y facilitando el acceso a los servicios que presten una atención integrada y centrada en las personas mayores, garantizando a la vez la sostenibilidad del sistema<sup>4</sup>.

## 1.2 EUROPA 2020 Y LA UNIÓN POR LA INNOVACIÓN

En el año 2010, tras un año de intensa recesión económica en Europa y en respuesta a la misma, la Comisión Europea (CE) propuso la transformación de la economía de los países miembros. Así, bajo el nombre de *Europa 2020*<sup>8</sup>, se puso en marcha una estrategia de crecimiento inteligente (basado en el conocimiento y en la innovación), sostenible (con un uso más eficaz, verde y competitivo) e integradora (con un alto nivel de cohesión social y territorial). Los objetivos de la Estrategia

Europa 2020 se complementa con siete iniciativas emblemáticas: Unión por la Innovación<sup>9</sup>; Juventud en Movimiento<sup>10</sup>; Una Agenda Digital para Europa<sup>11</sup>; Una Europa que utilice eficazmente los recursos; Una política Industrial para la era de la Globalización; Una Agenda para Nuevas Cualificaciones y Empleos; Plataforma Europea contra la Pobreza<sup>12</sup>.

La *Unión por la Innovación*<sup>9</sup> adopta un nuevo enfoque estratégico en materia de innovación. Pretende mejorar las condiciones de la innovación a través de todas las etapas de la innovación y el desarrollo y garantizar que las ideas innovadoras se puedan convertir en productos y servicios que generen crecimiento, empleo y progreso social en la UE. En base a ello, se propone la creación de varias colaboraciones para la innovación europea (EIP por su acrónimo en inglés, European Innovation Partnerships), a fin de acelerar la investigación, el desarrollo y el despliegue de las distintas innovaciones en el mercado. La estrategia de la Unión para la Innovación, se basa en el esfuerzo colectivo de las instituciones de la UE y otras partes interesadas:

- El Consejo Europeo debería dar las directrices y el impulso político como parte de la Estrategia Europa 2020. El Consejo debería desempeñar el papel protagonista en la adopción de las medidas necesarias para mejorar las condiciones marco de la UE. Se invita al Parlamento Europeo a que dé prioridad a las propuestas e iniciativas relacionadas con la «Unión por la innovación». La CE desarrollará las iniciativas expuestas en la «Unión por la innovación». Ayudará a los Estados miembros (EEMM) a reformar sus sistemas y emprenderá iniciativas para promover el intercambio de buenas prácticas a todos los niveles. Ampliará el ámbito de competencia de la Oficina del Espacio Europeo de Investigación e incluirá a líderes prominentes del mundo empresarial y financiero, así como a jóvenes investigadores e innovadores destacados, para evaluar de manera continua la «Unión por la innovación», reflexionar sobre nuevas tendencias y formular recomendaciones sobre prioridades y acciones.
- Los EEMM (y sus regiones) deberían asegurarse de que se establecen las infraestructuras de gobernanza necesarias allí donde todavía no existen. Deberían realizar autoevaluaciones exhaustivas y buscar vías para reformar sus sistemas a fin de promover la excelencia, fomentar una cooperación más estrecha y perseguir la especialización inteligente desde la perspectiva de la UE. Deberían reexaminar sus programas operativos cofinanciados por los Fondos Estructurales tomando como referencia las prioridades fijadas conforme a Europa 2020 e intentar asignar recursos adicionales a la investigación y la innovación.
- Se invitó a todas las partes interesadas –empresas, autoridades locales, interlocutores sociales, fundaciones y ONG– a que den su apoyo a la «Unión por la innovación».
- Asimismo, se invita al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones a que trabajen con las organizaciones y organismos que representan para movilizar apoyos, estimular iniciativas y ayudar a difundir las mejores prácticas.

Tabla 1. Colaboraciones europeas incluidas en la Unión por la Innovación<sup>9</sup>

| European Innovation Partnerships                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración para la Innovación Europea para el Envejecimiento Activo y Saludable.</li> <li>• Colaboración para la Innovación Europea para la productividad y sostenibilidad agrícola.</li> <li>• Colaboración para la Innovación Europea para ciudades y comunidades inteligentes.</li> <li>• Colaboración para la Innovación Europea para el agua.</li> <li>• Colaboración para la Innovación Europea para la materia prima.</li> </ul> |

### 1.2.1 Colaboración para la Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (EIPonAHA)

El primer proyecto piloto de estas colaboraciones se centra en el ámbito de la salud, concretamente en el envejecimiento activo y saludable «**Cooperación de Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable**» (*EIPonAHA*, por sus siglas en inglés European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing)<sup>9,13-15</sup>.

El programa se diseñó en el 2011 y se procedió a su implementación en el 2012. No obstante algunos pilares importantes como el sistema de monitorización están aún pendientes de implementar.

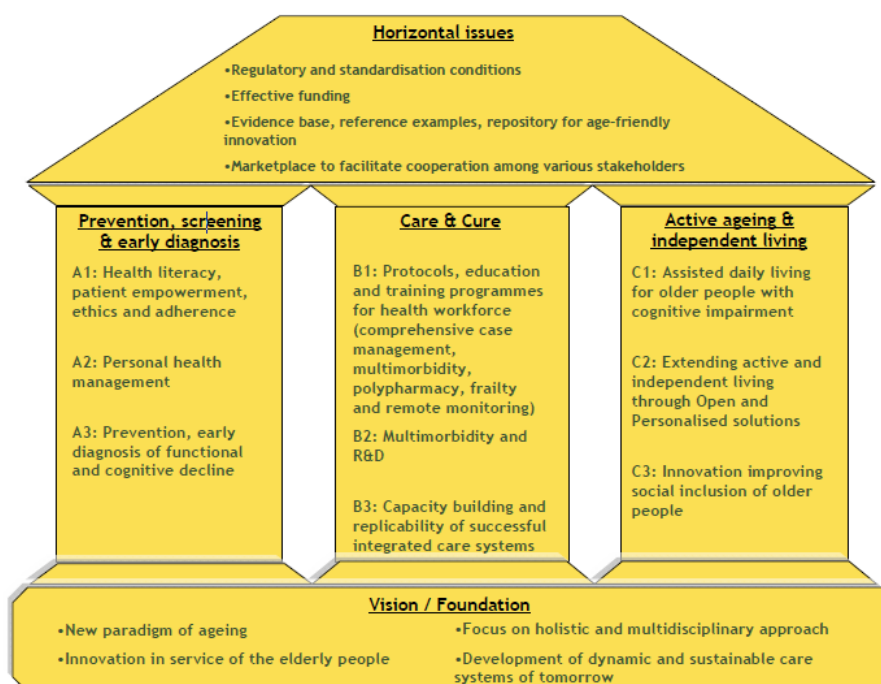
El programa persigue un objetivo estratégico que es incrementar en 2 años la vida saludable de los ciudadanos europeos para el 2020 y tres objetivos generales: mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los ciudadanos europeos, mejorar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la competitividad de la industria europea. Estos tres objetivos es lo que se ha llamado coloquialmente el «triple win».

El programa conservó el enfoque estratégico y las máximas de la Unión para la Innovación y construyó un Plan Estratégico de Implementación<sup>13-15</sup> (SIP de sus siglas en inglés Strategic Implementation Plan) en consenso con todas las partes interesadas.

La estrategia se basa en movilizar a las autoridades socio-sanitarias y a todas las partes implicadas a trabajar hacia la consecución de dichos objetivos y promover una transformación innovadora de los servicios de salud y sociales capaces de hacer frente los nuevos retos tecnológicos y asociados con los cambios demográficos.

Se convocaron a todas las partes a comprometerse en trabajar por el triple win a través de Grupos de Acción (AG de sus siglas en inglés Action Group) de líneas de trabajo priorizadas. La [figura 2](#) muestra gráficamente las distintas intervenciones que incorporó el EIPonAHA. La CE procedió también a la identificación de Entidades de Referencia (RS en adelante, de sus siglas en inglés Reference Sites), o lugares con buenas prácticas innovadoras contrastadas que pudieran replicarse en el resto del sistema.

El programa se ha estructurado en varios periodos de implementación, el primero del 2012-2015 y el segundo 2016-2018, y es previsible un tercero del 2018-2020. Para el primer periodo cada AG elaboró un plan de acción (PA) y ahora los han renovado para avanzar en el proceso de transformación eficiente e innovadora de los sistemas de salud.

Figura 2. Esquema del EIPonAHA<sup>13,14</sup>

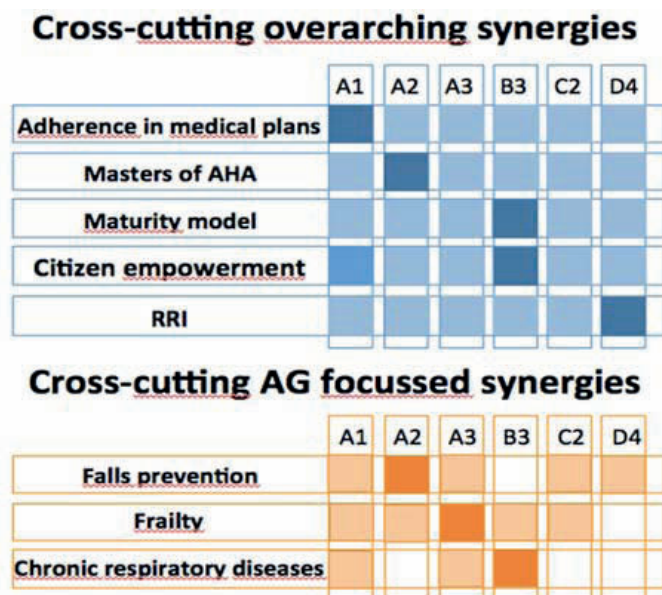
La estrategia ha tenido un impacto relevante en los últimos años. Según una encuesta desarrollada por la CE a los socios, éstos consideraban que el EIPonAHA constituía una red de socios y colaboradores interesantes (Ver figura 3). No obstante, algunos informes de expertos<sup>16</sup> tras evaluar los EIPs, en general reconocían que si bien los EIP respondían a necesidades prioritarias y podían facilitar el crecimiento económico y el bienestar europeo, parecía que le faltaba consistencia en ejecución. Este grupo de expertos recomendaba mejoras en la ejecución y segundas acciones basadas en nuevas metas y actividades. Asimismo, recomendaba crear sinergias entre las tareas de los diferentes AGs. También era evidente que algunos temas se repetían en los distintos AGs, lo cual podía provocar duplicidades y pérdida de eficiencia de los trabajos y el esfuerzo realizado.

Figura 3. Valor Añadido percibido por los socios del EIPonAHA. (Basado en los resultados de una encuesta sobre los indicadores de proceso, con 107 respuestas [2013])<sup>17</sup>

A finales del 2015 y durante la preparación de los nuevos PA, la CE propuso a los socios la creación de una Task Force<sup>18</sup> para la identificación de sinergias. La Task Force definió sinergias como «trabajo colaborativo con interés transversal y relevancia a varios AGs». Así pues, en el nuevo periodo 2016-2018, además de unos nuevos PA

para cada AG, la Task Force identificó distintas Sinergias como muestra la [figura 4](#). Cada sinergia a su vez, diseñó un plan de trabajo y se asoció a un AG y distintos miembros de los otros AGs y los nuevos socios colaborarían en los trabajos.

Figura 4. Sinergia aprobadas y participación del AGs



No obstante, aparentemente los PA renovados, seguían presentando potenciales duplicidades de trabajo.

El presente informe expone detalladamente los elementos claves del diseño del programa y su implementación y pretende ser un documento de reflexión, análisis y discusión del EIPonAHA que mejore su implementación y asegure la obtención de sus objetivos fundamentales, con especial énfasis al posicionamiento e impacto en España.

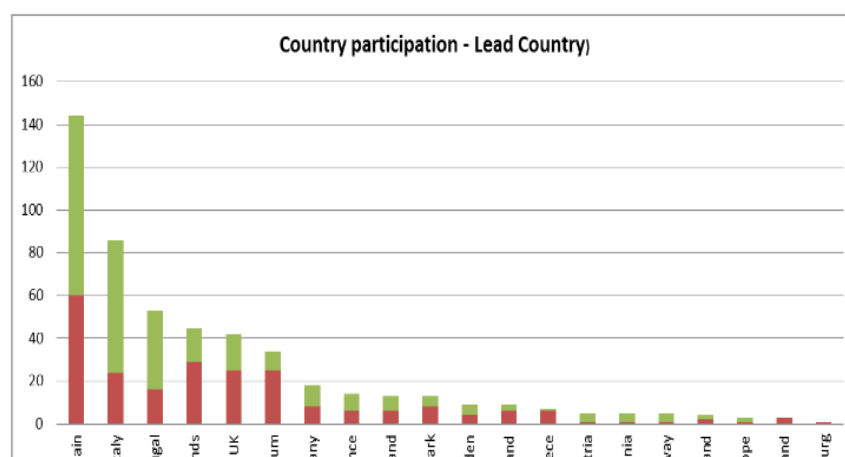
### 1.3 IMPACTO DEL EIPonAHA E INTERÉS EN EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN ESPAÑA

Como se ha argumentado anteriormente, España está a la cabeza mundial de países envejecidos y es de esperar que los problemas señalados anteriormente impacten en gran medida en nuestro SNS y de atención social.

El eco que el EIPonAHA ha tenido en nuestras organizaciones ha sido importante desde el principio. La importancia del programa en España ha quedado manifiesta en cuanto el nivel de participación y los compromisos de las entidades españolas que suman el porcentaje más numeroso de todos los miembros de la UE.

El 25% de los compromisos de la convocatoria del 2012 y el 2013 fueron de entidades españolas, lo que significa que el 25% del trabajo colaborativo del EIPonAHA en los AGs o trabajo individual se está realizando por entes españoles. Pero también es índice de la importancia y el trabajo que se está haciendo a nivel nacional y la cantidad de experiencias y actividades desarrolladas en este ámbito. La [figura 5](#) muestra esta relación con el resto de países.

Figura 5. Compromisos por países en las convocatorias 2012-2013<sup>17</sup>



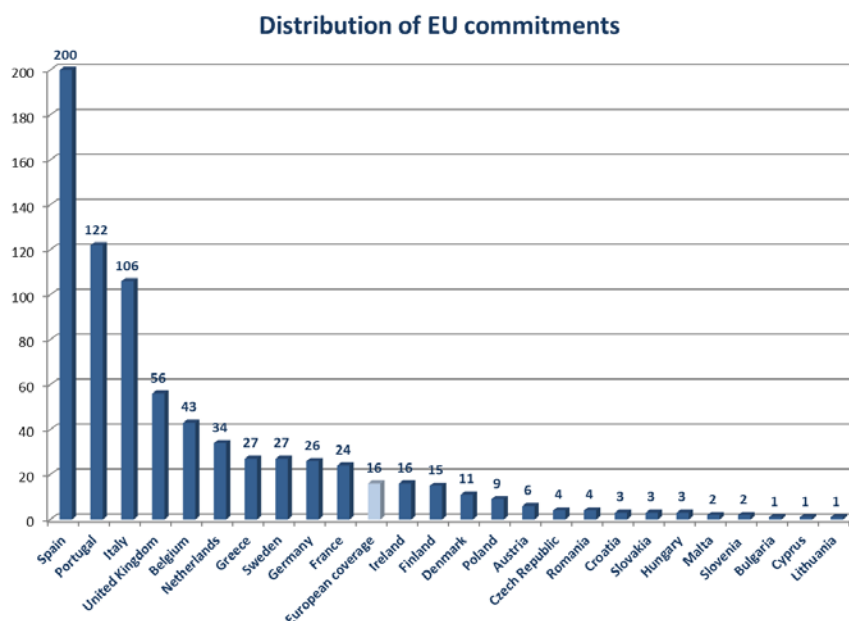
En el nuevo periodo, en la convocatoria del 2016, también el país europeo con más participación es España. De los 776 compromisos, el 26% son nuevamente entidades españolas (tabla 2).

Tabla 2. Compromisos de organizaciones españolas por convocatorias (datos cedidos por PROEIPAH)

| Convo-<br>catoria | AG A1<br>Total /ESP | AG A2<br>Total /ESP | AG A3<br>Total /ESP | AG B3<br>Total /ESP | AG C2<br>Total /ESP | AG D4<br>Total /ESP | Total<br>Total /ESP |
|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 2012-2013.        | 69/16               | 69/48               | 158/37              | 136/34              | 61/14               | 69/23               | 562/138             |
| 2016*.            | 103/33              | 80/13               | 182/53              | 193/50              | 95/27               | 123/24              | 776/200             |

\* Convocatoria permanentemente abierta, datos a fecha de junio de 2016.

Figura 6. Compromisos por países en la convocatoria del 2016



También España fue el país Europeo con más **RS galardonadas** y reconocidas en el 2012, lo cual confiere mayor visibilidad política a las autoridades sanitarias y mayor implicación en la implementación del programa y mayor relevancia. El número de RS galardonadas ha crecido actualmente, siendo la primera en número de regiones

galardonadas (ver figura 7 y tabla 3). En el Anexo I se encuentra los resúmenes de los RS españoles del 2016 y el grado de galardón en la tabla 4.

Por otro lado, los planes nacionales de I+D+i<sup>19</sup>, las estrategias en salud de crónicos<sup>20</sup>, el Acuerdo de Asociación<sup>21</sup> y la Especialización Inteligente de las CCAA<sup>22</sup> muestran un esfuerzo dirigido hacia áreas de impacto en el cambio demográfico y la innovación.

Tabla 3. Entidades de Referencia del EIPonAHA por convocatorias

| Convocatorias de RS: años | N.º de Entidades/<br>en España | N.º países | N.º CC.AA. |
|---------------------------|--------------------------------|------------|------------|
| 2012                      | 32/7                           | 12         | 6          |
| 2016                      | 74/13                          | 20         | 10         |

Figura 7. Número de Entidades de Referencia por países

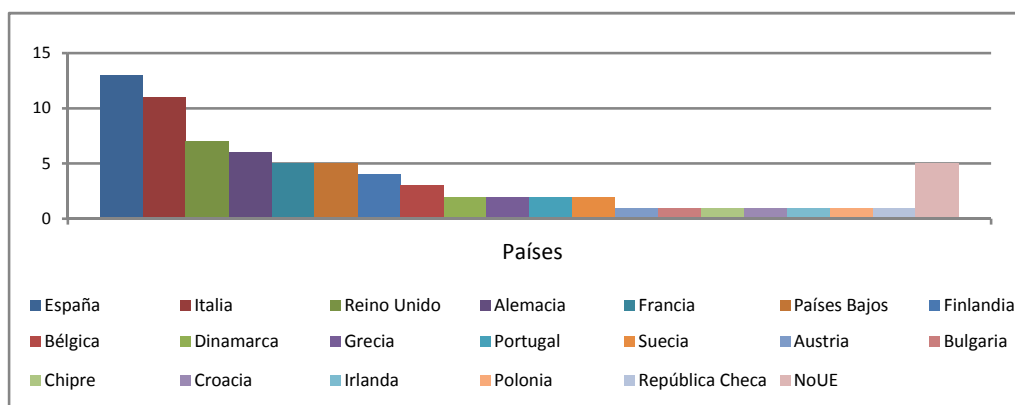


Tabla 4. Comunidades autónomas galardonadas como Entidades de Referencia en el 2016

| Entidades de Referencia | Galardón                                                                                                  | Entidades de Referencia | Galardón                                                                                                    |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Andalucía.              | <br>EIP ON AHA<br>★★★★ | Aragón.                 | <br>EIP ON AHA<br>★★★★ |
| Asturias.               | <br>EIP ON AHA<br>★★★★ | Baleares.               | <br>EIP ON AHA<br>★★★★ |
| Cataluña.               | <br>EIP ON AHA<br>★★★★ | Ciudad de Badalona.     | <br>EIP ON AHA<br>★★★★ |

| Entidades de Referencia | Galardón                                                                                                   | Entidades de Referencia | Galardón                                                                                                     |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ciudad de Terrassa.     | <br>EIP ON AHA<br>★ ★ ★ ☆ | Provincia de Barcelona. | <br>EIP ON AHA<br>★ ☆ ☆ ☆ |
| Comunidad Valenciana.   | <br>EIP ON AHA<br>★ ★ ★ ☆ | Galicia.                | <br>EIP ON AHA<br>★ ★ ★ ☆ |
| Madrid.                 | <br>EIP ON AHA<br>★ ★ ★ ☆ | Murcia.                 | <br>EIP ON AHA<br>★ ★ ☆ ☆ |
| País Vasco.             | <br>EIP ON AHA<br>★ ★ ★ ★ |                         |                                                                                                              |

## 2. FUNDAMENTO E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

El EIPonAHA busca la transformación de los sistemas de salud y cuidados de los EEMM de la UE para hacer frente a los cambios demográficos a través de dos premisas básicas: la implementación de la innovación a gran escala y la cooperación de todas las partes interesadas como instrumento fundamental de desarrollo sostenible. La estrategia y fundamentación del programa parece sustentarse en una base sólida de necesidades relevantes para la sociedad. No obstante, la complejidad del programa y de sus intervenciones en todas sus vertientes y facetas, sin bien está estratégicamente diseñada, resultan en muchas ocasiones repetitivas y otras inconexas, de difícil seguimiento para los no conocedores en profundidad del programa. Asimismo, los objetivos resultan necesarios pero muy ambiciosos en términos temporales y dado la complejidad del sector del que trata, los resultados finales presentan cierto grado de incertidumbre.

En definitiva, a pesar del enorme esfuerzo humano, la implicación multisectorial y multidisciplinar y los recursos llevados a cabo a todos los niveles, y de la sensación imperante de que el programa avanza en la dirección adecuada, de la lectura del informe sobre logros se deduce que el paso del nivel estratégico al operativo parece no haberse llevado a cabo de forma satisfactoria y que al menos, serán difícil demostrar el impacto esperado.

Dado que el programa se encuentra en la fase intermedia y que un nuevo periodo se ha abierto, es necesario realizar una evaluación y análisis de la estrategia, identificar las fortalezas y debilidades y proponer acciones de mejora en forma de reajustes y recomendaciones para el próximo periodo que asegure el impacto deseado para el 2020.

Por otro lado, y considerando que el impacto de esta política europea en la sociedad española ha sido importante, en cuanto involucración de entes y representatividad de los mismos, es importante promover y reconocer el esfuerzo realizado y poner en valor los logros y el relevante papel que juegan los socios españoles y si de alguna manera se podría mejorar el posicionamiento y el retorno dentro del EIPonAHA. Así por tanto, la segunda hipótesis de trabajo es que el EIPonAHA puede suponer una oportunidad y una fuente de lecciones aprendidas sobre la implementación de la innovación a nivel nacional y su análisis y evaluación puede mejorar la implementación homogénea de la innovación socio-sanitaria en España, respetando así el principio de equidad y universalidad de nuestro SNS.

### 3. OBJETIVOS

El **objetivo primario** es mejorar la implementación del EIPonAHA en España y asegurar la consecución de sus objetivos estratégicos y la transformación social y sanitaria a través de la innovación.

Los objetivos secundarios:

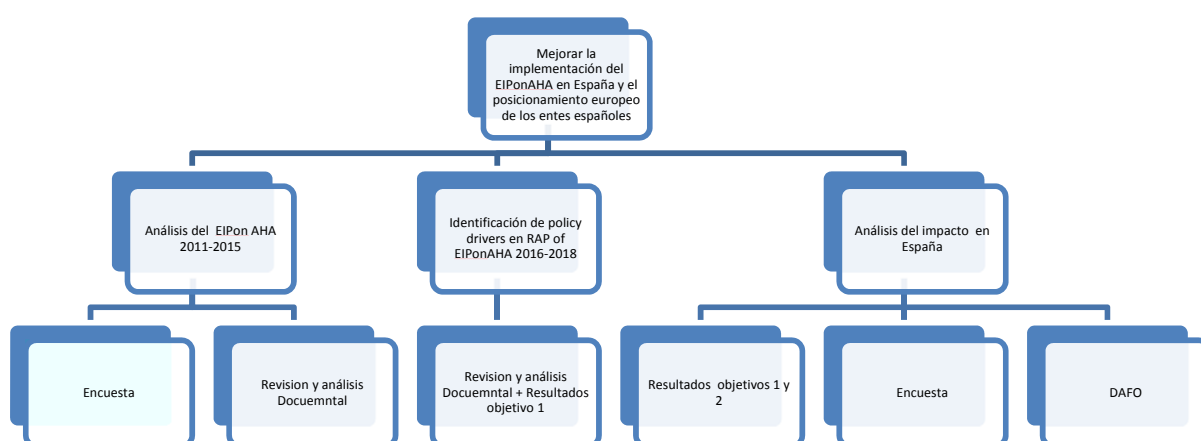
1. Analizar y valorar la primera fase de la Cooperación de Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (2011-2015).
2. Analizar y buscar sinergias y mecanismos de mejora de la eficiencia en la implementación de las actividades de los AGs para el periodo 2016-2018.
3. Analizar y poner en valor los logros de la estrategia y su impacto en España y el potencial para su implementación en España.

El desarrollo de estos objetivos es un trabajo secuencial en fases sucesivas que se enriquece y crece de las anteriores.

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

La presente monografía se ha estructurado diseñando una metodología que responda a cada objetivo de la misma como se presenta en la en la [figura 7](#)

**Figura 7. Estructuración de la monografía**



### 4.1 EVALUACIÓN DEL EIP ON AHA 2011-2015

Para dar respuesta al primer objetivo, se realizó la evaluación del programa siguiendo la metodología de evaluación de políticas públicas propuesta por Agencia de Evaluación y Calidad (enfoque AEVAL que enfatiza los aspectos políticos de la acción pública así como la manera de comprender políticas complejas)<sup>24</sup>. Es decir, integra el análisis del nivel político-estratégico de las políticas con el análisis de los aspectos operativos de su despliegue, por tanto además de valorar la eficacia y eficiencia de las políticas públicas debe pronunciarse sobre su capacidad de generar valor público.

La evaluación consistió en un análisis de los contextos, procesos, resultados y efectos de la implementación del EIPonAHA en la UE. Se pretendió, por tanto identificar factores que pudieran impactar en la justificación, el diseño e implementación del programa así como el análisis del propio programa.

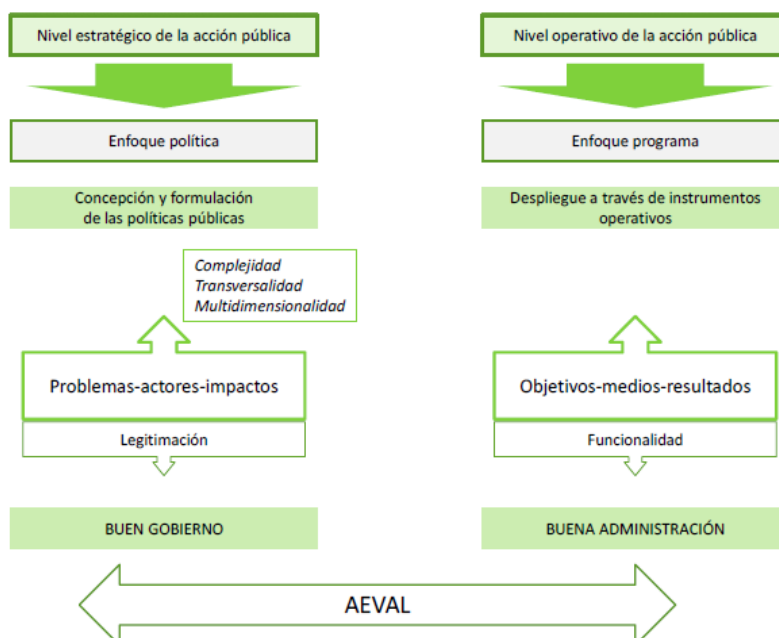
Se procedió al análisis de la génesis de la intervención, de su cometido y la reconstrucción de la línea argumental interna del programa. Se identificó el problema y sus causas, objetivos, las líneas estratégicas desarrolladas o instrumentos en que estos se plasman, su grado de implementación y despliegue de las intervenciones y finalmente sus efectos en el plazo de estudio.

#### **Herramientas utilizadas:**

- Revisión y análisis sistemático y razonado documental de la literatura legal y técnica pública sobre la planificación, desarrollo e implementación de la intervención, utilizando los sistemas de información de la CE.

- Encuesta de opinión a los socios españoles con implicación señalada (coordinadores de los AG y técnicos responsables o implicados con a los RS)

**Figura 8. Enfoque AEVAL: integración de aspectos estratégicos y operativos en la evaluación de políticas públicas<sup>24</sup>**



#### 4.1.1. Análisis y evaluación documental del programa

El análisis se estructuró en dos fases:

1. Análisis sistemático y reconstrucción de la lógica de la intervención. Para lo cual se estableció un procedimiento en las siguientes subfases:
  - a. Análisis del contexto socio-político europeo, ámbito de aplicación y complejidad del programa y actores involucrados.
  - b. Identificación y definición del problema, sus causas y efectos.
  - c. Identificación de los instrumentos de intervención pública para resolver el problema.
  - d. Despliegue de la intervención.
    - El diseño.
    - Nivel de implementación.
    - Mecanismos de seguimiento y evaluación que figuran en el diseño de la intervención.

2. Evaluación del programa propiamente dicho: Análisis y Síntesis de los datos.

Una vez reconstruido el marco lógico de actuación, se pretendió realizar un análisis del programa en su conjunto lo más sistemático posible. Dado que el programa establece objetivos finales de impacto para el 2020, y que ha habido un retraso en la definición del marco de evaluación, se procedió al análisis del programa, principalmente al diseño y someramente de la implementación (hasta el 2015). La evaluación del impacto y de los resultados será por tanto parcial y

circunscrita a la información de los documentos de logros incluidos en los portales del programa<sup>25,26</sup>.

Se construyó una **matriz de evaluación (Anexo 2)** que recogiese el enfoque previamente expuesto, esto es, el diseño y el grado de implementación de las intervenciones. De acuerdo al enfoque y los objetivos establecidos en la reconstrucción lógica del programa, la matriz contempla una serie de preguntas para cada uno de los criterios de evaluación, junto con los indicadores correspondientes y las fuentes de verificación de la información. Siempre que fue posible se identificó un indicador numérico de cumplimiento de criterio y que diera respuesta a la pregunta de evaluación. Se graduó el cumplimiento de los criterios según la capacidad de demostrar evidencias que dieran respuesta objetiva a la pregunta de investigación planteada. (Tabla 5). En el caso de indicadores de resultado se consideraron sólo los datos que incluían las fuentes de información donde pudieran contrastarse en cierta medida la calidad y la metodología o el origen de la información.

Los criterios usados en la evaluación del programa:

- Criterio de **Relevancia**: Determina la importancia del papel de las medidas en el marco más amplio de la política. Es decir, si el conjunto de intervenciones y sus actividades son acordes con las necesidades planteadas. Implícitamente va asociado a la movilización de recursos.
- Criterio de **Pertinencia**: Grado en el que el conjunto de medidas están orientadas a resolver la necesidad o el problema. En particular, la verificación de la existencia de objetivos definidos y la calidad de su formulación, es decir, en qué medida los objetivos del programa constituyen una respuesta al problema planteado.
- Criterio de **Complementariedad**: grado de coordinación o alineamiento entre dos políticas que intervienen en la resolución del problema
- Criterio de **equidad**: el grado de las intervenciones siguen criterios distributivos, equitativos y no discriminatorios.
- Criterio de **Coherencia Interna**: El grado de articulación y equivalencia entre los objetivos planteados y las estrategias diseñadas para su consecución.
- Criterio de **Coordinación**: El cotejo de la armonización de las distintas acciones incluidas, esto es, el grado de acoplamiento entre las acciones llevadas a cabo por los diferentes actores dentro de cada una de las intervenciones. Así como, el grado de solapamientos entre actividades diseñadas para la consecución de distintos objetivos específicos, con particular énfasis en los AG. Se exploró igualmente si se habían empleado instrumentos para evitar dichos solapamientos.
- Criterio de **Participación**: Establecidos los actores implicados en el programa, se midió la presencia de dichos actores, en términos numéricos, filiación y su nivel de participación y contribución en las diferentes fases de planificación e implementación. Dado, que el objeto del presente informe es determinar el valor añadido para los socios españoles, la evaluación de este criterio se concretó en la participación española. Siguiendo criterios de calidad participativa, se exploró especialmente la participación en la planificación de los beneficiarios finales de la política: los pacientes y ciudadanos.

- Criterio de **Implementación**, el cual analiza el grado de avance de las acciones específicas recogidas en la planificación y los mecanismos utilizados para asegurar la implementación. Determina en qué medida se han puesto en marcha las acciones previstas para la consecución de los objetivos propuestos.
- Criterio de **Evaluabilidad**: Basándose en el diseño del programa y el ámbito de aplicación, explora la facilidad y probabilidad de éxito de una evaluación final del programa así como la rentabilidad y los recursos necesarios para ello.

Tabla 5. Definición de grados de cumplimiento de los criterios de evaluación

|     |                                                                                                                                    |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I   | Se puede demostrar plenamente en todos los aspectos                                                                                |
| II  | Se puede demostrar pero existen elementos discordantes en algunas áreas.                                                           |
| III | Limitada capacidad para demostrar. Existe alguna evidencia débil relativa a alguna área o existen bastantes elementos discordantes |
| IV  | No se puede demostrar, sin evidencias o sólo algunas ideas                                                                         |

#### 4.1.2 Encuesta de opinión de expertos sobre el EIPonAHA

Esta encuesta forma parte del proceso de análisis y la evaluación del EIP on AHA a través del enfoque AEVAL<sup>24</sup>. El objetivo de la encuesta era conocer la percepción sobre la necesidad, fundamento, diseño e implementación del EIPonAHA por los expertos. La encuesta se construyó para explorar los mismos criterios de evaluación que se exploraban en la matriz, en particular aquellos en los que los indicadores eran más débiles o cualitativos.

Los objetivos específicos de la encuesta son:

1. Análisis del diseño, la implementación y estimación de la consecución de los resultados a medio plazo.
2. Contrastar la importancia y el impacto del EIPonAHA en la sociedad española.
3. Explorar las necesidades en los participantes españoles dentro del marco europeo y nacional.
4. Explorar actividades y estrategias para mejorar la implementación y escalabilidad de las intervenciones a nivel nacional y la consecución del triple win.

La encuesta se ha diseñado para explorar 10 criterios de evaluación a través de preguntas de investigación o sentencias acotadas en un máximo de 4 respuestas graduales, para marcar solo una. También incluye preguntas abiertas de contenido libre para un tratamiento cualitativo de la información. Los datos serán agregados anónimamente y expresados en porcentajes.

La encuesta y sus resultados se muestran en el [anexo 3](#).

## 4.2 INSTRUMENTOS DE MEJORA DE LA EFICIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN EL EIPONAHHA EN EL PERIODO 2016-2020

El segundo objetivo de este informe consiste en la búsqueda de mecanismos que mejoren la eficiencia de la implementación del programa a través de la identificación de sinergias y potenciales duplicidades que pudieran producirse en el periodo 2016-2020 incluidas en los nuevos PA. La metodología de trabajo consiste en el análisis

documental y se apoya en las debilidades y amenazas detectadas con el análisis del objetivo 1.

Este estudio no fue dirigido a redefinir objetivos o prioridades diferentes a las incluidas de los nuevos PA, sino a identificar las potenciales duplicidades pero priorizando temas o áreas que afectan e impactan en la implementación de nuevas políticas de innovación. Estos temas, son realmente conductores («drivers») que aceleran y permiten la implementación y el despliegue de la innovación. En este sentido, el trabajo desarrollado en este informe, no se solapa con los trabajos desarrollados por la Task Force, ni su metodología de trabajo ni reclutamiento, sino que intenta identificar temas y actividades transversales desarrolladas por todos los AGs y que dada la importancia de la mismas se podría beneficiar de una mayor coordinación o un abordaje común.

Para ello, se realizó un proceso de revisión analítica documental de los renovados PA y las Sinergias en dos etapas. En la primera se identificaron potenciales duplicaciones de trabajo. En la segunda, se identificó su alineamiento de estas sinergias o duplicidades con conductores de las políticas con el marco político de la UE en materia de innovación<sup>8,9,11,13-15, 27-30</sup>.

La definición de conductores concuerda con los criterios que se definen en el SIP<sup>15</sup>: (1) máxima probabilidad de contribuir a los objetivos del EIP; (2) probabilidad de beneficiar al marco de la Colaboración; (3) significativa probabilidad de contribuir al romper barreras claves de la innovación; (4) facilitar la innovación donde la industria europea tiene o puede desarrollar ventajas competitivas

### 4.3 MEJORA DEL IMPACTO EN ESPAÑA

El análisis del impacto en España se basó en los resultados de los objetivos 1 y 2 y sus estudios documentales, junto la parte dedicada al impacto en España de la encuesta a los expertos ([ver anexo 3](#)). Con esta información se construyó un modelo DAFO para resaltar los elementos más interesantes en los que actuar y/o potenciar y también objetivar las debilidades.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DEL EIPonAHA

#### 5.1.1 Análisis de la lógica de la intervención

##### *Análisis del contexto socio-político europeo, ámbito de aplicación y complejidad del programa*

El **contexto socio-económico** de la UE en el momento del diseño del EIPonAHA, como hemos visto en la introducción, era complejo. Europa estaba inserta en un contexto de crisis económica y necesidad de estimular la economía. Además existe un contexto socio-demográfico de una población envejecida. Ambos hechos presionan a los sistemas de salud. No obstante, dentro de la UE, no todos los países tienen la misma estabilidad económica.

El **ámbito de aplicación** es el sanitario, un ámbito muy complejo por la implicaciones en la salud de los ciudadanos y los múltiples actores y factores asociados. Si asociamos los aspectos sociosanitarios, integrados a los sanitarios propiamente dichos, la complejidad es aún mayor. La salud es un derecho de los ciudadanos europeos y un bien, posiblemente el máspreciado, por tanto las autoridades sanitarias están llamadas a proteger este bien. Además, el programa basa su estrategia en la transformación de provisión de servicios, la inclusión de tecnología innovadora y su impacto, muchas veces impredecible, en la salud de los ciudadanos y por tanto la necesidad de validación y demostrar la seguridad de las intervenciones sanitarias. El programa, si bien es eminentemente sanitario, tiene un impacto importante en otros sectores, como industria, empleo, investigación, sociosanitarios etc. Tres Direcciones Generales se involucraron en su definición: DG Communications Networks, Content and Technology (CNECT), DG SANTE y DG Research and Innovation.

El **lugar de aplicación** del programa es la UE y por tanto está afecto de los procedimientos de toma de decisiones en la misma. Basada en consenso y participación de los EEMM (27 estados) y sus tres organismos: la CE, el Consejo de la Unión Europea y el Parlamento Europeo. La CE no tiene competencias sanitarias, sino que éstas recaen en los EEMM, que a su vez, como en el caso de España, las tienen transferidas a sus regiones o incluso a las municipalidades.

El **estado basal** y el desarrollo de los sistemas de salud y de la innovación e incluso los resultados de salud de los distintos EEMM es diferente<sup>31-33</sup>. La implementación y escalabilidad de los modelos innovadores dependen de muchos factores, incluidos los culturales y los financieros que son diferentes para cada EM.

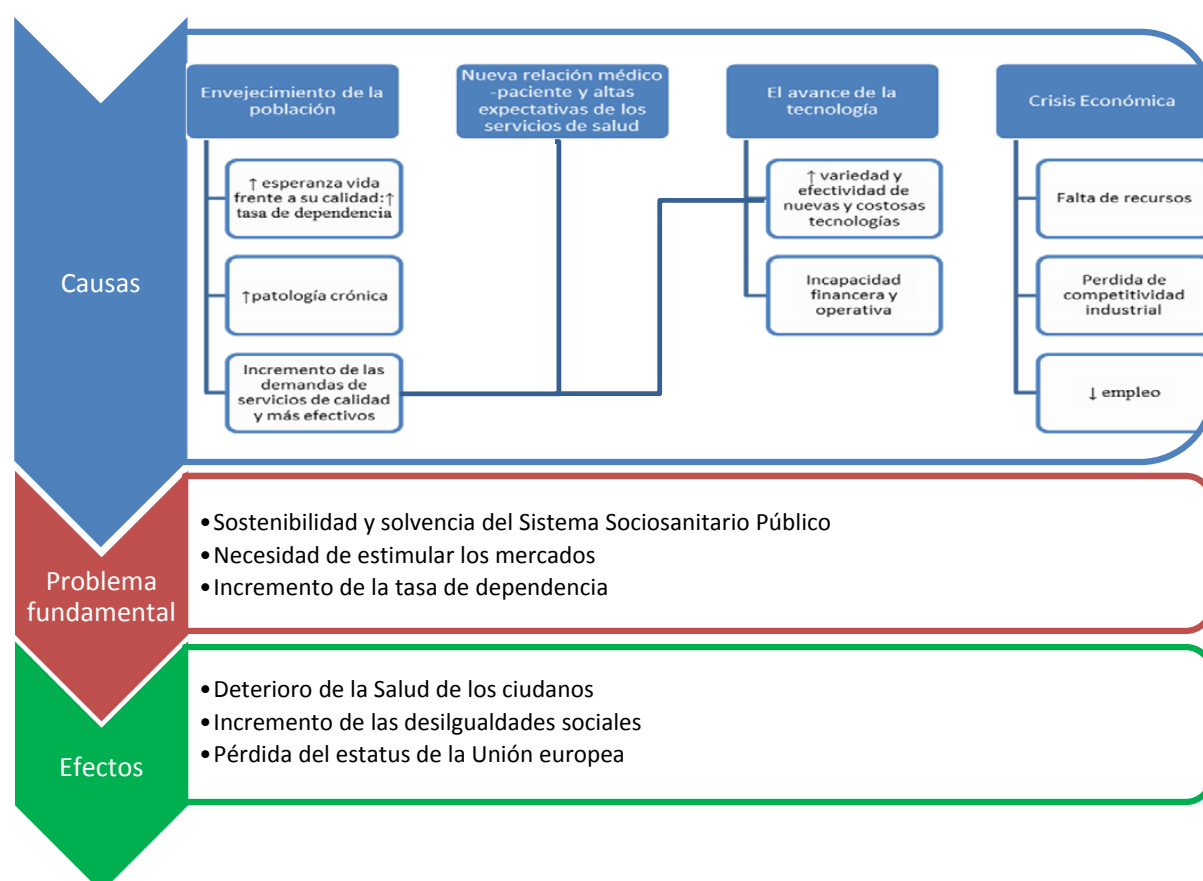
El programa respeta y contribuye a salvaguardar los valores y principios éticos de la UE en materia sanitaria: universalidad, consenso y calidad etc<sup>34</sup>. Esto hace que el diseño del programa se realice sobre la participación multidisciplinar y multisectorial, a través de consultas públicas, participación de los representantes de los países miembros y un grupo SHERPA técnico<sup>35</sup> que trabajó multisectorialmente para elaborar un SIP.

Por todo lo anteriormente descrito, el EIPonAHA es un programa tremendamente complejo: multisectorial, multinivel que aborda problemas y retos socio-sanitarios complejos donde interactúan múltiples actores de intereses muchas veces contrapuestos. El impacto real de cada factor en el diseño, implementación o resultados del programa será difícil valorarlo.

### Identificación del problema, de sus causas y efectos

En la figura 9 se representa la cascada de causas, que dan lugar al problema fundamental y sus efectos. El problema central es la perspectiva de falta de solvencia del actual sistema del bienestar y del SNS debido a los cambios demográficos asociados al envejecimiento y los cambios que provoca en la asistencia sanitaria y el sistema de cuidados. Se ha conseguido aumentar la esperanza de vida, pero muchas veces a costa de su calidad. La rapidez de evolución de la innovación en el sector salud y el encarecimiento de los productos constituyen por sí solos un problema para la inclusión en el sistema. También la crisis económica ofrece un marco de necesidad de impulsar la economía a través de mecanismos que provoquen una mejor gestión de la innovación y mejor rendimiento de la financiación en investigación.

Figura 9: Causas y problemas fundamentales que justifican el programa



### Instrumentos de intervención pública para resolver el problema

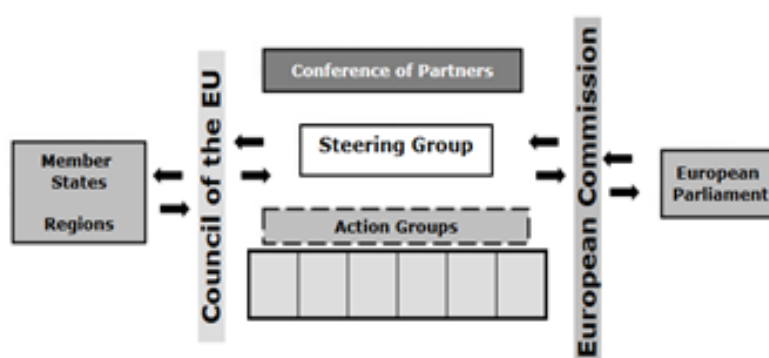
**Teoría de la intervención:** Existen evidencias suficientes<sup>1-5</sup> que apoyan la presión del actual sistema del bienestar debido al cambio demográfico. De igual modo se observa un incremento de esperanza de vida que no se acompaña de un incremento

de su calidad y que provocan un incremento de las demandas de cuidados asistenciales. Así mismo, existen evidencias de que intervenciones con nuevas tecnologías pueden mejorar la calidad de vida y disminuir el uso de los recursos sanitarios por parte de los ciudadanos<sup>36,37</sup>.

**Hipótesis de la intervención:** la innovación y la colaboración multisectorial son el camino fundamental para sacar a Europa de la crisis y trabajar por los retos sociales. Una intervención estructurada, coordinada y conjunta donde se demuestre los beneficios de la innovación y se persiga la implementación a gran escala de modelos de servicios de salud y cuidados innovadores para el AHA conducirá a un cambio transformador del actual sistema de cuidados sociales y de salud. Dichos cambios conducirán a un incremento de la calidad y eficiencia del sistema y consecuentemente la sostenibilidad y la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos<sup>13-15</sup>. Ese cambio real se producirá a través del derribo de las barreras a la innovación y compartiendo y promoviendo cambios desde los «campeones» de la innovación a otras áreas menos innovadoras. El EIPonAHA está orientado a trabajar sobre existentes iniciativas para el AHA, maximizando el uso del conocimiento existente y las mejores prácticas. El EIPonAHA trabaja conectando y comprometiendo a los partes interesadas sin proporcionar cambios legislativos, pero si puede ayudar al proceso de hacer política, hacia objetivos comunes.

**Niveles de gobierno:** El EIPonAHA es un programa con implicación de los gobiernos nacionales que son los depositarios de las competencias sanitarias y por tanto de la toma de decisiones a nivel Europeo. A su vez, en muchos EEMM, son las regiones o administraciones locales, las que tienen estas competencias. En la [figura 10](#), se representa el esquema básico de gobernanza<sup>15</sup>. Para garantizar la puesta en práctica de las acciones, tal como se establecen en la Unión por la Innovación, la CE propuso un modelo simple y flexible de gobernanza (AGs, un grupo de dirección provisional, una conferencia de partes asociadas) para dirigir de forma operativa y estratégica las dos modalidades de ejecución del Plan. Se constituyó un Grupo Directivo constituido por 30 partes interesadas de alto nivel, cubriendo diferentes sectores. Su función fue elaborar el SIP, sobre la base de 524 contribuciones de la consulta pública y 130 actividades remitidas por interesados<sup>38</sup>.

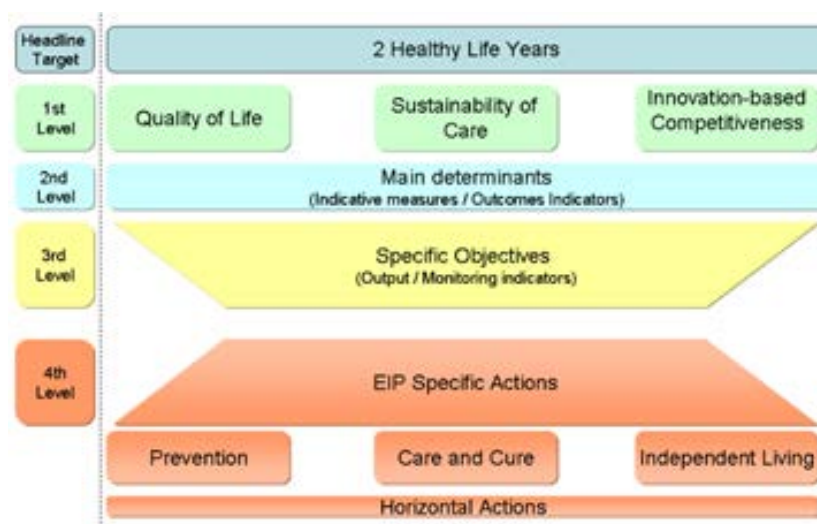
Figura 11. Gobernanza<sup>15</sup>



A nivel operativo, se han definido un modelo por niveles de monitorización que podrían corresponderse a los niveles administrativos responsables finales de la consecución de objetivos. Los AGs responsables de las actividades específicas establecieron sus métodos de trabajo y gobernanza, y los servicios de la CE ayudaron a facilitar el proceso. La CE garantiza la supervisión global y la información periódica

oficial al Parlamento Europeo y el Consejo, en interacción con los mismos, y proseguirá la colaboración de trabajo estrecha y reforzada con sus AGs y representantes pertinentes. Los servicios de la CE continuarán trabajando en estrecha cooperación con los gobiernos nacionales, las regiones y una amplia gama de partes interesadas a fin de poner en práctica la visión innovadora del EIPonAHA.

Figura 11. Niveles operativos y de seguimiento<sup>14</sup>



**Nivel jurídico o normativo:** el programa no incluye directivas o instrumentos regulatorios. Sin embargo, los niveles estratégicos y la legitimidad de las actuaciones están consensuados y adoptados a través de comunicaciones de la CE al Consejo y al Parlamento Europeo<sup>15</sup>.

**Financiación:** Hay que subrayar que el programa no tiene financiación propia. Lo cual contrasta con la importancia política estratégica concedida y la participación de tres DG de la CE. Sin embargo, el SIP<sup>15</sup> trata específicamente este tema y queda definido su objetivo en buscar el alineamiento de otros programas o instrumentos de financiación. El SIP es uno de los documentos de referencia que deben tenerse en cuenta en los procesos decisorios en el marco de los programas e iniciativas de financiación de la UE correspondientes por lo que se refiere a la salud y la política social, la investigación y la innovación, las TIC, la competitividad y el crecimiento del mercado, y las políticas estructurales y regionales. La Comisión comenzó a armonizar tales instrumentos de forma sistemática, a fin de optimizar el impacto de la financiación, al igual que tendría plenamente en cuenta los aspectos pertinentes del SIP para contribuir a sus objetivos y visión de futuro.

La CE está vinculando la investigación avanzada y aplicada con la validación a gran escala de la innovación para las acciones del SIP<sup>15</sup> a través de:

- El Programa Marco de Investigación (VII Programa Marco) destinó 220 millones EUR a la investigación en el terreno de la salud que pueden ser relevantes para la EIPonAHA. También el Horizonte 2020<sup>39</sup> ha incluido objetivos temáticos dedicados al EIPonAHA al menos hasta las convocatorias actuales.
- Con cargo a la parte dedicada a las TIC del Programa para la Innovación y la Competitividad designó 24 millones EUR en el programa de trabajo

de 2012 a acciones de interés directo para la EIPAHA. Dicho presupuesto fue dedicado a validación e implantación de servicios, la interoperabilidad, la acumulación de documentación justificativa y la ampliación de capacidades.

- El plan de trabajo del Programa de Salud para 2012 asignó 4 millones EUR a concordar la promoción de la salud, especialmente por lo que se refiere a las soluciones tecnológicas actuales de asistencia integrada.
- La Comisión contribuye con 25 millones EUR anuales a los programas de trabajo del Programa Conjunto AAL (Vida Cotidiana Asistida por el Entorno), que abarca áreas de gran importancia para la EIPAHA.
- La Estrategia de Salud de la UE<sup>40</sup> relativo a promover la buena salud en una Europa que envejece, así como a reducir las desigualdades<sup>41</sup> y aumentar la responsabilidad de los pacientes. El Programa de Salud para el Crecimiento<sup>42</sup> debe seguir sustentando los objetivos y el marco de acción sobre el envejecimiento.
- Agenda de Innovación Estratégica del Instituto Europeo de Innovación y Tecnología (EIT) para el periodo 2014-2020<sup>43</sup>, en la que figura la «innovación para una vida saludable y un envejecimiento activo» entre los ámbitos temáticos prioritarios de las tandas de selección de las Comunidades de Conocimiento e Innovación del Instituto respecto al periodo 2014-2015.
- La CE ha propuesto, en el marco del Mecanismo «Conectar Europa»<sup>44</sup>, dar apoyo financiero a partir de 2014 a la implantación de infraestructuras de servicios digitales transeuropeos que permitan la telemedicina o el teleseguimiento transfronterizo.
- De igual manera los fondos estructurales<sup>45</sup> pueden utilizarse dentro de los programas de Especialización inteligente de las regiones europeas<sup>21,22</sup> para los objetivos del EIPonAHA

### **Despliegue de la intervención**

El diseño:

**Objetivos generales:** Triple Win: Aumentar dos años de vida saludable a la población europea, mejorar la sostenibilidad del sistema de salud y mejorar la competitividad de la industria europea.

**Objetivos específicos:** Identificar y eliminar barreras a la innovación en los cuidados sociales y sanitarios, a través de una intervención interdisciplinar e intersectorial para hacer frente a los retos sociales.

**Plan estratégico de implementación (SIP)**<sup>15</sup>: Si desde el punto de vista del diseño, el programa tiene un diseño top-down: diseñado por la CE y los EEMM para la implementación a nivel regional; la estrategia en sí es bottom-up: desde los proyectos locales a la generalización y expansión de las intervenciones. Es por tanto un programa multinivel con distintos niveles de decisión a nivel estratégico y operativo con la implicación fundamental de la administración regional y local. (fig 11).

Tras una consulta pública<sup>38</sup> a los grupos de interés y a los EEMM participantes, se decidieron las acciones prioritarias que debía recoger cada uno de los pilares del EIPonAHA y los grupos de interés constituyeron los AG con distintas líneas de acción o actividades.

Se identificaron tres pilares: (1) Prevención, cribado y diagnóstico precoz; (2) curar y cuidar y (3) envejecimiento activo y vida independiente. Cada pilar definió distintas áreas de actuación, en total 14 áreas prioritarias. A su vez identificó tres líneas de acción estratégicas por pilar. Igualmente, se establecieron acciones horizontales que repercutían a todos los pilares tales como la generación de estándares y reglamentos, la financiación, la recopilación de estrategias de innovación en envejecimiento basadas en la evidencia y la creación de foros de intercambio temático<sup>13-15</sup>. De todos los objetivos identificados se planteó el despliegue de seis intervenciones y se constituyeron los AGs: A1, el A2, el A3, el B3 y el C2 (Tabla 5). Asimismo, de los elementos horizontales surgió el AG D4, cuya finalidad es la generación de innovación para que tanto las ciudades como el entorno estén adaptados a la población anciana<sup>13</sup>. Cada AGs a su vez, definió objetivos y metas específicas que se hacen operativas a través de actividades concretas integrándose en un PA para el periodo 2012-2015<sup>46-51</sup>.

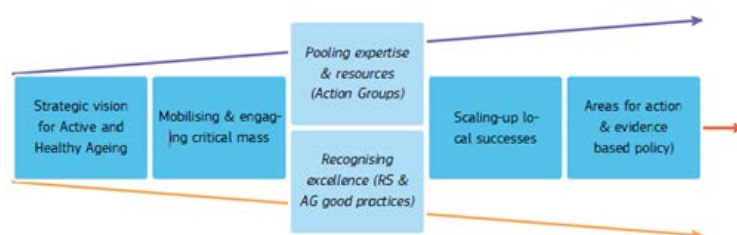
**Tabla 6. Tabla de objetivos e intervenciones del EIPonAHA**

| Pilar                                       | Objetivos                                                                                                            | Intervención                                                                                                                |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prevención, cribado y diagnóstico precoz.   | 1. Mejorar efectividad a través de Educación sanitaria, empoderamiento de pacientes, ética y adherencia a programas. | A1 Prescripción y adherencia a nivel regional.                                                                              |
|                                             | 2. Implementar innovación para la gestión personalizada de la salud en diagnóstico temprano y prevención.            | A2 Prevención de caídas.                                                                                                    |
|                                             | 3. Prevención, diagnóstico temprano del declive funcional y cognitivo.                                               | A3 Prevención del declive funcional y fragilidad.                                                                           |
| Cuidar y Curar.                             | 1. Protocolos, cursos y prácticas especializadas para profesionales y cuidadores.                                    | B3 Replicación y tutorización de cuidados integrados por enfermedades crónicas, incluyendo telemonitoring a nivel regional. |
|                                             | 2. Gestión de casos con multimorbilidad.                                                                             |                                                                                                                             |
|                                             | 3. Capacidad de construir y replicar un exitoso sistema integrado de cuidados basado en soluciones innovadoras.      |                                                                                                                             |
| Envejecimiento activo y vida independiente. | 1. Asistencia cotidiana para pacientes con deterioro cognitivo.                                                      | C2 Desarrollo de soluciones interoperables para la vida independiente, incluyendo guías para modelos de negocio.            |
|                                             | 2. Promover la vida autónoma a través de soluciones abiertas y personalizadas.                                       |                                                                                                                             |
|                                             | 3. Innovación para mejorar la inclusión social del anciano.                                                          |                                                                                                                             |
| Horizontal.                                 | 1. Regulación y estandarización.                                                                                     | Repositorio de Prácticas innovadoras.                                                                                       |
|                                             | 2. Financiación efectiva.                                                                                            |                                                                                                                             |
|                                             | 3. Evidencias, ejemplos referencia y repositorio de prácticas innovadoras.                                           |                                                                                                                             |
|                                             | 4. Plataforma para facilitar cooperación intersectorial.                                                             | D4 Innovación para la creación de edificios, ciudades y ambientes adaptados a los ancianos.                                 |

Además de estos AGs, se lanzó en el 2012 una llamada para identificar los **RS**<sup>52-54</sup>. Estos constituyen experiencias exitosas, ecosistemas de innovación altamente inspiradores que han creado soluciones que mejoran la vida de los ciudadanos. Los RS pueden servir de referente y estudio en otros lugares y proceder así con una estrategia de duplicación y replicación de prácticas innovadoras a lo largo de la UE. Para lo cual deben aportar pruebas robustas de su impacto, alineados con los indicadores propuestos en el programa. Esta actividad pretende contribuir sustancialmente a la consecución de los ambiciosos objetivos del programa. En principio cada RS debe incluir iniciativas innovadoras que cubran los tres pilares del EIPonAHA. En las RS, las autoridades regionales y nacionales en alianza con otras partes interesadas se comprometen con escalar e implementar sus prácticas innovadoras y por tanto financiar soluciones innovadoras para el envejecimiento en sus regiones o en otras. Los RS debía establecer comunicación y redes de trabajo a través de una Red de Colaboración de los RS<sup>55</sup> que permita compartir sus experiencias y construir colaboraciones entre los distintos EEMM.

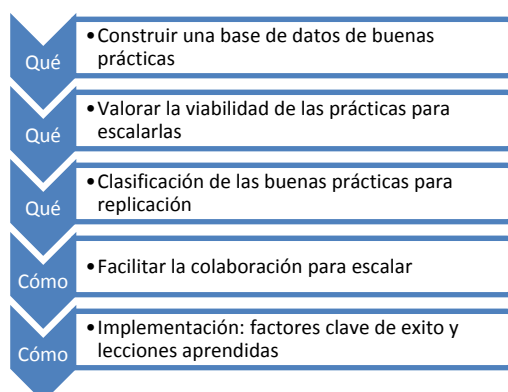
El diseño del programa queda completado con una **Estrategia de Escalabilidad**<sup>56</sup>, consensuada en diciembre del 2014 y desarrollada por la Red conjuntamente con la CE y que marca un plan estratégico y acciones específicas para conseguir la implementación sostenible de la innovación a gran escala. Es sin duda, la intervención con mayor potencial de conseguir la transformación del sistema y conseguir los objetivos estratégicos del programa.

Figura 12. Etapas de implementación del EIPonAHA (Scaling-up)



Escalabilidad, según la definición de la OMS<sup>57</sup> consiste en canalizar esfuerzos para aumentar el impacto de la innovación en los servicios de salud exitosamente testadas en pilotos o proyectos experimentales conduciendo el beneficio a más personas y al desarrollo y fortalecimiento de políticas. En este sentido, la CE con la Red de colaboración de los RS ha consolidado un esquema de trabajo que queda representado gráficamente en la [figura 12](#), como visión estratégica y la [figura 13](#) como acciones operativas.

Figura 13. Pasos de la Estrategia de Escalabilidad Europea



## Resultados e impactos esperados

El impacto esperado es la transformación eficiente de los cuidados socio-sanitarios hacia modelos centrados en el paciente y con inversiones sostenibles en innovación. Todo ello conducirá a mejorar los cuidados de salud, la efectividad de las intervenciones y la solvencia del sistema, permitiendo mantener la cobertura universal, la equidad de los cuidados y la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Por otro lado, el programa espera impulsar los mercados en tecnología sanitaria, mejorando la competitividad de la industria europea.

## Nivel de implementación

La implementación del EIPonAHA, teóricamente comienza una vez adoptado el SIP<sup>13-15</sup> y una vez que los AGs comienza a reunirse y a trabajar. Esto es, en el 2012. Sin embargo, importantes estrategias o herramientas que impactan directamente en la implementación se desarrollan durante el proceso de implementación. Por tanto, no está muy claro si al analizar el periodo 2011-2015 deberíamos solo hablar de análisis del diseño de la estrategia más que niveles de implementación.

— **Estructuras de implementación:** El EIPonAHA ha diseñado estructuras organizativas en apoyo al despliegue de la estrategia y que ha actuado en esa línea.

- Grupo Ejecutivo propuso que se convocaran a todas las partes interesadas a trabajar por alcanzar los objetivos propuestos, a fin de alcanzar una masa crítica suficiente. Se procedió a la primera **Convocatoria por Compromisos** en 2012 y una segunda convocatoria en enero del 2013. Los compromisos se realizaron de forma abierta para que todas las partes interesadas pudieran adherirse a la estrategia, en particular a los **AGs**, según unos principios generales:

- *Adheriendose:* Suscribiendo los objetivos y criterios del partenariado
- *Inclusividad:* abierto a todos los actores e instituciones;
- *Masa crítica:* con la capacidad de movilizar suficientes recursos;
- *Cooperación:* trabajando juntos con otras partes;
- *Aportando:* produciendo resultados,
- *Apoyo:* sirviendo de inspiración y apoyo político para todos los participantes.

Se definieron Responsables y coordinadores de los AGs que coordinarían y monitorizaría las actividades colaborativas y a su vez cada socio comprometido sería el responsable de la implementación de la estrategia a nivel local.

- Se convocaron, seleccionaron y galardonaron los RS<sup>52-54</sup> 2012 (ver tabla 3). La selección fue basada en criterios de innovación, escalabilidad y resultados. Se estructuró su Red de Colaboración de RS, con un coordinador. Se constituyó un repositorio de 72 buenas prácticas. Y se consolidó la estrategia de escalabilidad.
- Recursos logísticos de soporte: Desde el inicio la CE ha facilitado a los socios estructuras de soporte y ayuda a la difusión de los trabajos tanto a los AGs como a los RS. EL Yammer como red de trabajo, el Market Place y la recientemente creada Herramienta Secuencial para el Compromiso que da servicio a la segunda convocatoria para el compromiso son pruebas evidentes de este apoyo. Se creó un «Market place» para compartir las ideas

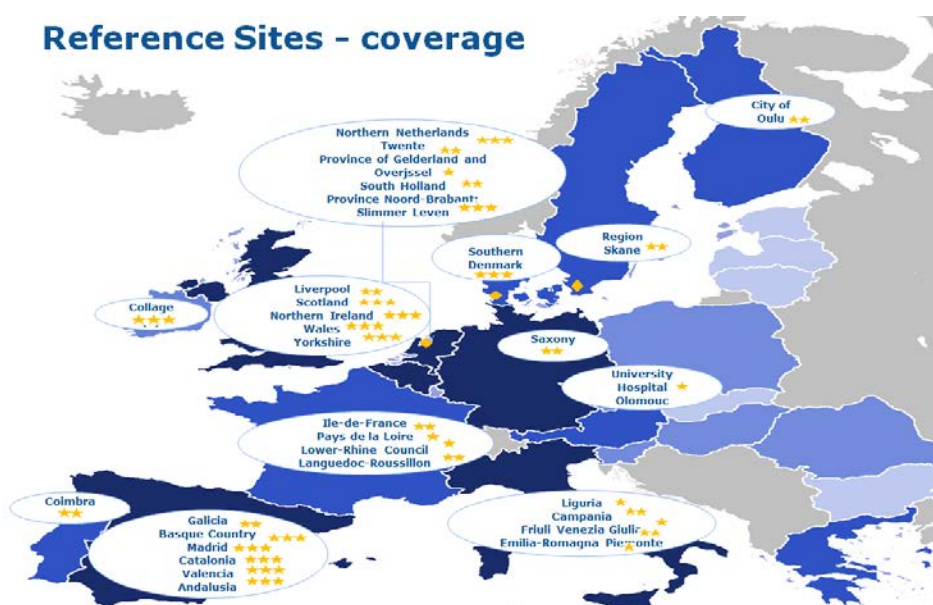
innovadoras: abierto a cualquier entidad para acciones colaborativas online. No obstante, en el nuevo periodo 2016, el Market Place parece haber desaparecido y posiblemente es sustituido por el Repositorio de Prácticas Innovadoras, que forma parte clara de la estrategia de escalabilidad. A nivel de soporte humano, la Acción de Soporte para la Coordinación financiada a través del H2020 y materializada en el proyecto PROEIPAH<sup>66</sup> que dan soporte de recursos humanos y logísticos a todos los AGs para el desarrollo de todo el trabajo colaborativo y labores de diseminación.

- Eventos y reuniones de consenso: Conferencia de Socios anual para la exposición de los logros se ha desarrollado puntualmente todos los años y es parte de la gobernanza.

— **Grado de implementación** de las medidas adoptadas en las intervenciones

- Cada AG elaboró un PA<sup>46-51</sup> con unos objetivos a medio plazo y se inició el trabajo colaborativo. El grado de consecución y de implementación de las actividades ha sido variado en los distintos AGs. En el anexo 2, se muestran los resultados de la actividad de los AGs en relación a sus objetivos y metas incluidas descritas en sus PA. En general, los AGs han sido muy activos, recopilando buenas prácticas o elaborando guías de los diferentes dominios de su actividad<sup>58-64</sup>. No obstante, la documentación consultada no ha podido identificar indicadores de resultados homogéneos e únicos con sus fuentes y sustentados en metodologías valorables y reproducibles.
- La evaluación y el reconocimiento de los RS<sup>51-54</sup> se hicieron en el 2012. Treinta y dos RS fueron seleccionados y galardonados constituyendo el mapa de innovación que puede verse en la [figura 14](#). Como dijimos en la introducción, siete fueron españoles, teniendo Andalucía dos galardones. Por tanto, los logros en este periodo para esta intervención se han conseguido en el sentido de la creación de la Red de colaboración y la estrategia de escalabilidad, además de la publicación de las sus prácticas innovadoras. Aunque la estrategia se ha adoptado más recientemente (Dic 2014)<sup>56</sup>, en el anexo 2 se muestra una valoración inicial del plan de la estrategia de escalabilidad.

Figura 14. Entidades de referencia Europeas en el 2012



## ***Mecanismos de seguimiento y evaluación que figuran en el diseño del programa***

EL SIP<sup>13-15</sup> identificaba a la CE a través del Instituto para Estudios Prospectivos Tecnológicos, Join Research Center, en colaboración con expertos y 2 miembros de cada uno de los AGs los responsables de la monitorización y el seguimiento de la progresión del programa a través de la medición de los resultados del EIP on AHA. La progresión del programa se mediría de forma individualizada para cada AG, haciendo hincapié en la implicación de los diferentes grupos de interés, el establecimiento de sinergias, la transferencia de conocimiento, la innovación adoptada por los sistemas sanitarios y el valor añadido que han obtenido las organizaciones participantes<sup>46-51</sup>.

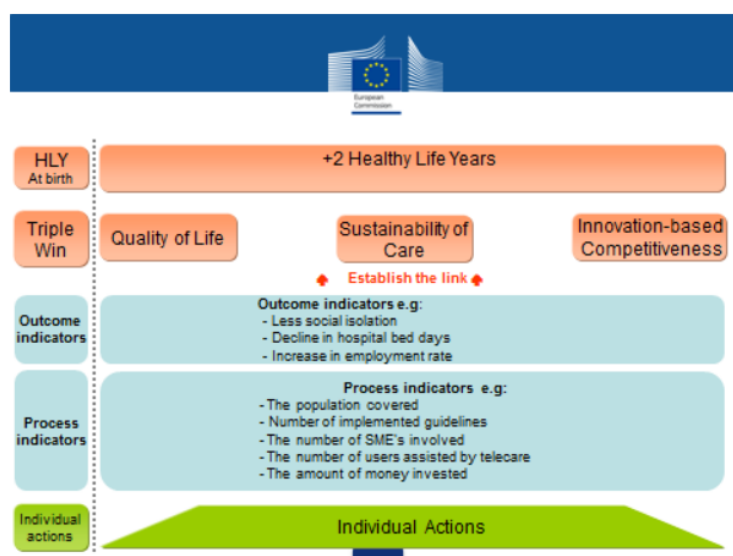
La medición de los resultados debía ser común para los seis AGs, monitorizándose de forma global la consecución de los objetivos finales del EIPonAHA, ya que los Años de vida Saludable (HYL de sus siglas en inglés Healthy Life Years)<sup>66</sup>, es un indicador europeo estructural medido periódicamente por Eurostat que combina mortalidad y morbilidad en la población general. Estima los años que una persona va a vivir sin discapacidad. Y constituye el primer objetivo estratégico a medir en el 2020. Sin embargo, los otros objetivos del programa deben ser medibles también, en términos de indicadores de eficiencia del sistema de cuidados y transferencia de conocimiento, competitividad industrial y empleo.

El marco de seguimiento y evaluación por tanto, se basa en un enfoque pluridimensional, con diversos niveles y múltiples indicadores y metas u objetivos específicos. Dicho marco es muy complejo como no podía ser de otra manera si pretende dar cabida a la monitorización de un programa tan amplio y tan complejo. La primera complejidad es cómo reportar o estimar desde intervenciones y proyectos concretos que son de los que se parte la estrategia, y que normalmente se miden en Calidad de Vida Ajustados a la Edad (QALY, de sus siglas en inglés Quality-adjusted life-year), a los HLY, un indicador poblacional menos sensible y específico que aquel que se mide habitualmente en los proyectos de investigación local. Esto junto la dispersión de los resultados de los proyectos y la falta de metodologías consensuadas para evaluar la innovación y la necesidad de resultados a gran escala para tomar decisiones en sanidad<sup>67,68</sup> han presionado desde su inicio el programa buscando modelos evaluativos que faciliten esta labor y la delimitación de indicadores específicos<sup>27</sup>.

Las partes interesadas que pongan en práctica acciones concretas del EIPonAHA deberán informar de sus progresos con periodicidad anual respecto a resultados precisos y la aproximación a la meta principal HLY.

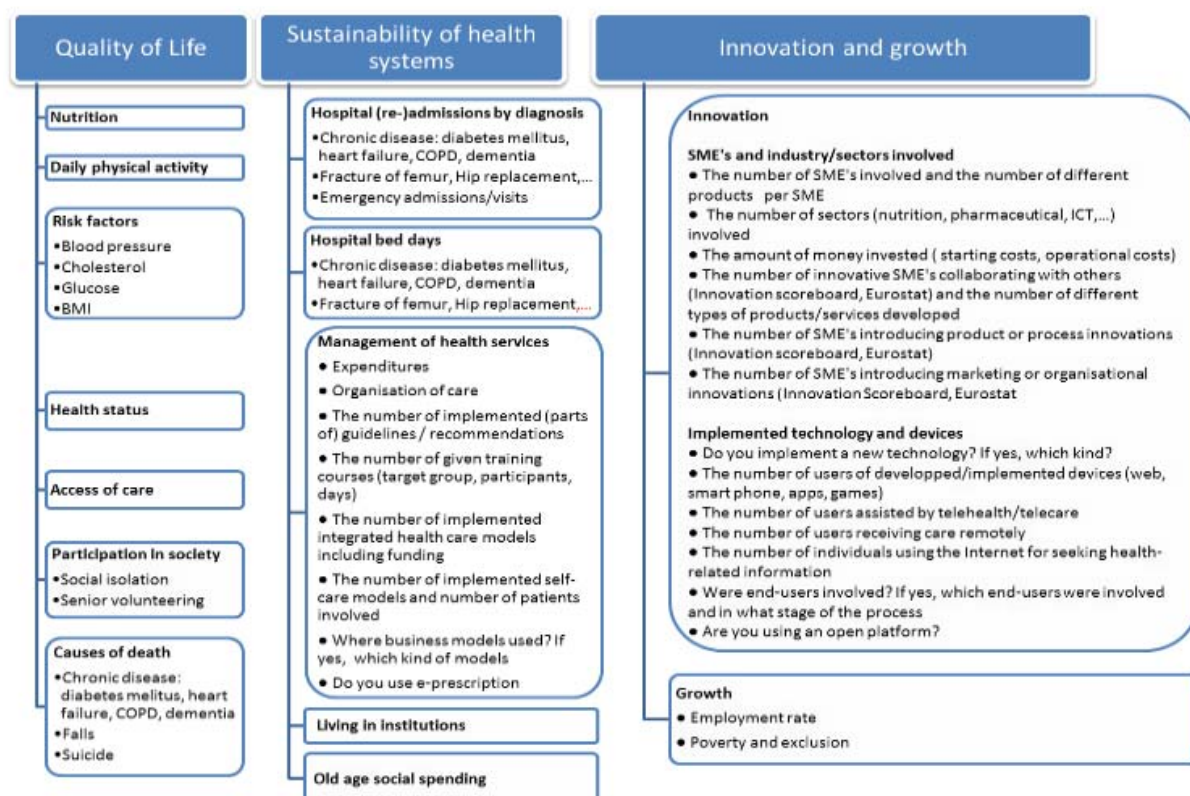
Bajo un esquema general que se representa en la [figura 15](#), se definieron provisionalmente una serie de indicadores ([figura 16](#)) que deberían ser referente de progreso. Cada AGs en su Plan estratégico, adoptó una parte de estos indicadores según sus objetivos.

Figura 15. Esquema preliminar evaluación de la estrategia



No obstante, el esfuerzo se ha centralizado en diseñar un modelo consensuado de monitorización del EIPonAHA que sirva para objetivar el progreso del programa. Es decir, dicho marco de evaluación provisional se debía materializar en una herramienta concreta, robusta y consensuada. Esta herramienta es el Marco de Evaluación y Monitorización del EIP (en adelante, en sus siglas en inglés MAFEIP, Monitoring and Assessment framework for EIP)<sup>17,69,70</sup>. La realidad que el MAFEIP ha sido terminado recientemente y la CE plantea implementarlo en el 2017. El instrumento permite un análisis incremental del impacto de la innovación, es decir, una valoración interactiva del coste-efectividad en varios estadios del proceso de desarrollo, antes de ser clínicamente testada. MAFEIP provee una valoración temprana de la probabilidad de obtener un impacto y por tanto ayudar a la toma de decisiones sobre futuros diseños, desarrollos o evaluaciones así como el mercado potencial. La herramienta permite estimar resultados de salud e impacto de la utilización de cuidados. No obstante, según sus propios autores, la herramienta no permite comparar distintas innovaciones sobre la base de su coste-efectividad como escenario estándar de cuidados.

**Figura 16. Indicadores iniciales propuestos provisionalmente para el marco de monitorización del EIPonAHA (Nov 2012)<sup>17</sup>**



Solo una revisión de los PA de todas las intervenciones y la incorporación del MAFEIP y la planificación estructurada del reporte de los indicadores, podrán permitir cierto grado de evaluación.

### 5.1.2 Análisis y síntesis de los datos

La matriz de evaluación con las preguntas de investigación consideradas, sus indicadores y las fuentes de verificación se encuentran en el anexo 2. En general, hubo dificultad en encontrar indicadores numéricos de resultado como respuesta a las metas u objetivos, lo cual pudiera estar asociado al retraso en el desarrollo y consecuente implementación de MAFEIP.

La evaluación del programa ha sido compleja por todos los actores implicados, y por la temática y aspectos que afecta. Las relaciones entre todos estos factores y su impacto en los resultados es difícil de determinar. Incluso la exploración de los distintos criterios, permite diferentes respuestas según orientemos el criterio a determinados aspectos.

#### **En cuanto a la pertinencia, relevancia y complementariedad:**

El análisis de la documentación y de la literatura científica demuestra que el programa está suficientemente fundamentado y que pretende solucionar un problema de gran relevancia política y social.

Como muestra de ello, la CE ha articulado todas sus políticas de I+D+i, sanitarias y sociales implicadas en torno al AHA. Ha involucrado directamente a tres DG con un papel más relevante en la estrategia y ha activado los mecanismos de decisión de

la UE y priorizado las actuaciones. Todas las actuaciones relevantes han sido adoptadas a través de documentos públicos legales (comunicaciones).

En general a nivel estratégico es pertinente y se ha diseñado de una forma estructurada. Sin embargo, la amplitud y la globalidad de la problemática que abarca, parece indicar que son necesarias más intervenciones para conseguir los objetivos generales. Sobre todo, si se pretende actuar en el sistema sanitario globalmente, tanto en la visión como en la provisión. Además si pretende romper las barreras a la innovación en los mecanismos clave, deberían abordarse al menos las intervenciones y áreas prioritarias incluidas en el SIP. Y en este punto, no se ha encontrado una planificación orientada a incrementar las intervenciones hacia otras áreas prioritarias que han quedado prácticamente inexistentes como la Prevención Primaria, Medicina Comunitaria etc.

Por otro lado, la relevancia contrasta con la falta de dotación de financiación propia y la adjudicación de presupuesto a través de los clásicos programas de financiación a través de proyectos (H2020, VII Programa Marco etc), donde además pueden recibir los fondos cualquier investigador esté o no comprometido en el programa. Aun siendo el EIPonAHA un instrumento político y de definición de prioridades, la supeditación a la adjudicación competitiva de incluso el apoyo logístico básico para el mantenimiento de las actividades, o la llamada al voluntariado e incluso aportando fondos propios, resta relevancia y pone en riesgo el programa.

Otro aspecto que resta relevancia es el sistema de gobernanza, que parece débil y de hecho se definió como provisional. Además, si bien la CE activó los mecanismos de decisión europeos, sí que se aprecia una falta de presencia y protagonismo de los EEMM. Al menos hay cierta falta de coherencia interna en cuanto a la representatividad e involucración de los EEMM. El EIPonAHA es una iniciativa que moviliza directamente a las regiones, pero el modelo de decisiones europeo se basa fundamentalmente en las decisiones con los EEMM. En España aunque las competencias sanitarias están en las CCAA, el Estado tiene la función de cohesión, relaciones con la UE, transposición de normativas etc fundamentales para la implementación de la innovación y la transformación del SNS.

Existen datos suficientes en cuanto a la complementariedad de los distintos programas de la CE, no sólo desde el punto de vista de instrumentos de financiación sino también desde el punto de vista del desarrollo de políticas, dando globalidad a la estrategia.

### **En cuanto a la Coherencia Interna y Coordinación:**

En general el SIP ha sido estructurado de una forma coherente y pertinente y ha desplegado un plan de acción adecuado para la consecución de los objetivos. Las intervenciones presentadas están relacionadas directamente con los objetivos y cada intervención ha diseñado actividades pertinentes con objetivos específicos. Aunque probablemente algunas intervenciones tienen una excesiva definición de actividades.

Existe una correlación estructurada entre la cascada de causas-efectos y el problema fundamental que dio origen al programa y sus objetivos generales. Estos objetivos finales son claros y consistentes y la implementación del programa está enfocada a la consecución de dichos objetivos como marcadores de evaluación y referencia de seguimiento. Los retos a los que están orientados el programa, son prioritarios en la agenda política, y no parecen afectarse de grupos de interés y

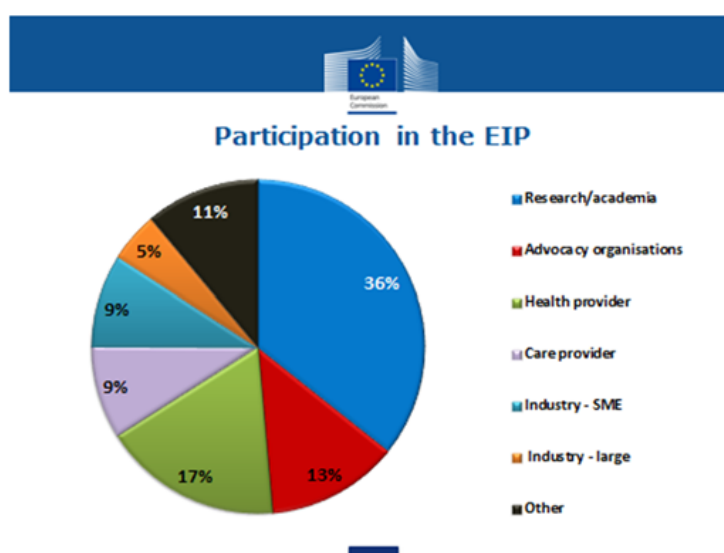
cambios políticos o socioeconómicos a corto plazo. Las metas parciales (número de intervenciones implementadas en número de regiones, por ejemplo) que puede considerarse más indicadores de estructura o proceso, contrastan con los objetivos propuestos que son básicamente de resultado. Los PA de los distintos AGs incluyen un listado provisional de indicadores, no siempre perfectamente alineados con sus objetivos. La implantación y adecuación del MAFEIP es una asignatura a desarrollar en el siguiente periodo. Por otro lado, la teoría causal que determina los objetivos específicos en algunas intervenciones, no siempre está perfectamente elaborada en la documentación analizada.

No obstante, el EIPonAHA ha diseñado niveles coordinación consolidados en los distintos niveles y que aseguran el trabajo de los grupos. Sin embargo, no se ha encontrado una figura más allá de la CE que coordine las distintas intervenciones o incluso un coordinador de todos los AGs que evite duplicidades de actividades y refuerce y priorice las directrices para conseguir los objetivos. La creación de la Task Force, fue un intento transitorio dedicado solamente a la definición de nuevos trabajos colaborativos sinérgicos.

### Criterio de participación:

Desde el diseño del EIPonAHA, la CE ha activado todos los mecanismos, consultas públicas, líneas de comunicación con los EEMM, foros etc para involucrar a las partes interesadas. Hay datos de que las consultas se han hecho en forma y tiempo suficiente para que todos pudieran opinar y participar. Los pacientes y ciudadanos, a través de sus asociaciones, forman parte activo del programa<sup>35,46-51</sup>. Desde el 2012, más de 3.000 socios (300 organizaciones) forman acuerdos de participación y cubren todas las partes interesadas de aproximadamente de 1000 regiones y municipios de todos los países de la UE<sup>56</sup>. En la [figura 17](#) se representan los datos de la convocatoria 2012

Figura 17. Partes interesadas comprometidas con el EIPonAHA



No obstante, la mayor representación sectorial corresponde al sector de investigación, siendo minoritario el sector de provisión de cuidados, que son los responsables de la implementación y transformación del sector. Esto indica cierta falta de coherencia interna y falta de previsión en la implementación.

### **Criterio de implementación y eficacia:**

La evaluación de este criterio es laboriosa y dificultosa, porque como hemos visto anteriormente, se bien el EIPonAHA inició su proceso de implementación en el 2012, la realidad es que en ese periodo quedaban incluidas la definición y el diseño de nuevas estrategias relevantes y fundamentales para la implementación del EIPonAHA. En este sentido, si consideramos el diseño de la estrategia de escalabilidad<sup>56</sup> y la definición del MAFEIP<sup>69,70</sup> como parte del criterio de implementación, podríamos decir que los datos reportados por los distintos AGs, las experiencias de los RS y de las buenas prácticas, han conseguido crear una voluminosa masa crítica de información y participación multidisciplinar. Con lo cual, existe criterios suficientes para decir que el progreso es evidente.

Sin embargo, no está claro, que la movilización y la implementación producida suponga un cambio significativo y homogéneo en los sistemas de salud de los EEMM y sus regiones que aseguren el avance hacia la consecución y demostración de los objetivos estratégicos. Por tanto, si bien hay datos de implementación y transformación, en los textos analizados, no hay datos objetivos de los cambios transformadores más allá de los compromisos adquiridos con los RS.

En cuanto al número de intervenciones y actividades implementadas en relación con las planeadas es variada. Hay AGs que presentan más alto grado de implementación y otros menos. Con respecto a los compromisos individuales de cada socio, también hay datos que demuestran que se han hecho avances. Lo que es difícil es analizar el grado de avance porque no se han aplicado unos instrumentos de medición homogéneos.

Por otra parte, si consideramos el análisis del programa a medio plazo como un todo, es decir, la estrategia global en su conjunto, el retraso de la implementación del MAFEIP y del plan de escalabilidad, supone la ponderación negativa de este criterio y sobre todo que las actividades emprendidas hasta ahora no parecen conducir a la demostración y obtención de los objetivos estratégicos para el 2020.

En cuanto la dotación de sistemas logísticos de apoyo, resultan apropiados aunque su uso es diferente por los distintos socios.

### **Sobre el criterio de evaluabilidad:**

Por todos los aspectos dichos anteriormente, la evaluación final del impacto de EIPonAHA será difícilmente evaluable, incluso a expensas de un alto presupuesto.

La amplitud de la estrategia, la participación multisectorial, el diseño secuencial de elementos claves, el marco europeo y su estado basal desigual etc hace difícil su seguimiento y por tanto, muy caro y difícil la evaluación real y en detalle del impacto y la efectividad del programa a lo largo de Europa. Es posible cierta aproximación y estimación, siempre que se implementen homogéneamente y urgentemente el MAFEIP. Y en cualquier caso, hay que considerar que los propios autores del MAFEIP admiten que el marco propone una estimación de los resultados en salud y del impacto, no un análisis real, ni permiten el benchmarking de las distintas intervenciones.

Con todo ello, es necesario subrayar, que si bien es importante evaluar el impacto final del programa, la decisión de evaluación debería realizarse con una amplia planificación y sabiendo que posiblemente los resultados serán difícilmente objetivables en términos absolutos.

### 5.1.3 Encuesta de opinión

De los 34 expertos invitados a participar, solo respondieron 14. Los resultados completos de la encuesta se encuentran en el anexo 3. El 68% de los encuestados colaboraban con el EIPonAHA desde el 2011 y 2012. Seis de los participantes pertenecen a un RS y 8 a un AGs. Seis participantes son médicos, 5 ingenieros, 2 economistas. Ocho proceden de una organización de investigación, 5 de una organización de provisión de servicios y 1 de una PYME. Han participado expertos de Andalucía, Asturias, Madrid, Murcia, Cataluña, País Vasco y Valencia.

#### **En cuanto a relevancia, pertinencia y complementariedad:**

El 93% piensan que la estrategia se basa en la resolución de un problema relevante y el 72% en que la CE le ha conferido una importancia estratégica. El 72% piensan que los objetivos estratégicos son adecuados para resolver la problemática planteada.

Solo dos de los encuestados está totalmente de acuerdo en que las intervenciones presentadas están relacionadas directamente con los objetivos del programa. Once de los encuestados consideran que la innovación tecnológica y organizativa es parte de la solución. Sólo 3 encuestados están totalmente de acuerdo con que el EIPonAHA actúa adecuadamente para conseguir romper las barreras a la innovación. En cuanto a las intervenciones desplegadas por el EIPonAHA, 9 encuestados piensan que son necesarias, pero no suficientes y 4 que todas no son necesarias ni suficientes. Igualmente, las actividades desplegadas en cada intervención son necesarias pero no suficientes para 8 expertos, y para 5 no son todas necesarias ni suficientes.

Por otro lado, trece de los encuestados considera que las políticas europeas están totalmente o parcialmente alineadas en torno al EIPonAHA.

Varios encuestados afirmaron que es muy positivo y motivador el esquema de trabajo colaborativo y la concentración de conocimiento facilitando el tratamiento global de las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento, aunando beneficio económico, de innovación y de bienestar de las personas así como la concentración temática representado por múltiples puntos de vista: científico, industrial, de aplicación, organización, político, estratégico y del usuario final. «Es por tanto una oportunidad de alinearlos frente al envejecimiento con una estrategia común que nos permite compararnos y compartir/replicar experiencias de éxito». Otros expertos exponen la importancia del EIPonAHA en cuanto un espacio de interrelación para el intercambio de información, la «generación de ideas», desarrollo alianzas y redes.

Para otros, consideran negativo que ignore la atribución de competencias entre los diferentes niveles de gobierno europeo, nacional, regional y local. Del mismo modo, alguno puntualiza que trata unas políticas en las que las competencias recaen principalmente en los EEMM, que no se sienten directamente implicados en esta iniciativa. Otro experto comenta que no se ha prestado atención al «re-diseño» de los sistemas sanitarios para adaptarlos a la población mayor y sigue ignorándose esa función que debía ser la «piedra angular» de dichos sistemas sanitarios.

#### **En cuanto a coherencia interna, coordinación y participación:**

Solo 3 expertos están totalmente de acuerdo con que las intervenciones forman un todo estructurado con coherencia interna. Y solo cuatro están totalmente de acuerdo con que existe un alineamiento entre los objetivos generales y los específicos de cada intervención y sus actividades.

Dos expertos están totalmente de acuerdo con que la gobernanza y la estructura de coordinación permiten la coordinación y sintonía de todas las intervenciones. Sin embargo, solo 3 admiten solapamiento y duplicidades de las tareas, mientras que 9 están parcialmente de acuerdo. En cuanto a la coordinación interna de cada intervención, 8 expertos están parcialmente de acuerdo con que es la óptima.

Cuatro expertos piensan que todas las partes han podido participar en las distintas fases del programa, y 8 están parcialmente de acuerdo. En cuanto a la participación de pacientes y ciudadanos en el diseño del programa, ningún experto percibe su participación, mientras que 11 expertos están parcialmente o totalmente en desacuerdo con esta afirmación. Esto apoya la afirmación de algún experto en cuanto que «es necesario llegar más hasta pie de calle, personal médico, pacientes y policy makers pues en muchas ocasiones, los interfaces con EIP-AHA no tienen un contacto real con lo que está pasando, lo que da pie a soluciones a problemas que no han sido adecuadamente descritos, confundiendo causas y síntomas».

Algunos expertos puntualizan que la mayoría de los participantes no tienen ninguna formación en medicina y menos aún en envejecimiento, lo cual impacta en el rigor científico del discurso y la planificación. A veces se hace difícil el intercambio de experiencias y conocimiento con cierto rigor científico. Otras veces puede apreciarse que muchos socios tienen una motivación asociada a obtener financiación para proyectos, más que realmente por provocar el cambio y la transformación del sistema.

Para otros expertos es negativo que el EIPonAHA «descanse sobre tantas consultoras de calidad y capacidad tan dispar» y «la lasitud en la evaluación de las buenas práctica, que conduce a una mezcolanza muy poco estimulante».

### **En cuanto a la Implementación, eficacia y evaluabilidad:**

Ningún experto percibe que la mayoría de las intervenciones se hayan puesto en marcha, aunque 10 están parcialmente de acuerdo. Tres expertos consideran que los soportes logísticos contribuyen al avance del trabajo y 7 están parcialmente de acuerdo. De igual modo las estructuras de las intervenciones son adecuadas para el progreso de las tareas para 2 expertos y 9 están parcialmente de acuerdo. El 43% están de acuerdo en la importancia de la Conferencia de los Socios. Ningún experto está totalmente de acuerdo con que la actual tendencia de implementación asegure la transformación del sistema y la consecución del triple win. 3 expertos están completamente en desacuerdo con esta afirmación y 8 parcialmente de acuerdo.

En este punto varios expertos manifiestan que se percibe una cierta decadencia en el programa progresivamente en los últimos 18-24 meses e incertidumbre en los venideros, abandonándose objetivos relevantes que se definieron en un principio, circunscribiéndose a los aspectos tecnológicos. Dato que se constata en las convocatorias europeas de Salud Pública y del H2020. Esta decadencia ha provocado el abandono de muchos de los expertos que inicialmente colaboraron con el programa, mientras que muchos de los que siguen participando tienen una escasa experiencia en el tema.

«Sería necesaria una decidida actuación para reconducir su actual curso, volviendo a los orígenes del programa». Otros apuntan que el espacio de interrelación para el intercambio de información, la «generación de ideas», desarrollo alianzas y redes, debe plasmarse en «productos» y «servicios» concretos: cambios en la regulación, en las convocatorias, etc.

También para otros expertos la falta de recursos directos es un problema y hace que en muchas ocasiones se dedique menos tiempo del que habría sido requerido para obtener los resultados deseados.

Finalmente, la mayoría de los expertos ve algún problema en el sistema de monitorización y medición y en la consecución de los objetivos a medio y largo plazo.

### **Conclusiones de la encuesta:**

Las encuestas denotan cierto desencanto en las expectativas creadas y los resultados obtenidos pero sobre todo en el avance hacia el futuro. Para la mayoría de los expertos el EIPonAHA surgió como una estrategia interesante, relevante y estructurada pero que actualmente tiene muchas áreas de mejora. Parece fundamental reconducir la estrategia hacia un enfoque holístico, pero más centrado en los sistemas sanitarios y de cuidados.

## **5.2 IDENTIFICACIÓN DE POLICY DRIVERS**

El análisis de los nuevos PA de los distintos AGs<sup>71-75</sup> y sinergias<sup>18</sup> reveló la existencia de duplicidades potenciales en los diferentes de los PA. En la primera revisión se detectaron múltiples duplicidades, algunas veces coincidentes con las prioridades horizontales consideradas en el SIP (empoderamiento de pacientes, temas financieros, difusión, inclusión de las partes interesadas etc). Sin embargo, muchas de ellas no estaban presentes en todos los AGs. Por tanto, la segunda revisión y tras contrastarlas con el marco político europeo, se seleccionaron finalmente tres conductores de políticas fundamentales que impactarían en la gestión del EIPonAHA, y que deberían mejorarse su implementación o al menos se mejorara la coordinación y se estableciera un marco común:

- Implicación, compromiso y empoderamiento de pacientes y ciudadanos.
- Implicación, compromiso y empoderamiento de profesionales sanitarios.
- Provisión de pruebas, transferencia de conocimiento y escalabilidad.

La importancia de los conductores señalados, está claramente descritos en todo el marco político europeo<sup>11,27-30</sup>. A pesar de que se ha definido una sinergia sobre empoderamiento de pacientes y ciudadanos, distintos aspectos relacionados con la capacitación de los pacientes en términos de uso de la tecnología y educación sanitaria pueden esperarse en los distintos AGs. Incluso otros aspectos a tener en cuenta en el desarrollo de la tecnología y en la implementación de la misma son fundamentales para el éxito de las intervenciones. Todos estos elementos desarrollados por los distintos AGs deben tener una base común que debería desarrollarse en consenso.

También la mayoría de los AGs abordan temas relacionados con la capacitación y participación de los profesionales y cuidadores. De igual modo, la capacitación y participación de los profesionales y cuidadores deben desarrollarse sobre una base común y estándar. La sinergia diseñada para formar a profesionales Master en AHA, aborda este tema de forma relevante, sin embargo no incluye toda la concepción y el potencial de las actividades y conceptos a desplegar, que de forma subliminar o tácita pueden desprenderse de algunos objetivos o sub-objetivos en los demás AGs. Evidentemente la capacitación profesional es crítica en todas las áreas y estos aspectos deberían construirse sobre una base común.

Finalmente, todos los AGs están llamados a proveer evidencias de la efectividad, además de los RS. En el apartado anterior, ya observamos que hay un problema claro

en la monitorización y el reporte de evidencias que puedan ser valoradas fácilmente y que permitan la evaluación y la medición real del impacto del EIPonAHA. No está claro que en los nuevos PA cambie esta situación. E igualmente, los informes de los compromisos individuales de los socios pueden ser una masa heterogénea de información de difícil uso. La sinergia dedicada a la implementación del Modelo de Madurez, cubre parcialmente estos aspectos de transferencia y translación de conocimiento. Asimismo los criterios de escalabilidad deberían expandirse homogéneamente por los AGs.

Por tanto, tras analizar el periodo 2011-2015 y a la vista de los nuevos PA el consenso en el reporte de evidencias, la implementación del MAFEIP y la estrategia de escalabilidad, forman un todo a mejorar en coordinación, implementación y ejecución. Y además es de esencial importancia no sólo para evaluar el impacto final de la estrategia, sino también para proceder a una transformación de los sistemas social y sanitario basado en pruebas. Una actividad orientada a mantener los mecanismos estándar en los aspectos metodológicos, de identificación de indicadores, provisión de evidencias, expansión, transferencia de conocimiento de los lugares donde se generaron a los que nuevos y procedimientos de escalabilidad general, deberían abordarse consensuada y conjuntamente.

**En conclusión**, el análisis del periodo del 2016-2018 evidencia una falta de coordinación horizontal entre las distintas intervenciones que evite la duplicidad del trabajo y la dispersión en la presentación de resultados imposibilitando la agregación, ponderación y benchmarking de las prácticas. Deberían establecerse mecanismos que mejoran la gestión interna al menos en aquellas prioridades políticas esenciales para permitir la transformación sanitaria, actuando contundentemente en las barreras a la innovación y para permitir la comparación de resultados y la toma de decisiones basadas en pruebas contrastadas y objetivas.

## 5.3 ANÁLISIS Y MEJORA DEL IMPACTO EN ESPAÑA

### 5.3.1 Resultados de la encuesta

Los resultados de la encuesta confirma que el EIPonAHA tiene un importante impacto en España y que de alguna manera podemos aprender de esta experiencia (12 expertos están totalmente o parcialmente de acuerdo con esta información). Del mismo modo, 13 de los encuestados piensan que es necesario reforzar nuestro papel y nuestro modelo a nivel europeo.

Once de los participantes están totalmente de acuerdo con que la coordinación y promoción a nivel nacional de la innovación para el envejecimiento saludable es esencial para perseguir la estrategia de escalabilidad preservando la equidad del sistema y dos participantes están parcialmente de acuerdo.

A continuación se resumen literalmente las respuestas dadas por los expertos en los campos abiertos.

**¿Qué enseñanzas podemos extraer para mejorar la implementación en España? (8 respuestas)**

1. Centralizar las intervenciones a nivel regional, en este momento hay intervenciones aisladas que no se han comunicado entre ellas.

2. Haría falta una mayor implicación de las instituciones públicas, tanto hacia el interior (España y sus CCAA) como hacia el exterior, aumentando el papel institucional de España en la EIP. Otros países se han implicado mucho más y están controlando y dirigiendo el rumbo de la EIP hacia sus intereses nacionales.
3. El Gobierno (AGE y CCAA) deben recoger lecciones aprendidas y sugerencias de los participantes. Para ello se tienen que crear los cauces pertinentes. Y luego revertir en los ámbitos pertinentes con medidas más concretas (financiación, regulación).
4. Hay que obtener el apoyo político e institucional y en la integración entre los distintos ámbitos de decisión.
5. Hay que invertir más en innovación e investigación. Hacer innovación e investigación desde el sector público es un poco complicado. Los fondos estructurales se deberían alinear con el EIP on AHA. Hace falta una estrategia de transferencia real al mercado. No nos debería dar miedo rodearnos de la industria para conseguir la transferencia. Los sistemas de financiación deberían adecuarse al cambio tecnológico que plantean las soluciones de eSalud (no es posible que se nos siga pagando por altas hospitalarias cuando las tratamos de evitar, por ejemplo).
6. Mejor coordinación tanto a nivel de RS como a nivel español donde también entre regiones españolas se puede producir intercambio de buenas prácticas.
7. Intercambio de buenas prácticas - Comunicación multidisciplinar - Diálogo con los diseñadores de programas / financiación.
8. Sería una buena oportunidad para establecer una forma de comunicación entre iniciativas en las diferentes CCAA españolas e intercambiar experiencias y programas. Permitiría mejorar la prestación de servicios así como la posibilidad de colaborar entre diferentes agentes interesados en la mejora de las condiciones de vida de las personas mayores y de la ciudadanía en general.

**¿Cómo crees que podría incrementarse el posicionamiento y el retorno de los socios españoles? (10 respuestas)**

1. Primero, apoyando a los investigadores e innovadores españoles. Segundo, participando mucho más activamente en las actividades del EIP-AHA, apoyándose en las iniciativas y logros de los investigadores españoles. Participando en el diseño de las convocatorias potenciando los topics donde los investigadores españoles tienen capacidad de liderazgo. Aumentando la interacción entre el CDTI y los investigadores españoles en envejecimiento.
2. Haciendo más actividades de clustering, moderadas e impulsadas a nivel regional por las autoridades competentes.
3. Dar visibilidad a quien tiene realmente cosas que aportar (que hay muchos socios españoles que lo tienen) Hacer una selección previa para poder participar (demostrar un mínimo de cuantificación en el campo que se va a debatir/tratar/argumentar para no hacer perder el tiempo a quienes sí saben

del tema a tratar, en nuestro caso envejecimiento saludable) Si las proyectos propuestos son interesantes, favorecer la comunicación UE-Ministerio de Sanidad-CCAA y para llevarlos a cabo apoyo institucional a las Joint Actions coordinadas por socios españoles, apoyo institucional a los Reference Sites para españoles para exportar su modelo de atención sanitaria a todas las CCAA.

4. Debería existir un mecanismo de financiación indirecto a través de otros programas, también nacionales, para cubrir las actividades básicas que requiere EIPonAHA. Una mayor cohesión, intercambio de buenas prácticas y soporte mutuo representarían un valor añadido al conjunto.
5. Mejorar la información sobre las RS y darle una mayor difusión europea sería un paso. Establecer una conexión clara con el compromiso en materia demográfica (Acuerdo de Asociación, Foro de regiones españolas con desafíos demográficos, ponencia Senado...) para potenciar ambos enfoques y darle así coherencia y peso a las estrategias y las acciones.
6. Con visibilidad de sus buenas prácticas y reconocimiento institucional nacional.
7. De forma indirecta y a medio plazo. Es una carrera de fondo, se recompensa al que dura.
8. Sería conveniente tener una mejor coordinación entre los participantes españoles. No resulta fácil pues hay desde entidades pequeñas con algún compromiso hasta gobiernos regionales. Pero poder tener un foro de encuentro podría ser interesante. De forma especial ahora que hay varios sitios de referencia españoles (creo que ya hay una convocatoria sobre esto).
9. Invirtiendo más en I+D. Permitiendo que nuestros profesionales puedan dejar de dedicarse a la asistencia y puedan dedicar su tiempo a I+D.
10. Con un apoyo firme a todas las políticas, que pasa por creerse esto e invertir mucho en formación y en el cambio de cultura de los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios.

**¿Qué mecanismos, intervenciones o actividades podrían contribuir a implementar el programa del EIP on AHA en España y exportarlo a otros estados miembros? (10 respuestas)**

1. Ser capaces de medir el impacto local y transferirlo a indicadores globales del Triple Win.
2. Dentro de España, difusión y copia de los modelos de cuidados validados y testados como eficaces en los Reference Sites En otros estados, implementar las propuestas de las Joint Actions
3. Reforzar la participación de actores españoles en los grupos de acción.
4. Lo mismo que se ha comentado más un decidido fomento del área de envejecimiento en las convocatorias nacionales. Un ejemplo: la convocatoria de Proyectos del ISCIII no cuenta con una Comisión de Evaluación en el área de Envejecimiento. Este tipo de decisiones estratégicas promueven claramente el interés de los investigadores en el área y expresan de manera visual el interés de la administración por el área concreta.

5. Nuestros socios insisten en qué líneas específicas de financiación de pilotos, fácilmente accesibles para pymes innovadoras y start-ups, tendrían un gran efecto multiplicador y facilitarían la implantación en los sistemas públicos de salud y cuidado de esas innovaciones.
6. Una posible solución puede emerger de la coordinación de esfuerzos entre los socios de los diversos grupos A1, A2,... y los RS de su misma área. Hasta ahora dicha coordinación no ha existido.
7. Seguimiento de los objetivos de EIP AHA a través de la Comisión Interterritorial comparando las distintas Comunidades Autónomas.
8. Reducir la burocracia, y dar respuesta a necesidades de todos los RS y agentes involucrados, pues en ocasiones cada RS busca cubrir sus necesidades por separado, lo cual es muy ineficiente. Involucrar a personal no sólo de I+D y/o salud pública, sino también de asistencial o de atención al paciente (en cada CCAA acuden a los eventos y reuniones personal de uno u otro perfil pero nunca de todos y no hay mecanismos ágiles para compartir información y creación de sinergias que permitan un mayor impacto para la consecución de los objetivos del H2020.
9. Podría copiarse el modelo italiano que facilita y promueve la participación de los agentes ya implicados en la EIPonAHA, haciéndose cargo de los desplazamientos desde una entidad nacional con una línea de financiación concreta. Además, se podrían identificar elementos comunes que faciliten el éxito de estas iniciativas.
10. Más información para todos los actores del sistema y no tan solo para los sospechosos habituales.

### 5.3.2 Análisis DAFO

Considerando los resultados del análisis político que han dado respuesta al objetivo 1 y 2 de este estudio y la opinión de los expertos en el apartado de impacto en España, se ha construido el análisis DAFO, cuyos ítems se resumen en la [tabla 8](#). Dicho esquema valora los elementos a tener en cuenta para mejorar la implementación y sacar el máximo beneficio de la estrategia en España.

**Tabla 8. Análisis DAFO del EIPonAHA y su impacto en España**

| Debilidades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Amenazas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobernanza y falta de implicación de los EEMM.</li> <li>• Falta de coordinación transversal y mayor liderazgo en el tema de sinergias.</li> <li>• Falta de financiación directa.</li> <li>• Falta de implementación de otras intervenciones, incluidas en el SIP y sobre todo aspectos fundamentales de Salud Pública y Prevención primaria y Salud Comunitaria.</li> <li>• Duplicación de tareas y posibilidad de dar enfoques parciales a tema común.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El retraso y dificultades en implementación del MAFEIP y la estandarización en la monitorización.</li> <li>• Falta de implicación más directa de las autoridades sanitarias a todos los niveles. Dispersión de actividades, hiperdimensión de algunas áreas en detrimento de otras.</li> <li>• Hiperproducción de «buenas prácticas» sin un elemento agregador y evaluador claro y por tanto la dificultad en escalarlo y evaluarlo comparativamente.</li> <li>• Desmotivación de los voluntarios que ven poca recompensa en sus contribuciones.</li> </ul> |

| Fortalezas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Oportunidades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Se basa en prioridades y necesidades sociales y sanitarias.</li> <li>– Visión global del problema y de la solución. Altos niveles de consenso.</li> <li>– Provee un marco global de actuación en el campo del envejecimiento y de la gestión de la innovación.</li> <li>– Moviliza a las partes interesadas.</li> <li>– Establece un marco de colaboración.</li> <li>– Marco difusor de buenas prácticas.</li> <li>– El número y experiencias de los RS españolas.</li> <li>– Las competencias y capacidades de las entidades españolas involucradas en el EIPonAHA.</li> <li>– La estrategia de escalabilidad y la posibilidad de duplicar.</li> <li>– La organización de nuestro SNS y del Sistema de Innovación.</li> <li>– La capacidad de España de generar masa crítica suficiente para la toma de decisiones si se alinean objetivos, fondos y recursos humanos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Grado de sensibilización de la sociedad y las partes interesadas.</li> <li>– Número de compromisos de los distintos sectores.</li> <li>– Los compromisos de los RS.</li> <li>– RIS 3 de las CCAA, incluido el programa de compra pública innovadora.</li> <li>– Organización de nuestro SNS.</li> </ul> |

En este esquema es evidente que sacar el máximo beneficio de las enseñanzas del EIPonAHA y de su impacto en la sociedad Española, pasa por mejorar la coordinación y liderazgo a nivel central, potenciando las funciones que le son propias. Es fundamental aprovechar y reforzar las fortalezas y, en general, el marco que el EIPonAHA ha creado, un marco propicio y oportuno para actuar de forma relevante en el sector siempre que se haga de forma estructurada y sobre todo con la implicación de todas autoridades sanitarias.

## 6. DISCUSIÓN

Los resultados de este informe enfatizan la necesidad y pertinencia de la estrategia europea. El EIPonAHA nace como respuesta coordinada y estratégica a los retos sociales derivados del cambio demográfico. Esta respuesta se basa en dos instrumentos que vehicularizarán el cambio: la promoción de la innovación y la cooperación multisectorial para conseguir tres objetivos estratégicos: incrementar en dos años los años de vida saludable, mejorar la sostenibilidad y solvencia del sistema socio-sanitario y mejorar la competitividad de la industria europea. El EIPonAHA provee, al menos en su inicio, una visión transformadora del sistema de salud orientado a la implementación de innovación tecnológica y organizativa como principal palanca de cambio<sup>76</sup>.

Hay que reconocer que la estrategia ha conseguido movilizar una gran masa crítica a nivel europeo y ha posicionado la estrategia dentro de los niveles de importancia esperados. Máxime si consideramos que las estructuras de los grupos de trabajo, están formadas de trabajo voluntario, generalmente con alta carga del mismo (al menos para los coordinadores y responsables de las intervenciones y actividades) que han demostrado gran compromiso con los objetivos y altas capacidades. La producción científica de cada una de las intervenciones, en términos globales, es relevante, no obstante, en términos cuantificables de resultados e indicadores de impacto, no ha sido posible objetivarlo. En este sentido, ha resultado muy eficaz en términos de promoción de la innovación. Otra indudable fortaleza es la visión de conjunto de los elementos implicados en la gestión del conocimiento y la innovación. Sin embargo, a nivel de implementación, el EIPonAHA tiene bastantes áreas de mejora. Posiblemente la fundamental es el alineamiento de los niveles de decisiones y la implicación de los EEMM, reforzando su implicación y el valor de coordinación y representatividad que le es propio dentro del seno de la UE. Reforzar la coordinación transversal del modelo, orientado a provocar la homogenización y difusión de sinergias y sobre todo la actuación directa estructurada y decidida sobre los conductores y facilitadores del cambio como la capacitación, implicación e involucración de los usuarios sería particularmente relevante. La co-producción de cuidados y la co-producción de tecnologías es un elemento clave como apuntó el Plan de Acción de eHealth <sup>27,28</sup>. De hecho, la aceptación de los pacientes para el uso de la tecnología es una barrera mayor al despliegue de la innovación. Además, las innovaciones disruptivas, a menudo proveen una nueva y diferente perspectiva que tiende a reducir la complejidad en favor del empoderamiento de ciudadanos y pacientes<sup>29</sup>. Por tanto es esencial reforzar los mecanismos que procuren actuar y mejorar la implementación de estos conductores de políticas. Por otro lado, parece necesario una adecuada estrategia territorial que haga llegar el mensaje europeo hasta cada una de las personas que conforman el ecosistema de salud local, requiriendo esto un cambio de cultura y de transmisión de conocimiento que aún no se ha dado.

También es imprescindible consensuar e implementar el MAFEIP a todos los niveles de la estrategia y definir cómo se puede gestionar de forma eficiente y abordable todo el conocimiento generado. Y por supuesto la implementación de la

estrategia de escalabilidad y la duplicación de los RS es uno de los retos más relevantes de la estrategia.

En este sentido, y dado que el impacto del EIPonAHA en España es evidente, las mismas amenazas planean sobre la estrategia cuando nos centramos a nivel nacional. Pero es evidente que todo el marco supone una oportunidad sin precedentes de avanzar y actuar hacia la transformación sanitaria y a sacar el máximo beneficio que la innovación ofrece. Si además consideramos la estructura y la fortaleza de nuestro SNS en relación a otros países europeos, la dedicación de la especialización inteligente en la mayoría de las CC.AA. al envejecimiento, las dotaciones a los programas de compra pública innovadora desde la demanda, la capacidad y liderazgo de los socios españoles etc, estamos en la mejor posición de estructurar el progreso de los valores y hallazgos positivos del EIPonAHA, que son muchos y ser espejo y referencia para otros EEMM. Para ello, es necesario maximizar la coordinación y replicar y duplicar las iniciativas que han funcionado bien en unas CC.AA. en otras. En definitiva se trata de potenciar las fortalezas aprendidas del EIPonAHA, y trasladar esta visión de estrategia global a nuestro contexto real y diario. Estaríamos hablando, si permitimos el juego de palabras, de un EIPonAHA, donde la primera E de la sigla, es Español en lugar de Europeo. Probablemente, la mejor estrategia para mejorar nuestro posicionamiento europeo pase por mejorar la transferencia y translación de conocimiento a nivel nacional. Lo cual es mucho más factible y rápido que la translación a nivel europeo, aunque no fácil, y ser un referente de innovación consolidado y estructurado a nivel europeo y global.

Por tanto, el análisis de este informe promueve mejorar la coordinación nacional de los programas asociados al EIPonAHA, preservando el principio de equidad de nuestro SNS y como instrumento de innovación per se. No obstante y dado los problemas detectados a nivel europeo, parece necesario establecer ciertos criterios homogéneos a nivel nacional, sobre todo a nivel de monitorización de la innovación, para conseguir la transformación sanitaria basada en pruebas de su efectividad. Para ello es fundamental mantener la comunicación intersectorial pero avocar a un liderazgo de las autoridades sanitarias y por supuesto la coordinación exigente con la autoridades del ámbito de la I+D+i y otros sectores especialmente ligados a la temática del envejecimiento y a los retos del cambio demográfico y el avance tecnológico. Seguramente sería necesario redefinir y considerar actividades e intervenciones ya descritas en el SIP y que no se han abordado y que son fundamentales en el nuevo espacio de cuidados, en particular abordar los aspectos de salud pública y prevención primaria.

Por otro lado, el EIPonAHA necesita tener un sentido de priorización donde las medidas del progreso de la innovación tienen que proveer un cambio sistemático<sup>16</sup>. Por tanto es imprescindible profundizar y avanzar en la monitorización sistemática y el proceso de implementación, despliegue y escalabilidad. La correcta implementación del MAFEIP es crítica. Aunque más crítica es la implementación del sistema de monitorización que responda a nuestros sistemas de medidas nacionales y que permita una monitorización y evaluación independiente y la producción de datos objetivos que permita el análisis y el benchmarking. La mejora en la ejecución, y gestión de todos los aspectos científicos para apoyar la implementación y el despliegue basado en pruebas es especialmente relevante.

No es un trabajo fácil y no está asegurado el éxito, sin embargo estamos en las mejores condiciones de avanzar y esto solo es posible incrementando la comunicación y coordinación entre los RS, las CCAA y los distintas partes interesadas.

## LIMITACIONES

Las limitaciones de este estudio se basan básicamente en la literatura contrastada que incluye prácticamente solo los documentos incluidos en las páginas web de la CE. Por falta de tiempo y personal, no se han podido revisar todas las buenas prácticas recogidas y la provisión de evidencia que contienen para hacer una aproximación de la síntesis del impacto. Aunque se ha explorado y sería altamente difícil sintetizar en cifras y fuentes según los criterios clásicos de la Medicina Basada en Evidencia.

Otra limitación ha sido el número de encuestas recibidas. Si bien, proveen una visión de los expertos protagonistas del EIPonAHA, puede ser que sólo hayan respondido los más implicados, o los más frustrados.

## CONCLUSIONES

1. EL EIPonAHA constituye una estrategia europea de gran impacto en España basada en necesidades contrastadas relevantes que aportan soluciones al problema del cambio demográfico y el avance tecnológico.
2. EL EIPonAHA supone un marco de aprendizaje y de oportunidades para mejorar la implementación de la innovación en España.
3. Mejorar la coordinación y comunicación a nivel nacional de los RS es posiblemente uno de los instrumentos que probablemente impacten más en la implementación de la estrategia.
4. Es necesario el alineamiento de las políticas de los distintos sectores que impactan en el envejecimiento activo y saludable, para mejorar la implementación de la innovación tecnológica y organizativa y actuar en la transformación socio-sanitaria adecuadamente.
5. Es necesario actuar en las barreas de la implementación de la innovación con una actuación contundente y decidida al menos en lo que sustente la coproducción con los usuarios, pacientes y profesionales.
6. Es esencial implementar mecanismos homogéneos de monitorización y evaluación que aseguren la traslación del conocimiento y la transformación socio-sanitaria basada en evidencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dealing with the impact of an ageing population in the EU COM/2009/0180 final Bruselas, 29.4.2009. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52009DC0180>
2. Ageing Working Group. 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Commission.  
[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication14992\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf)
3. Libro Verde sobre el personal sanitario europeo, doc. COM(2008) 725 final. Bruselas 10.12.2008. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf)
4. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1)
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241.  
[https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf)
6. Crimmins EM, Beltran-Sanchez H. Mortality and morbidity trends: Is there compression of morbidity? *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2011;66 B(1):75-86
7. Wouterse B, Huisman M, Meijboom BR, Deeg DJH, Polder JJ. The effect of trends in health and longevity on health services use by older adults. *BMC Health Serv Res* [Internet]. BMC Health Services Research; 2015;15(1):574.  
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1239-8>
8. Europe 2020: a strategy for smart, sustainable and inclusive growth. 3.3.2010COM (2010)2020final. Brussels.  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex:52010DC2020>
9. Europe 2020 Flagship Initiative Innovation Union. Brussels, 6.10.2010COM (2010)0546 final. European Commission, Brussels.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/innovation-union-communication\\_en.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/innovation-union-communication_en.pdf#view=fit&pagemode=none)
10. Young on the move. Brussels,15.9.2010 COM (2010)477 final.  
[http://europa.eu/youthonthemove/docs/communication/youth-on-the-move\\_EN.pdf](http://europa.eu/youthonthemove/docs/communication/youth-on-the-move_EN.pdf)
11. A Digital Agenda for Europe. Brussels, 26.8.2010 COM(2010) 245 final/2  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0245R%2801%29&from=EN>
12. La Plataforma Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social: Un marco europeo para la cohesión social y territorial. Bruselas, 16.12.2010 COM(2010)758 final. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0758&from=EN>
13. EIP on AHA Steering Group. Operational Plan for the EIP on AHA [Internet]. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 2011.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/operational\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/operational_plan.pdf#view=fit&pagemode=none) (2/8/2016)
14. EIP on AHA Steering Group. Strategic Implementation Plan for the EIP on AHA [Internet]. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 2011.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation\\_plan.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation_plan.pdf#view=fit&pagemode=none)
15. Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Brussels, 29.2.2012 COM(2012) 83 final. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52012DC0083&from=EN>
16. Aho E, Schwaag S, Möning W et al Outriders for European competitiveness. EIP as a tool for systematic change. 2014 EC DG for Research and Innovation.  
[https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/outriders\\_for\\_european\\_competitiveness\\_eip.pdf](https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/outriders_for_european_competitiveness_eip.pdf)

17. Abadie F, Boehler C, Lluch M, Sabes-Figuera R, Zamora Talaya MB: Monitoring and Assessment Framework for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (MAFEIP). Second update of the process indicators. 2014a, European Commission Joint Research Centre, JRC91174. European Commission, Open access: [https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/jrc91174\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/jrc91174_0.pdf)
18. Bousquet J, Bewick J, Cano A, Eklun P, Fico G, Goswami N et al. Building Bridges for innovation in ageing: Synergies between Action Groups of EIP on AHA. *J Nutr Health Ageing* 6:29; 2016 DOI: 10.1186/s13601-016-0116-9
19. Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020. Ministerio de Economía y Competitividad.  
[http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Investigacion/FICHEROS/Estrategia\\_espanola\\_ciencia\\_tecnologia\\_Innovacion.pdf](http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Investigacion/FICHEROS/Estrategia_espanola_ciencia_tecnologia_Innovacion.pdf)
20. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012 Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
21. Acuerdo de Asociación de España 2014-2020. Secretaría de Estado de presupuestos y gastos. DG de fondos comunitarios. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas 2013. [http://www.dgfc.sepg.minhap.gob.es/sitios/dgfc/es-ES/ipr/fcp1420/p/pa/Documents/20141022\\_AA\\_spain\\_2014\\_2020.pdf](http://www.dgfc.sepg.minhap.gob.es/sitios/dgfc/es-ES/ipr/fcp1420/p/pa/Documents/20141022_AA_spain_2014_2020.pdf)
22. Estrategias Nacionales y Regionales para la Especialización Inteligente. Política de Cohesión 2014-2020. EC 2014.  
[http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/informat/2014/smart\\_specialisation\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/smart_specialisation_es.pdf)
23. EIP on AHA. Action Groups 2014 Achievements. Eur Innov Partnersh Act Heal Ageing [Internet]. 2014;  
[http://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/547b777e7e45e\\_achievements\\_2014.pdf](http://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/547b777e7e45e_achievements_2014.pdf)
24. Casillas C, Macías M, Merino, M; Paja, M; Rico, J; Ruiz, A. Guía práctica para el diseño y la realización de evaluaciones de políticas públicas Enfoque AEVAL. 1o ed. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas; Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios 2015.  
[http://www.aeval.es/es/difusion\\_y\\_comunicacion/publicaciones/Guias/Guias\\_Evaluacion\\_Politicas\\_Publicas\\_y\\_Calidad\\_SSPP/Guia\\_evaluaciones\\_AEVAL.html](http://www.aeval.es/es/difusion_y_comunicacion/publicaciones/Guias/Guias_Evaluacion_Politicas_Publicas_y_Calidad_SSPP/Guia_evaluaciones_AEVAL.html)
25. Web EIP clásica (acceso el 26-Oct-2016) [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing)
26. Nuevo portal [https://ec.europa.eu/eip/ageing/home\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en)
27. eHealth Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century. Brussels, 6.12.2012 COM(2012) 736 final.  
[http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_en.pdf)
28. COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT. eHealth Action Plan 2012- 2020 – innovative healthcare for the 21st century. Brussels, 6.12.2012 SWD (2012) 413 final <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012SC0413&from=EN>
29. Disruptive Innovation. Considerations for health and health care in Europe. The EXPH adopted this opinion at the 13th plenary meeting of 29 February 2016 after public consultation.  
[http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/opinions/docs/012\\_disruptive\\_innovation\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/012_disruptive_innovation_en.pdf)
30. DIRECTIVE 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>
31. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: característica e indicadores de salud 2013. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. 2014.  
[https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist. Salud. UE\\_2013.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist. Salud. UE_2013.pdf)
32. Dobrev A, Haesner M, Hüsing T, Korte W, Meyer I. Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe. European Commission 2008.  
[http://ec.europa.eu/information\\_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/gp\\_survey\\_final\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/gp_survey_final_report.pdf)
33. Benchmarking of health information and communication technologies. COM/DELSA/DSTI (2011)1. OECD
34. Council Conclusions on common Values and Principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01)
35. SHERPA Group [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=sherpa-group](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=sherpa-group)

36. Mistry H1, Garnvwa H, Oppong R. Critical appraisal of published systematic reviews assessing the cost-effectiveness of telemedicine studies. *Telemed J E Health*. 2014 Jul;20(7):609-18. doi: 10.1089/tmj.2013.0259.
37. Elbert NJ1, van Os-Medendorp H, van Renselaar W, Ekeland AG, Hakkaart-van Roijen I, Raat H, Nijsten TE, Pasmans SG. Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *J Med Internet Res*. 2014 Apr 16;16(4): e110. doi: 10.2196/jmir.2790.
38. European Commission, Directorate-General Health and Consumers and Directorate-General Information Society and Media. Synthesis report on the public consultation on the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 2011.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/consultation/consultation\\_report.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/consultation/consultation_report.pdf#view=fit&pagemode=none)
39. Horizon 2020 - The Framework Programme for Research and Innovation. COM/2011/0808 final. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52011DC0808>
40. Together for Health: Strategic Approach for the EU 2008-2013. COM(2007) 630 final de 23.10.2007. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf)
41. Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE, doc. COM(2009) 567 final de 20.10.2009.
42. Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establece el Programa de Salud para el Crecimiento, tercer programa plurianual de acción de la UE en el ámbito de la salud para el periodo 2014-2020, doc. COM(2011) 709 final de 9.11.2011.
43. Commission staff working paper executive summary of the impact assessment integrating ex-ante evaluation requirements. Accompanying the document Proposal for an amended Regulation of the European Parliament and of the Council on the European Institute of Innovation and Technology Doc. COM(2011) 822 final, de 30.11.2011.  
[http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes6/sec2011\\_1434en01.pdf](http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes6/sec2011_1434en01.pdf)
44. Propuesta de Reglamento por el que se crea el Mecanismo «Conectar Europa», doc. COM(2011) 665 de 19.10.2011.
45. European structural and investment Funds 2014-2020: Official texts and commentaries European Commission, Directorate-General for Regional and Urban Policy 2015.  
[http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/guides/blue\\_book/blueguide\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/blue_book/blueguide_en.pdf)
46. Action Plan A1 on 'Prescription and adherence to treatment' [Internet]. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 2012.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/a1/key-documents\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/a1/key-documents_en)
47. Action Plan A2 on Specific Action on innovation in support of 'Personalized health management, starting with a Falls Prevention Initiative' [Internet]. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 2013.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/a2/key-documents\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/a2/key-documents_en)
48. Action Plan A3 on 'Prevention and early diagnosis of frailty and functional decline, both physical and cognitive, in older people' [Internet]. 2012.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/a3/key-documents\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/a3/key-documents_en)
49. Action Plan B3 on 'Replicating and tutoring integrated care for chronic diseases, including remote monitoring at regional levels' [Internet]. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 2012.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/b3/key-documents\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/b3/key-documents_en)
50. Action Plan C2 on 'Development of interoperable independent living solutions, including guidelines for business models' [Internet]. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 2012. [https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/c2\\_e](https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/c2_e)
51. Action Plan D4 on 'Innovation for Age-friendly buildings, cities & environments' [Internet]. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 2012.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/d4/key-documents\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/d4/key-documents_en)
52. Reference sites, general info [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=sites](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=sites)
53. Reference Sites, Excellent innovation for ageing. Who.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/how\\_to.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/how_to.pdf#view=fit&pagemode=none)

54. Reference Sites. How to guide. [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/how\\_to.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/how_to.pdf#view=fit&pagemode=none)
55. Red de Colaboración de las Entidades de Referencia. EIPonAHA.  
<http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/rscn.pdf#view=fit&pagemode=none>
56. European Scaling-up Strategy in Active and Healthy Ageing. Part of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Dec 2014.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/scaling\\_up\\_strategy.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/scaling_up_strategy.pdf#view=fit&pagemode=none)
57. World Health Organization. Practical guidance for scaling up health service innovations. WHO, Geneva, 2009.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf)
58. Achievements of EIP on AHA [https://ec.europa.eu/eip/ageing/achievements\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/achievements_en)
59. State of Play of AG A1, 2015 [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a1\\_achievements\\_2015.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a1_achievements_2015.pdf#view=fit&pagemode=none)
60. State of Play of AG A2, 2015 [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a2\\_achievements\\_2015.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a2_achievements_2015.pdf#view=fit&pagemode=none)
61. State of Play of AG A3, 2015 [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a3\\_achievements\\_2015.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a3_achievements_2015.pdf#view=fit&pagemode=none)
62. State of Play of AG B3, 2015 [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/b3\\_achievements\\_2015.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/b3_achievements_2015.pdf#view=fit&pagemode=none)
63. State of Play of AG C2, 2015 [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/c2\\_achievements\\_2015.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/c2_achievements_2015.pdf#view=fit&pagemode=none)
64. State of Play of AG D4, 2015 [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/d4\\_achievements\\_2015.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/d4_achievements_2015.pdf#view=fit&pagemode=none)
65. ProEIPAHa project <http://www.proeipaha.eu/>
66. Daniel F. Sullivan, «A single index of mortality and morbidity», Health Services Reports, 1971, 86, 347-354.
67. García Lizana, F., Sarriá Santamera, A., «New technologies for chronic disease management and control: a systematic review». J Telemed Telecare 2007;13(2):62-8.
68. La telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad Bruselas, 4.11.2008 COM(2008)689 final <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0689&from=ES>
69. Boehler C, Abadie F Monitoring and Assessment Framework for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (MAFEIP). Conceptual description. 2015 European Commission Joint Research Centre, JRC96205. European Commission.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/mafeip\\_framework.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/mafeip_framework.pdf#view=fit&pagemode=none)
70. Boehler C, Abadie F, Sabes-Figuera Ramón Monitoring and Assessment Framework for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (MAFEIP). Second report on outcome indicators. 2014 European Commission Joint Research Centre JRC93431.  
<http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC93431/jrc93431.pdf>
71. Action Group A1 Renovated Action Plan 2016-2018.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated\\_action\\_plan\\_2016-2018\\_ag\\_a1\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated_action_plan_2016-2018_ag_a1_0.pdf)
72. Action Group A2 Renovated Action Plan 2016-2018.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated\\_action\\_plan\\_2016-2018\\_ag\\_a2.pdf](https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated_action_plan_2016-2018_ag_a2.pdf)
73. Action Group A3 Renovated Action Plan 2016-2018.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated\\_action\\_plan\\_2016-2018\\_ag\\_a3.pdf](https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated_action_plan_2016-2018_ag_a3.pdf)
74. Action Group B3 Renovated Action Plan 2016-2018.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated\\_action\\_plan\\_2016-2018\\_ag\\_b3.pdf](https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated_action_plan_2016-2018_ag_b3.pdf)

75. Action Group D4 Renovated Action Plan 2016-2018.  
[https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated\\_action\\_plan\\_2016-2018\\_ag\\_d4.pdf](https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/renovated_action_plan_2016-2018_ag_d4.pdf)
76. García Lizana F, European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing: moving from policy to action. *Gaceta Sanitaria* 2013 Sep-Oct;27(5):459-62.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.005>

## ANEXO 1. ENTIDADES DE REFERENCIA ESPAÑOLAS 2016

Nota: La información publicada en este anexo ha sido remitida en su totalidad por las entidades de referencia.



### ANDALUCÍA ENTIDAD DE REFERENCIA EN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE (REACREDITACIÓN)

Andalucía ha renovado su designación por la Comisión Europea como Sitio de Referencia en Envejecimiento Activo y Saludable, recibiendo la máxima calificación, como ya ocurriera en la anterior edición de 2013. Así, Andalucía ha sido uno de los ocho territorios europeos (de los 74 reconocidos) que han recibido cuatro estrellas en esta edición de 2016, por la implementación de iniciativas innovadoras destinadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

La visión y liderazgo conjuntos que han mantenido durante estos años las Consejerías de Salud y de Igualdad y Políticas Sociales en la promoción de iniciativas que impulsan el envejecimiento activo y saludable, ha sido fundamental para lograr este distintivo. El compromiso político continúa y se ha plasmado en un Protocolo de Colaboración entre ambas consejerías que incluye la participación común en esta iniciativa europea (EIP on AHA).

Igualmente determinante ha resultado la estrecha colaboración con el resto de actores implicados con un enfoque de 'Cuádruple Helice', en el que participan activamente el mundo académico, la iniciativa privada, el sector público, las organizaciones sociales así como la ciudadanía. Entre estos actores caben destacar: organismos dependientes de las Consejerías de Salud e Igualdad y Políticas Sociales como el Servicio Andaluz de Salud, la Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencia o la Escuela Andaluza de Salud Pública; las Universidades Públicas de Andalucía (en particular la Universidad de Sevilla, Universidad de Málaga, Universidad de Granada y Universidad de Jaén); también el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, servicios sociales de ámbito local, farmacias, sociedades científicas, empresas tecnológicas, Centros de Participación Activa, asociaciones de mayores y asociaciones de pacientes, entre otros.

Asimismo, contribuyen de forma esencial los planes estratégicos promovidos por la Junta de Andalucía como el IV Plan Andaluz de Salud o el Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia, los diferentes planes integrales (Estrategia de Cuidados, Plan de Atención Integral a Pacientes con Múltiples Enfermedades crónicas, Planes Integrales de Diabetes, Oncología, cuidados paliativos, entre otros) así como el compromiso enmarcado en la Estrategia de Especialización Inteligente de la región.

Andalucía desarrolla todo tipo de actividades en el marco de estas políticas y planes estratégicos que abarcan los tres pilares de la EIP on AHA y prácticamente todas sus acciones específicas.

Las buenas prácticas andaluzas presentadas son:

La Estrategia de Salud Digital de Andalucía (Diraya), como estrategia general que permite la integración de la información de cada paciente en Andalucía; y de forma específica la receta electrónica (Receta XXI) que mejora la accesibilidad de pacientes crónicos a la prestación farmacéutica, así como Clic Salud, acceso on-line a la historia digital de salud. También se incluye el desarrollo de la Historia Única Social (Resisor), el Servicio Andaluz de Teleasistencia o la Tarjeta Junta 65.

Entre los compromisos planteados resaltar el Examen de salud para mayores de 65 años, la iniciativa «Por un millón de pasos», las plataformas «Integrated4people» y «Cuidar-Cuidar-se», la «Escuela de Pacientes», o el Observatorio de Prácticas Innovadoras (OPIMEC).



## ENTIDAD DE REFERENCIA DE ARAGÓN: SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO-SALUD

El **Sector Sanitario de Barbastro (SSBAR)** es uno de los 8 sectores integrantes del **SALUD** (Servicio Aragonés de Salud) que es el proveedor público de servicios sanitarios en materia de atención primaria, hospitalaria, socio sanitario y salud mental en la región de Aragón.

Para la implantación de servicios en el marco del envejecimiento activo y saludable el SALUD sigue un proceso de pilotaje, evaluación, valoración, implantación y despliegue de los servicios clave identificados como casos de éxito, donde el SSBAR actúa como living-lab de iniciativas innovadoras. En su recorrido ha ido tejiendo una red próxima al centenar de aliados locales, regionales, nacionales y europeos en los que están presentes tanto organizaciones sanitarias como educativas, el sector tecnológico, la industria y también entidades que representan a los pacientes/ciudadanos.

La infraestructura tecnológica sobre la que se apoyan muchos de estos servicios se forjó a partir del proyecto Health Optimum (eTen C046273), y permite la construcción de una serie de aplicaciones «verticales» que facilitan la comunicación entre las diferentes estructuras asistenciales y compartir información. Estas aplicaciones incluyen teleconsultas (síncronas y asíncronas entre diferentes niveles y también al mismo nivel), teleconsejo y videoconferencia. Algunos ejemplos concretos de estas aplicaciones que ya se han desplegado o se tiene previsto desplegar en todo el territorio son la teledermatología (capacidad resolutoria en torno al 80%), la tele-retinopatía, la tele-psiquiatría, la tele-radiología, el tele-ictus, las tele-urgencias y la electrocardiografía digital.

En el ámbito preventivo, además de las líneas mencionadas anteriormente, existen otros programas desplegados con una gran cobertura: cribado de cáncer de cérvix (70,5% de cobertura), cáncer colo-rectal (89%), cáncer de mama (81,1%), screening de retinopatía diabética (cobertura del 73.3% en 2015), sordera en niños o programas para ancianos polimedicados.

Una de las líneas estratégicas de la organización es la atención al anciano crónico, donde varios programas han enriquecido el modelo de negocio del proyecto de telemonitorización DREAMING introduciendo la integración de cuidados horizontales entre proveedores con la ambición de poner al paciente en el centro en un marco de cuidados integrados. El proyecto PITES T Ayuda (ISCIII), los proyectos RESATER y e-RESATER (INTERREG SUDOE) y con un despliegue mayor el proyecto SMARTCARE (7PM ICT-PSP 325158) han sentado las bases hacia un modelo sostenible de atención integrada de calidad.

La promoción de estilos de vida saludables, la accesibilidad a la atención y mantener la autonomía de los pacientes forman parte de la misión del SALUD. Proyectos como SUSTAINS (CIP-ICT-PSP-2011-5 297206) y CSVI (Avanza2) han permitido capacitar al ciudadano en la gestión de su salud y le han facilitado el acceso a servicios clínicos a través de medios digitales.

El SSBAR como servicio público también se esfuerza en la difusión de conocimiento a través de participación en estudios como el SIMPHS3, redes de conocimiento como e-RESATER, proyectos coordinados en red como PITES, publicaciones como las dos buenas prácticas en el grupo EIP-AHA B3 y la participación en diversos seminarios y conferencias.

<http://sectorbarbastro.salud.aragon.es>



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

## ENTIDAD DE REFERENCIA DE ASTURIAS

El partenariado de innovación en envejecimiento activo de Asturias está formado por el Gobierno Regional, Cruz Roja de Asturias, dos centros tecnológicos (CTIC y PRODINTEC), la Fundación para el fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología, FICYT; el clúster Biomedicina y Salud de la Universidad de Oviedo, el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega IOFV y el Centro de Empresas e Innovación CEEI. Las tres ciudades asturianas con mayor número de habitantes: Oviedo, Gijón y Avilés, han dado también su apoyo a la candidatura y se irán incorporando a la dinámica de trabajo.

La candidatura se gestó tras varios años trabajando en cómo sacarles partido a las iniciativas y programas europeos para afrontar las consecuencias socioeconómicas de los cambios demográficos, en particular, del envejecimiento de la población, muy notable en Asturias (más del 22% de la población tiene más de 65 años).

Por una parte, se ha incluido la innovación socio-sanitaria en la Estrategia de Especialización Inteligente, y la dimensión regional del envejecimiento en los fondos europeos de inversión regional hasta 2020. Por otra, Asturias se ha incorporado a la DCRN, la red europea de regiones con desafíos demográficos; al *Covenant on Demographic Change*, el Pacto europeo por el cambio demográfico; y es activo miembro del Grupo de Trabajo Demografía y Envejecimiento de la macro región europea RESOE (regiones norte y centro de Portugal, Galicia, Asturias, Castilla y León).

Simultáneamente, la Universidad, los centros de investigación y las empresas han ido coincidiendo en programas europeos y proyectos de investigación alrededor del gran potencial de investigación, innovación y negocio en el ámbito de la *silver economy*, la economía de los productos y servicios destinados a la población de más edad. A ello se une la participación de investigadores de la Universidad vinculados al clúster Biomedicina y Salud en los grupos del EIP-AHA, desde la primera convocatoria.

Así se fue fraguando el interés y la voluntad de dar un paso adelante significativo, de consecuencias cualitativas para la innovación regional, que se concretó en la candidatura a Reference Site y en la calificación de dos estrellas.

El programa de trabajo a corto plazo del partenariado se centra en:

- La elaboración de una Estrategia Asturiana de Envejecimiento Activo;
- La realización de acciones piloto innovadoras, contando con los recursos asistenciales de la administración y la Cruz Roja;
- La puesta en marcha de procesos eficaces de transferencia y *scale* de tecnología y conocimiento. En los próximos tres meses celebraremos en Asturias cuatro talleres de trabajo con expertos de Irlanda, Reino Unido y Holanda con el fin de avanzar en este terreno. El primero será sobre la experiencia de las Reference Site en este ámbito y cómo explotar todas las oportunidades que ofrece; en el segundo discutiremos sobre la herramienta de evaluación MAFEIP; y en el tercero, el caso de Groningen. Cerraremos con un último taller de recapitulación y conclusiones en el que participará la Comisión Europea.



## ENTIDAD DE REFERENCIA ILLES BALEARS

Las Illes Balears han sido reconocidas con dos estrellas como área de referencia en envejecimiento activo y saludable por la Comisión Europea. La candidatura ha sido promovida por la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud.

El envejecimiento de la población, la elevada prevalencia de las enfermedades crónicas y las tecnologías de la comunicación han supuesto un cambio radical en las demandas de salud de los ciudadanos. Tradicionalmente, la sociedad ha esperado que el sector sanitario asumiera las cuestiones que afectan a la salud y las enfermedades. Hoy sabemos que los servicios sanitarios no son el factor principal que determina la salud de las personas. Los individuos y sus conductas están muy influenciados por las redes sociales y la comunidad donde viven y de la capacidad de éstas para poder apoyarlos. Las condiciones de vida y de trabajo, las condiciones de la vivienda, la educación recibida, los alimentos, el acceso a servicios básicos y el entorno, los espacios verdes, el transporte, etc., también determinan nuestra salud. Y todos dependen de las condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y ambientales en que se desarrolla la sociedad. Esta visión integral de la salud es absolutamente necesaria para comprender y hacer frente a los problemas de salud que la población padece y por los que mueren.

Conscientes del reto que ello supone, la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad y la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad del Ministerio de Sanidad, ha servido de marco de referencia. El servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Participación establece así su Estrategia a partir de las funciones básicas de la promoción de la Salud basadas no solamente en fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. Para implementar acciones eficientes resulta imprescindible:

- Combinar los esfuerzos de todos los socios estratégicos.
- Promover y facilitar el partenariado con todos los grupos de interés implicados.
- Reducir las desigualdades en salud actuando en grupos desfavorecidos.
- Conseguir las capacidades necesarias para lograr el éxito.
- Basarse en intervenciones de evidencia científica demostrada.
- Reconocer la necesidad de innovar, investigar, evaluar y tener continuidad a lo largo del tiempo.

Los esfuerzos para lograr cambios de comportamiento son más efectivos cuando se actúa a diferentes niveles: sociedad, instituciones, organizaciones y grupos de interés. Para ello se ha identificado y creado alianzas con distintas entidades, tanto de carácter público como privado, que trabajan en el ámbito del envejecimiento: Administración local y regional: Ayuntamientos (Palma y otros municipios),

Departamento de Movilidad e Infraestructuras (Smart Cities, Proyecto Europeo CIVITAS dínamo), Consell Insular de Menorca, Consell Insular de Mallorca (Observatori de les Persones Majors de Mallorca), Agencia Balear de Turismo, Conselleria de Transports, UIB (Universidad de las Islas Baleares), Instituto de Ciencias de la Salud Investigación (IDISPA), Grupo PREDIMED, CIBER-OBN, Grupo de nutrición comunitaria y estrés oxidativa, Asociación de Dietistas y Nutricionistas, y sociedad civil (AAVV, Amipas, ONG, ciudadanos...).

## **Buenas prácticas presentadas**

### ***Rutas saludables en los Centros de Salud***

Ciertas características del entorno urbano pueden estimular o desincentivar el hábito de caminar, repercutiendo así sobre el estado de salud de la población. Así surge el concepto de caminabilidad (walkability), definido como el grado por el que el ambiente urbano promueve el hábito de caminar. Se ha demostrado que aspectos como la funcionalidad (el tránsito, el diseño de las calles etc.), la seguridad o la estética influyen sobre el hábito de caminar de las personas, aspectos a tener en cuenta a la hora de establecer medidas de promoción de la actividad física diaria en la población.

En 2008, la Dirección General de Salud Pública y Participación puso en marcha el «Proyecto de rutas saludables» (<http://e-alvac.caib.es/es/rutas-portada.html>) siguiendo las directrices de la Comisión Europea (Horizonte 2020) y en consonancia con los pilares de EIP-AHA. Este proyecto se impulsa en estrecha colaboración con Atención Primaria del Servicio Balear de Salud cuyos objetivos son: 1) diseño de rutas saludables alrededor de los Centros de salud (CS) 2) promover la actividad física en pacientes y población en general, 3) fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y las comunidades implicándoles en la toma de decisiones para mejorar y mantener su salud y capacidad funcional a largo de todo el curso de vida y 4) fortalecer la colaboración entre los profesionales de la salud, especialistas en transporte y planificadores urbanos para ayudar a introducir la perspectiva de la salud en otros sectores no sanitarios (salud en todas las políticas de la estrategia -HiAP-).

Mediante un proceso de participación comunitaria, las rutas son diseñadas por la comunidad (DGSPiP, Centros de Salud y tejido social de la zona). De este modo se pretende fomentar el empoderamiento en salud de la comunidad a partir de proyectos cercanos a su entorno y que la propia comunidad se sienta protagonista. Como resultado final, se va tejiendo una red de rutas que se pueden practicar tanto individualmente como en grupo para mejorar la calidad de vida de las personas y la cohesión social de los barrios.

Hasta el momento se han adherido al proyecto el 72% de los Centros de Salud de les Illes Balears. El proyecto ha sido reconocido en 2015 como Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud (BBPP) y en 2014 le fue otorgado el Premio NAOS a la iniciativa sanitaria otorgado por la Agencia Española de Consumidores y Seguridad Alimentaria AECOSAN.

En estos momentos se trabaja para ofertar este activo al sector turístico como una actividad de ocio relacionadas con el turismo amigable con los mayores y promover un turismo respetuoso con la edad.

## ENTIDAD DE REFERENCIA «CATALONIA» (REACREDITACIÓN)

El Reference Site liderado por AQUAS/TicSalut/HUBc (4 estrellas), bajo la coordinación de AQUAS, es una alianza respaldada por el Govern de la Generalitat de Catalunya, los principales hospitales, universidades, centros de investigación y sectores productivos estrechamente vinculados con el desarrollo tecnológico e innovación en los ámbitos social y sanitario con el objetivo de ofrecer un modelo de atención personalizada y centrada en el paciente y para afrontar el reto del envejecimiento progresivo de la población y sus consecuencias sobre el sistema sanitario.

El Reference Site «Catalonia» representa un modelo integral con la implicación de los actores para crear un ecosistema dinámico que genere efecto multiplicador en prevención, cribado y detección precoz, atención y tratamiento y envejecimiento activo y vida autónoma.

Diversas estrategias y políticas de innovación en salud en Catalunya, (como por ejemplo, Estrategia de investigación e innovación para la especialización inteligente RIS3CAT y el Plan de Salud de Catalunya) están alineadas con el paradigma de la cuádruple hélice para dar respuesta a los retos a nivel regional y europeo en el corto y largo plazo. De este modo, el Reference Site representa el vínculo entre gobierno, proveedores de salud, instituciones formativas, institutos de investigación y transferencia y empresas TIC, lo cual constituye una alianza de los principales actores para la aplicación del modelo del *Triple Win* en el Reference Site. La alianza se completa con la aplicación del conocimiento al sector productivo, en la creación de nuevas actividades económicas y en la mejora y consolidación de una red industrial de biotecnología, tecnología médica y empresas biomédicas.

Los miembros del Reference Site son muy activos en las áreas de prevención y asistencia de patologías relacionadas con la edad: cáncer, enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas y metabólicas, salud mental, prevención a través de la dieta y nutrición, aterosclerosis, problemas causados por caídas, entre otras. En particular, la iniciativa presenta una serie de buenas prácticas impulsadas por los miembros, que tienen incidencia sobre los tres pilares del European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, entre las cuales se pueden contar las siguientes:

- AQUAS.
  - Public Procurement of Innovation in Healthcare.
- Health Universitat de Barcelona Campus.
  - NEXTCARE-Personalized care of chronic patients in a digital health framework.
  - The COLONPREV Study – Programmatic Screening for Colorectal Cancer.
- Institut Català de la Salut.
  - GeriatrICS project – Support to chronicity and prescription adequacy in nursing homes.
- IDIAP Jordi Gol.
  - Impact of Community-based Program on Frailty Prevention and Frailty Mitigation (ICP-FPM).

- Insitut Pere Mata.
  - Mental Health Platform from Tarragona Province.
- IRB Lleida.
  - ILERVAS: El Bus de la Salut.
- TICSALUT.
  - AppSalut website and Digital Health Platform.
  - Integration of social and healthcare systems (IS3).
- Vall d'Hebron Institut de Recerca.
  - Ictus project.
- Consorci Sanitari del Garraf.
  - ECHORD++ Innovative technology for Comprehensive Geriatric Assessment (CGA).
- Institut Guttmann.
  - GNPT Guttmann Neuro Personal Trainer®.



Ajuntament de Badalona



## ENTIDAD DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BADALONA

La ciudad de Badalona es reconocida como referente nacional e internacional en materia de salud y bienestar, y lo es desde todas las vertientes ligadas a este ámbito: la promoción de la salud, la prevención, la asistencia sanitaria, la atención socio-sanitaria, la docencia y la investigación biomédica.

El campus Can Ruti, en la sierra de Marina, concentra instituciones del ámbito de la salud de primer orden, con nombres propios como el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, la Fundación Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud Germans Trias i Pujol, el Instituto Catalán de Oncología, del Instituto de Investigación del Sida IrsiCaixa, el Instituto de Medicina Preventiva y Personalizada del Cáncer, el Instituto Guttmann, el Instituto Josep Carreras para la Investigación contra la Leucemia o el CEESCAT. Más integrados en la trama urbana, encontramos los centros de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS) y los de Badalona Servicios Asistenciales (BSA), esta última, una organización sanitaria integral municipal que presta servicios sanitarios y sociales y que cubre todos los niveles de atención: primaria, especializada, socio-sanitaria y la dependencia.

Una de las características que ha definido a lo largo de la historia en el Ayuntamiento de Badalona y que sigue siendo uno de sus pilares, es su enfoque de organización centrada en las personas. Esta apuesta por un modelo basado en la salud, ha sido posible gracias a una estrategia de desarrollo de servicios de proximidad en los barrios y las personas, a un modelo de trabajo cooperativo e intersectorial. De esta manera, la ciudad dispone actualmente, de una buena infraestructura de servicios para atender la salud y el bienestar de la población y para seguir siendo líder a nivel catalán, a nivel de España y también a nivel internacional en esta materia. Badalona se encuentra ahora en la mejor situación para dar un paso adelante y afrontar un nuevo reto: construir un modelo de ciudad orientado al envejecimiento activo y saludable que la haga convertirse en una ciudad de referencia en este ámbito.

Podríamos decir, que hay cinco grandes características que definen la especialización de Badalona y que comprenden: 1) Voluntad de ejercer el liderazgo local de las políticas de salud y sociales de la ciudad; 2) Cobertura completa del continuum asistencial: prevención, promoción y atención centradas en la persona y con una visión comunitaria y poblacional; 3) Orientación hacia la co-gobernanza y el papel activo de la ciudadanía en la toma de decisiones; 4) Priorizando la actuación sobre los determinantes de desigualdad en salud, actuando sobre las personas más vulnerables para lograr más equidad en salud; 5) Dar prioridad a una Estrategia hacia la innovación y la investigación basadas en el uso de las nuevas tecnologías.

El alcance territorial del proyecto comprende principalmente la región sanitaria del Barcelonés Norte y Bajo Maresme, donde el Centro Socio-sanitario el Carmen llega a una población de referencia de 445.000 personas. Los municipios incluidos en esta región sanitaria son: Badalona, Santa Coloma de Gramenet, Sant Adrià, Montgat, Tiana, Alella, Teià y Masnou.

Los miembros del ecosistema del Centro de Referencia de Badalona, ordenados según los tipos de actores definidos en la Cuádruple Hélice de la innovación son:

- **Gobierno y proveedores de salud y social:** Ajuntament de Badalona, Institut Municipal de Promoció de l'Ocupació (IMPO), Badalona Serveis Assistencials, Institut Català de la Salut (ICS), Institut Municipal de Serveis Personals, Unitat de Salut Laboral del Barcelonès Nord i Baix Maresme, BCIN, Institut Guttmann, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol y la Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol;
- **Academia e investigación:** Universitat Oberta de Catalunya y EURECAT;
- **Industria:** TUSGSAL, Costaisa, IN2, Atraura, Concatel Vanture, IPSILON, Farmàcia Montserrat Bernat y Open Evidence;
- **Sociedad civil:** Fundació Llegat Roca i Pi, Fundació Badalona Capaç, Creu Roja de Badalona, Càrites, Amics de la Gent Gran, Associació de familiars de malalts d'Alzheimer, Casal Pomar, Casal Can Canyadó, Casal Antoni Boada, Casal Can Mercader, Casal Congrés, Casal Nova Lloreda, Casal Pep Ventura y Associació de Veïns del Centre.



## **ENTIDAD DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BARCELONA: ASOCIACIÓN POR LA VIDA INDEPENDIENTE (AVI)**

AVI, ha sido galardonada con una estrella por la Comisión Europea como área de referencia en envejecimiento activo y saludable, en la demarcación de Barcelona.

El documento presentado contiene:

### **Presentación de la entidad**

Es una asociación sin ánimo de lucro, que tiene como principal finalidad desarrollar un trabajo asistencial con las personas con dependencia y discapacidad en el campo de los productos de apoyo (ayudas técnicas), la tecnología y la domótica desde un modelo de atención multidisciplinar.

Realiza formación a profesionales y estudiantes del ámbito sanitario y social.

En el ámbito de la investigación, dispone de un laboratorio tecnológico experimental, donde se desarrollan los productos de apoyo más convenientes para el colectivo de afectados, así como las aplicaciones informáticas y domóticas necesarias. Es el referente en investigación, desarrollo, innovación y validación de productos de apoyo y de la tecnología aplicada a las personas con dependencia. El año 2008 creó el Centro de Vida Independiente, (CVI) -Vivienda Digital Accesible- Es un centro asistencial donde se presta servicio a personas dependientes, evaluando las productos y tecnológicas más adecuadas para cada persona para fomentar y mejorar la autonomía personal y la seguridad en su hogar o en su entorno habitual y evitar la sobrecarga familiar. El CVI se basa en la asistencia personalizada, donde se valora al usuario teniendo en cuenta diversos factores (relativos al estado físico o psíquico) hasta los aspectos más sociales o de contexto ambiental. Las instalaciones del CVI, están equipadas para para realizar la valoración de la persona, con productos de apoyo en un espacio real se realiza una prescripción adecuada a las necesidades de la persona y/o la familia. El CVI dispone de los productos de apoyo para realizar las transferencias, desplazamientos, actividades básicas de la vida diaria, comunicación, seguridad...

### **Población de cobertura**

Población de cobertura de personas atendidas: 5.500 personas mayores con dependencia y/o con discapacidad.

### **Entidades colaboradoras y participan en los proyectos que desarrolla la entidad**

- Entidades Privadas colaboradoras: Mutual Médica, Mutuam, Colegio de Médicos de Barcelona, Fundación Alzheimer Catalunya, Fundación ICTUS, FATEC (Federación de Entidades de personas mayores de Catalunya) Federación ECOM.
- Entidades Públicas que participan y colaboran en los proyectos: Ayuntamiento de Barcelona y Consorcio Sanitario de Barcelona.

- Universidades: Riskcenter/Universidad de Barcelona, Facultad de Informática de Barcelona, de la UPC. Centros de Investigación: EURECAT y I2Cat.

## **Programas que realiza la entidad evaluados con los estándares de buenas prácticas**

### **1. Programas dirigidos a personas mayores con dependencia y/o discapacidad**

1.1 Programa de adaptación y funcional en el hogar. Con la participación y cofinanciación del Ayuntamiento de Barcelona, dirigido a personas mayores de 65 años de la ciudad de Barcelona, con escasos recursos económicos. Se basa en la instalación y la capacitación en el uso de Productos de Apoyo y/o adaptaciones en el domicilio (reformas) previo estudio de las limitaciones funcionales, para mejorar aspectos como: condiciones de habitabilidad autonomía personal y / o accesibilidad y la seguridad., así como prevenir su exclusión social. Los profesionales del CVI imparten la formación al usuario y/o familia sobre la utilización, manejo y limpieza de los productos de apoyo. Realiza el seguimiento de las intervenciones realizadas para conocer su satisfacción. No tiene coste económico para el usuario.

1.2 Programa Vivir en casa. Personas de la provincia de Barcelona. Realizar la valoración de la persona y de su domicilio e indica los productos de apoyo y/o adaptaciones necesarias para mejorar la autonomía y la seguridad. A diferencia del Programa de adaptación Funcional, el coste de los productos de apoyo y las obras corren a cargo de los usuarios. Se realiza asesoramiento durante la intervención y los profesionales del CVI dan la formación al usuario sobre el manejo de las ayudas. Realiza el seguimiento de las intervenciones realizadas para conocer su satisfacción y estado de mejora.

### **2. Proyectos para personas con una discapacidad sobrevenida**

2.1 Proyecto piloto adaptándonos a casa. Financiado por el Instituto Municipal de Personas con discapacidad del Ayuntamiento de Barcelona y con la colaboración del Consorcio Sanitario de Barcelona. Dirigido a personas menores de 65 años con una discapacidad adquirida, ingresadas en un centro sanitario que no tienen los conocimientos, ni de productos de ayuda o adaptación del hogar, necesarios para abordar la nueva situación. Se valora a la persona y sus necesidades en el centro sanitario y se va al domicilio y se le colocan los productos de apoyo y/o realizan la adaptaciones necesarias para que cuando retorne a su domicilio pueda ser autónomo y este seguro en su domicilio. Sin coste económico para el paciente.

### **3. Proyectos de Investigación**

3.1 Proyecto Europeo AAL – ASSAM (Alemania, Holanda y España): Para compensar la disminución de las capacidades físicas y cognitivas tales como el equilibrio inestable, la disminución del área visual, o la demencia leve, se desarrollan tres tipos de plataformas de movilidad diferentes: un andador, una silla de ruedas y un triciclo. Mediante la incorporación de las últimas tecnologías de navegación y posicionamiento, estos dan soporte a la movilidad cotidiana y la autonomía, mejorando las transferencias y los desplazamientos de estos colectivos. Terminado.

3.2 UB, Riskcenter, Ayuntamiento de Barcelona y AVI. Valoración de los programas asistenciales que desarrolla la entidad en relación a la mejora del estado de la salud y social y análisis de coste-beneficio de estos.

3.3 EURECAT y AVI. Proyecto EKAURI teleasistencia con sensores en los hogares de las personas mayores para vigilar su estado de salud.

#### **4. Formación**

4.1 A profesionales del ámbito de la salud y social. Alumnos de Institutos de secundaria de grado medio y grado superior de atención a la dependencia y de integración social.

4.2 A cuidadores y familias.

4.3 Personas mayores y personas con discapacidad.

#### **5. Proyectos de cooperación internacional**

5.1 Transferencia del Conocimiento del Programa de Adaptación Funcional en el Hogar, a Puente Alto (Santiago de Chile).



## ENTIDAD DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE TERRASSA: HEALTH CARE INNOVATION LAB ORBITAL 40

Health Care Innovation Lab Orbital 40 es miembro de ENoLL y está formado por tres grandes hospitales universitarios, tres universidades con campus de excelencia, diversas organizaciones y clústeres de negocios y un grupo de empresas que trabajan con dispositivos médicos. Todas estas entidades están desarrollando proyectos de Innovación y Desarrollo orientados hacia el mercado y enfocados en tres áreas principales: Envejecimiento Saludable, Vida Saludable, Gestión Sanitaria (Cost-Efectiva), Nuevas Tecnologías (Fotónica) aplicada a la asistencia sanitaria. Nuestro Health Care Innovation Lab es parte de la Estrategia de Innovación de la Ciudad de Terrassa que ha solicitado Fondos FEDER dentro del RIS3 Estrategia Catalana y RIS3 Europa. Dando respuesta a las necesidades de salud de la población basado en el desarrollo de proyectos que permiten que las aplicaciones tecnológicas tengan escalabilidad dentro del Sistema de Salud Catalán, Español y Europeo. Nuestro Health Care Innovation Lab Orbital 40 también ha solicitado adherencia como miembro del EIT Health Living Lab y Test Bed European Network y es miembro del Nodo Español de los Co-location Centres.

Dentro de la Estrategia Catalana y RIS3 Europa, este pasado mes de julio nuestro Living Lab ha conseguido formar parte de la Comunidad en Salud – Tecnologías Aplicadas a la Salud. Las comunidades son agrupaciones voluntarias de empresas y agentes del sistema de R+D+i, que por medio de proyectos de 3 años de duración, crearan nuevos productos y servicios dando respuesta a las necesidades de la sociedad a través de la innovación. Está innovación impulsará la creación de empleo de un nivel técnico y científico alto.

Esta comunidad busca crear un espacio de colaboración y trabajo conjunto para dar respuesta a las demandas y retos de los agentes que configuran el sistema sanitario por medio de las tecnologías de la salud.

Se busca mejorar la competitividad de las empresas y centros en este ámbito, con un enfoque innovador y transversal centrado en el paciente. Participando en los proyectos de la Comunidad Tec-Salut, se encuentra el Consorci Sanitari de Terrassa (CST), miembro del nuestro Living Lab y del Reference Site. (<http://www.scale-aha.eu/rs2016-results.html>)

Proyectos dentro de la Comunidad son:

- Idneo Technologies SA. Biopsia 3d por tomo síntesis. 5 participantes.
- EAP Osona Sud Alt Congost SLP. Estudios preclínicos y clínicos aplicación nano-vesículas (quatsomes) con egf úlceras venosas crónicas. 7 participantes.
- Intelligent Pharma SLP. La diabetes como acelerador de deterioramente cognitivo y la enfermedad de Alzheimer: abordaje e adherencia. 7 participantes.
- Hospital Sant Joan de Déu. Acadom: asegurando la continuidad asistencial domiciliaria. 6 Participantes.

Leitat también es Associate Partner de InnoLife (@EIT\_Health) KIC (Knowledge and Innovation Communities) de salud y envejecimiento activo. Consorci Sanitari de Terrassa (CST), miembro del Health Care Innovation Lab Orbital 40, también es Associate Partner del KIC de la Universidad de Barcelona HUBc, desde el 2014 en la resolución ECO/53/2014 de bases de la convocatoria de ayudas para incentivar la participación y el liderazgo en entidades con sede en Cataluña para convertirse en «colocation center» (CLC) de una comunidad de conocimiento (KIC) con la finalidad de preparar los programas de financiación de la investigación e la innovación de la UE, Horizonte 2020, en los ámbitos de la salud y el bienestar y la alimentación.

Dentro del EIT\_Health Living Labs & Test Beds y como líder, la Universidad Politécnica de Madrid, Health Care Innovation Lab (Leitat) participa como Associate Partner en la actividad enfocada en la generación de ideas y valorización por medio de una red de living labs y test-bed. Esta actividad reducirá el tiempo de start-ups y PYMES de poder lanzar productos y servicios dentro del enfoque del EIT Health. Estas instalaciones de Living Lab (LL) y Test-Bed (TB) proporcionan un entorno con end-users reales.

El Health Care Innovation Lab también se ha presentado como un ecosistema en innovación dentro del «Proyecto de Especialización y Competitividad Territorial (PECT)», vinculado a la innovación en el ámbito de la salud, al programa FEDER de Cataluña 2014-2020 y al RIS3CAT. Impulsado por el Ayuntamiento de la ciudad de Terrassa e integrado por nueve empresas e instituciones locales.



## ENTIDAD DE REFERENCIA DE COMUNIDAD VALENCIANA (REACREDITACIÓN)

El *reference site* de la región de Valencia (OPESVAL) es una red de organizaciones liderada por la Consellería de Sanidad de la Generalidad Valenciana, la cual incluye una red centros de investigación en salud, así como, empresas, universidades, centros tecnológicos y diversas organizaciones profesionales y de investigación sin ánimo de lucro.

El eje central de esta red es el Servicio Valenciano de Salud (SVS), el servicio público que depende de la Generalidad Valencia, el SVS trabaja bajo la filosofía de la cobertura universal (97% de la población), y opera una extensa red de hospitales y centros de atención primaria. En este contexto, el servicio de atención es gratuito y costado por los presupuestos regionales (6.000 millones de euros in 2015). El SVS está organizado en 24 departamentos de salud repartidos por toda la geografía regional cubriendo la mayoría de ellos entre 150.000 y 250.000 ciudadanos, cada uno de ellos está conectado con un hospital que da cobertura a todos los pacientes de su área. La atención primaria está organizada en zonas locales (entre 5,000 and 25,000 personas) integradas en sus respectivos departamentos de salud.

El SVS usa un sistema electrónico común de almacenamiento y tratamiento de la información de todos los ciudadanos, consiguiendo un alto nivel de integración, centralización y rendimiento de los datos almacenados. En esta línea el SVS ha creado diversas iniciativas innovadoras para el tratamiento de las enfermedades multi-morbidas. La investigación en salud y biomedicina de todo este sistema se desarrolla en seis fundaciones públicas (sumando en total más de 2.000 investigadores), las cuales interactúan de manera coordinada en proyectos, actividades e investigaciones. Cabe destacar que las acciones internacionales de estas fundaciones se coordinan a través de **OPESVAL, la Oficina de Proyectos Europeos de la Comunidad Valenciana** ([www.opesval.eu](http://www.opesval.eu)).

### Principales socios

- Consellería de Salud Universal y Salud Pública y las fundaciones de investigación clínica (INCLIVA, IIS La Fe, CIPF, FISABIO, FIHGUV and FHPCS).
- Consellería de bienestar social.
- Ayuntamiento de Valencia.
- Campus Internacional de Excelencia de Valencia (VLC/Campus).
- Universidad Politécnica de Valencia.
- ITACA-UPV.
- Universidad de Valencia.
- Centro de Investigación Polibienestar-UV.
- Inndea (VIT Salud).
- VLC Health.
- Health 2.0.

## EIP grupos de acción

### A1. Prescripción y adherencia al tratamiento.

- Adherencia al tratamiento relacionado con pacientes esquizofrénicos (FISABIO).

### A2. Prevención de caídas.

- Actividad física como estrategia en la prevención de las (POLIBIENESTAR).

### A3. Fragilidad y deterioro funcional.

- Estilo de vida para mejorar la fragilidad, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en mujeres que han superado cáncer o con diabetes (UV- INCLIVA).
- Intervención para reducir la fragilidad y las enfermedades crónicas después de la menopausia (CARMEN) cohort. (UV- INCLIVA).
- Educación para promover los hábitos saludables en nutrición, MOOC (UPV).
- Cuestionario de valoración de la malnutrición e intervenciones para reducir la malnutrición en personas mayores (UPV).
- Biomarcadores en sangre para el análisis del deterioro funcional y cognitivo en pacientes con enfermedades crónicas de hígado (CIPF-INCLIVA).
- Biomarcadores para el análisis del deterioro funcional y cognitivo a través de resonancia magnética en pacientes con enfermedades crónicas de hígado (CIPF-INCLIVA).
- Desarrollo y evaluación pre-clínica de nuevos métodos para la diagnosis temprano del deterioro cognitivo en pacientes con enfermedades crónicas de hígado y con encefalopatía hepática mínima (CIPF-INCLIVA).

### B3. Atención integral.

- Estratificación de las personas mayores con enfermedades crónicas es Valencia basada en atención primaria (POLIBIENESTAR).
- Mejora de las competencias del personal de atención social y de salud en tecnologías para mejorar la calidad de vida en Europa (POLIBIENESTAR and UPV).
- Un modelo de atención integral basado en procesos de toma de decisiones (POLIBIENESTAR).
- Atención sanitaria personalizada para la gestión de enfermedades cardiovasculares (UPV-LINK project).
- Promoción de la formación en temas de salud digital para los pacientes y sus familias (UPV).

### C2. Autonomía de vida.

- Facilitación de la estandarización de las tecnologías AHA a través de cooperación entre diversas iniciativas (UPV y los proyectos: REAAL y UNIVERSAAL).

### D4. Innovación amigable en ciudades y entornos.

- Empleo amigable (POLIBIENESTAR).

- TIC amigables para promocionar AHA y la inclusión social (POLIBIENESTAR).
- Turismo amigable como estrategia de promover AHA y evitar la estacionalidad del turismo (POLIBIENESTAR).
- Ciudades inteligentes y sociedad en envejecimiento (POLIBIENESTAR).
- AHA en las agendas políticas en Europa (POLIBIENESTAR).
- Análisis, rastreo y fomento y ampliación de las mejores prácticas en AHA (POLIBIENESTAR).
- Diseminación y comunicación de resultados del D4 (POLIBIENESTAR).

## Contacto

Email: [valenciarefsite@opesval.eu](mailto:valenciarefsite@opesval.eu)



## ENTIDAD DE REFERENCIA DE GALICIA (REACREDITACIÓN)

Galicia ha sido reconocida con la calificación de 3 estrellas por la Comisión Europea como Reference Site en envejecimiento activo y saludable. La propuesta liderada por la Consellería de Sanidade de Galicia agrupa una coalición entre los que están el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) que cuenta con 14 hospitales, 493 centros de primaria, 111 centros de emergencia y 3 Institutos de investigación sanitaria y la Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS), entidad creada con la vocación de convertirse en el elemento nucleador del ecosistema de conocimiento e innovación en salud en Galicia (Fundaciones de investigación biomédica e Institutos de investigación sanitaria y el sector empresarial).

La Estrategia SERGAS 2020 ha sido aprobado con un presupuesto total de cerca de 18.000 M€. Esta estrategia se ha desarrollado teniendo en cuenta las singularidades de la población de Galicia, que se caracteriza por una alta tasa de población envejecida y dispersa. Las personas mayores representan hoy más del 23% de la población total y llegarán a casi el 25% a finales del 2020. Esta estrategia se basa en 4 ejes principales: 1) salud integral adaptada a las necesidades de los pacientes, familiares y cuidadores, 2) profesionales altamente comprometidos y cuidados por la organización, 3) gestión eficiente que contribuya a la sostenibilidad del sistema y 4) adecuación de las infraestructuras y equipación sanitaria a las necesidades de pacientes y cuidadores. Además el nuevo modelo de estilo de vida saludable basado en el envejecimiento es uno de los tres retos de la Estrategia de Especialización Inteligente de Galicia, RIS3, que movilizará casi 550 M€ para hacer frente a este reto.

El documento presentado por Galicia para su candidatura recoge las acciones e iniciativas que se han puesto en práctica en los últimos 3 años. Estas han sido implementadas en nuestro sistema sanitario para hacer frente al envejecimiento de la población gallega y abarcan todos los pilares del EIP on AHA. Entre estas acciones o buenas prácticas se han destacado tres:

1. Planes de innovación Innova-saúde y Hospital 2050 basados en prácticas de compra pública innovadora. El impacto de estos planes se refleja en 317 nuevos contratos, 145 compañías beneficiadas y 33 de licitaciones de CPTI y 1 de CPP.
2. Hogar digital: productos y servicios innovadores para mejorar la vida de los pacientes en su hogar y transformar el modelo de atención hacia un nuevo paradigma que tratará de mejorar la eficiencia de los procesos actuales y calidad de los servicios prestados.
3. Plataforma e-Saúde: plataforma que permite mejorar la información y comunicación entre los ciudadanos y los servicios de salud.

También se han mencionado las acciones que se están poniendo en marcha este año en este ámbito:

1. Código 100: plan de innovación creado para responder a los cambios demográficos de Galicia y promover un servicio de salud más moderno listo para abarcar las necesidades de una población envejecida. Cuenta con un presupuesto de 13 M€ cofinanciados con fondos FEDER.
2. EMPATTICS: cuyo objetivo es apoyar y equipar a los pacientes para ser activos autogestores de su enfermedad y minimizar la falta de adherencia. Proyecto de CPP de 5 M€ de presupuesto, dentro del programa H2020.



## ENTIDAD DE REFERENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

La Comunidad de Madrid tiene 6,436,996 habitantes (Fuente: INE, 1 de enero de 2015) con una tasa de envejecimiento del 16,7%. Esto significa que en nuestra región hay 1.083.776 personas mayores de 65 años. Teniendo en cuenta que alrededor del 8,4% de ellos son frágiles y otro 41,8% son pre-frágiles (datos del Estudio de Envejecimiento Saludable Toledo-TSHA), nuestro reference site daría cobertura a una población de 91,037 pacientes ancianos frágiles, más 453,018 ancianos pre-frágiles. Además, entre los restantes robustos, alrededor del 20-25% de ellos están en riesgo de pre-fragilidad y fragilidad, sobre todo los mayores de 75-80 años de edad.

La región de Madrid es la tercera región en inversión en salud en España. Este gasto representa el 36% de su presupuesto total. En 2015, el presupuesto final de la Región de Madrid para el Cuidado de la Salud fue de aproximadamente 7,6781 millones de euros, que representan 1,113.89 euros por habitante. El gasto farmacéutico en 2015 fue de alrededor de 2.113, € millones de euros. El presupuesto de salud aprobado del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) para el 2016 es de 7.274 millones de euros.

En los últimos años, Madrid ha estado haciendo un esfuerzo presupuestario importante para ofrecer unos servicios sanitarios con las últimas tecnologías para la salud y para el envejecimiento activo y saludable. Además, aunque todavía queda mucho camino por recorrer, Madrid es la región española con un mayor número de geriatras, y la región donde más geriatras residentes reciben su formación (38% del total en España). Los indicadores de cuidados muestran un gran rendimiento en términos de atención sanitaria a las personas mayores. Por otra parte, Madrid cuenta con el primer centro en Europa para la Investigación Clínica sobre Envejecimiento.

Entre las diferentes iniciativas desarrolladas por la Consejería de Sanidad-SERMAS, además de la organización de la atención clínica a las personas de edad de acuerdo a los criterios de proporcionar una atención integrada, coordinada, y continuada a través de los niveles asistenciales habituales (Unidad de Agudos, Unidades de Recuperación Funcional, Hospitales de Día, Consultas Externas, Unidades de Caídas y Fracturas, Unidades de memoria, Unidades de Cuidados comunitarios, etc.) se han promovido acuerdos con otras instituciones para producir sinergias en la prestación de atención sanitaria a las personas mayores ( «Tercera Edad Activa») y en el desarrollo de nuevos dispositivos tecnológicos para adultos mayores (Centro de Tecnología Biomédica de la Universidad tecnológica de Madrid; Universidad Pública de Navarra). En apoyo de esta gran esfuerzo, SERMAS-Hospital Universitario de Getafe lidera cuatro proyectos financiados por la UE (FRAILOMIC y MID-Frail, bajo el amparo del 7.º Programa Marco de la Salud, y FRAILCLINIC y FRAILTOOLS auspiciados por la DG-SANCO) y participa como socio en otros 5 proyectos (Deci y ACANTO, financiados por el H2020, SPRINTT, financiado por el IMI-1, Vivifrail, financiado por Erasmó + y FACET, y KIC-IET ), que abarcan las diferentes áreas de interés relacionadas con la fragilidad: detección, diagnóstico, tratamiento, formación y soporte tecnológico. A través de estos proyectos estamos ahora en disposición de ofrecer nuevos programas de ejercicio físico adaptados

a las condiciones físicas de los pacientes, de desarrollar nuevos dispositivos (un andador inteligente, por ejemplo) para las personas con limitaciones funcionales, de implementar nuevos programas de psico-estimulación para las personas con deterioro cognitivo leve, y de evaluar una plataforma para predecir, detectar y monitorizar la fragilidad. Todos estos proyectos están enfocados totalmente en las personas mayores que son frágiles o pre-frágiles, ya que reconocemos esta como la mejor estrategia para trabajar contra la discapacidad en las personas mayores.

Como un ejemplo de scaling up o de ampliación del marco regional a uno más amplio, en todo el país, hemos hecho contribuciones sustanciales a la Estrategia Nacional para la Detección y el Manejo de la Fragilidad y las Caídas, publicada por el Ministerio de Sanidad español en 2014 y aprobada por todas las regiones españolas (Comunidades Autónomas), como parte también de la Estrategia Nacional contra la cronicidad. También estamos plenamente comprometidos con varios grupos de acción de la EIP-AHA, con una especial atención al grupo A3 (La fragilidad y el deterioro funcional), que hemos coordinado desde el comienzo. Como consecuencia de todas estas iniciativas, planes y programas centrados en las personas mayores y con el fin último de promover siempre un envejecimiento activo y saludable, SERMAS-hospital de Getafe ha sido elegido para dirigir entre los más de 40 socios y 28 países de la UE, la acción conjunta sobre la Prevención de la Fragilidad, con el objetivo de construir un marco estratégico para el abordaje preventivo de la fragilidad a nivel europeo.



## ENTIDAD DE REFERENCIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

La Región de Murcia ha sido reconocida como Lugar de Referencia en Envejecimiento Activo por el compromiso adquirido con la atención a las personas mayores en el marco de la innovación, la investigación y la sostenibilidad. La candidatura ha sido promovida por la Coalición de Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable de la Región de Murcia, <http://blogs.murciasalud.es/coalicion-envejecimiento-murcia/>, que encabezada y coordinada por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, engloba a distintas entidades tanto de carácter público como privado, que trabajan en el ámbito del envejecimiento: <http://blogs.murciasalud.es/coalicion-envejecimiento-murcia/quienes-somos/>

- Instituciones de investigación: universidad, fundaciones...
- Sociedad civil: asociaciones de pacientes, consumidores, personas mayores, colegios profesionales...
- Empresas, principalmente de tecnología sanitaria y nutrición.
- Administración regional y local con competencias en salud, política social y desarrollo económico.

Algunas de las actuaciones que se están llevando a cabo en la Región son:

- En relación a las nuevas tecnologías aplicadas a la Salud, la utilización de la historia clínica electrónica, la extensión de la receta electrónica, o la posibilidad para los pacientes de consultar su historia clínica a través del Portal Paciente.
- Participación en redes y proyectos europeos dirigidos a personas mayores y pacientes crónicos como European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC), EU Wise, INCA, CHRODIS, SmartCare, o la participación en proyectos de nuevas tecnologías aplicadas a la salud (ReadiForHealth), y otros en los que la Región actúa como living lab tal como FIChe, destacando el papel de la Unidad de Innovación del Servicio Murciano de Salud, y de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia (FFIS) <https://www.ffis.es/>
- En cuanto a la atención sanitaria, entre otros, la Estrategia de atención a la cronicidad 2013-2015, Protocolo de voluntariado en hospitales, así como el Plan de Humanización de la Salud y Plan de Atención Integral de Enfermedades Raras que se están elaborando en la actualidad, y participación en Acciones Conjuntas Europeas sobre Resistencia Antimicrobiana, Enfermedades Crónicas y Tumores Raros.
- Entidades de investigación que enfocan su actividad investigadora en el envejecimiento, especialmente en el ámbito universitario, y con la presencia del Instituto de Investigación en Envejecimiento de la UMU.

- Hay que destacar por otro lado la importancia en la Región de Murcia de sectores económicos estratégicos relacionados con las personas mayores como son el turismo senior, de balnearios y de salud, y el desarrollo de empresas de nuevas tecnologías enfocadas a la salud, englobadas muchas de ellas en un cluster regional TICBiomed, así como el sector agroalimentación especializado en alimentos dirigidos a las necesidades específicas de las personas mayores.
- Otras actuaciones son las dirigidas a incorporar a las personas mayores en la sociedad, en la universidad, a familiarizarlos con las TICs, actividad física para mayores, encuentros intergeneracionales, y un largo etcétera, desarrollados tanto por entidades de ámbito regional como municipal.

Por último, resaltar que el compromiso regional con la innovación y la investigación queda recogido en la Estrategia para la Investigación e Innovación para la Especialización Inteligente de la Región de Murcia, RIS3MUR. [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2648&IDTIPO=140&RASTRO=c\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2648&IDTIPO=140&RASTRO=c$m)



## ENTIDAD DE REFERENCIA DEL PAÍS VASCO (REACREDITACIÓN)

El País Vasco ha sido reconocido con la máxima calificación (cuatro estrellas) por la Comisión Europea como área de referencia en envejecimiento activo y saludable. La propuesta, liderado por el departamento de salud del Gobierno Vasco agrupa una coalición de socios entre los que están el propio Gobierno Vasco (Departamentos de Salud y de Empleo y Políticas Sociales), Diputación Foral de Bizkaia, Osakidetza, la Universidad de Deusto, Universidad del País Vasco, la Fundación Matía, TECNALIA, IK4 y la Corporación Mondragón.

Para hacer frente al reto de la cronicidad, el envejecimiento y la dependencia, el País Vasco ha desplegado un enfoque global en el que todas las partes interesadas juegan un papel significativo. El modelo de atención vasco se basa en la prevención y promoción de la salud, el empoderamiento de los pacientes y la adherencia al tratamiento y la contribución a una mejor evolución integral de la salud. El modelo de Salud Vasco tiene como objetivo mejorar la atención centrada en el paciente mediante la mejora de la coordinación y la continuidad de la atención entre los niveles de servicio y la adaptación de la atención a las necesidades del paciente.

El envejecimiento requiere un cambio sociocultural para que coincida con el cuidado y la potenciación de las personas, abordando cuestiones como el envejecimiento en casa, la igualdad de género y la conciliación de la vida personal, familiar y la vida laboral. País Vasco ha definido un marco que combina asistencia sanitaria y social para dar servicio a la creciente demanda de ambas y lograr soluciones interoperables de vida independiente. El País Vasco ha establecido una infraestructura para la transferencia de conocimientos innovadores, entre sectores. Se está trabajando en las oportunidades a nivel local para hacer frente a la sostenibilidad y promover la innovación en la asistencia sanitaria, la promoción de áreas tecnológicas relacionadas con la salud donde existe una mayor capacidad de desarrollo y las oportunidad para el crecimiento económico y del empleo («economía de plata») con la creación de nuevos mercados para productos y servicios para vivir una vida más activa e independiente rentables.

El documento recoge la visión estratégica por el Gobierno Vasco hacia el reto del envejecimiento, cronicidad y dependencia (Plan de Salud 2013-2020, la estrategia vasca de Envejecimiento 2015-2020, las líneas estratégicas del Departamento de Salud, la Agenda Digital y otros) que han proporcionado apoyo explícito, distribuido liderazgo y creado capacidades en las organizaciones para transformar el sistema de salud y asistencia social en el País Vasco. Además refleja el compromiso europeo a través de la participación en múltiples proyectos y redes europeas de colaboración en los diferentes sectores.

Las actividades abarcan todos los pilares de la estrategia europea reflejada en el EIP AHA. Además de la evaluación de las estrategias globales desarrolladas en el País Vasco, se han presentado tres Buenas Prácticas:

## Buena práctica 1: Estrategia de Atención Integrada

La atención integrada es un aspecto clave para la **estrategia sanitaria vasca**, en la que se lleva trabajando varios años. De hecho fue presentada como buena práctica en el 2013 y galardonada con tres estrellas. Desde entonces el País Vasco ha continuado trabajando en esta dirección, de manera activa y comprometida, y la **atención integrada** ha continuado desarrollándose y evolucionando con el objetivo de mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes y de los ciudadanos en el País Vasco, desarrollando intervenciones de prevención, fomentando el empoderamiento de los pacientes y desarrollando planes individualizados de los pacientes.

Esta estrategia ha creado un **modelo de atención integral centrado en las personas y pacientes** capaz de proporcionar la continuidad de la atención tanto en salud como a nivel social. Se han implementado nuevas estructuras, procesos y herramientas que han permitido satisfacer las necesidades de salud de los pacientes en el País Vasco, con un alto grado de eficacia, eficiencia y coordinación entre los profesionales de la salud y trabajadores sociales.

Los elementos clave de esta Buena Práctica son:

- La creación de las Organizaciones sanitarias Integadas (OSI).
- Integración de los sistemas de comunicación.
- Utilización de las herramientas de estratificación de riesgo y planes de cuidados basados en las necesidades de los pacientes complejos.
- Incorporación de nuevas figuras de enfermería.
- Coordinación socio-sanitaria.
- Empoderamiento del paciente y plan de autocuidados.
- Planes de intervención integrados dirigidos a diferentes grupos /población.

## Buena práctica 2: La estrategia e-Salud (eHealth) del País Vasco

La estrategia de e-Salud apoya la atención integrada para abordar el envejecimiento, la cronicidad y la dependencia en el País Vasco. Esta estrategia incluye:

- **Osarean**, un modelo que proporciona un cuidado de las personas centrado en la prevención, seguimiento y asesoramiento de la salud.
- **Osabide Global**, donde se aloja la historia clínica electrónica unificada, un programa que proporciona información integral del paciente.
- **Osanaia**, que facilita la gestión de la atención por parte de enfermería, y permite configurar y gestionar los planes de cuidados de enfermería personalizados y modificarlos a medida que el paciente necesite.
- **Presbide**, el servicio de prescripción electrónica proporcionada por un sistema único para tanto atención primaria como especializada.

## Buena práctica 3: Euskadi Lagunkoia

**Euskadi Lagunkoia** es una iniciativa promovida por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y la **Diputación Foral de Bizkaia**, puesta en marcha con el apoyo de la Fundación Matia y la Universidad de Deusto respectivamente. Pretende incentivar la participación de las personas mayores y de la ciudadanía en general para la mejora de barrios y entornos en los municipios de Euskadi para

poder conseguir entornos amigables para las personas mayores reorganizando sus estructuras y servicios y así consiguiendo que sean accesibles y adaptadas a las diferentes necesidades y capacidades de los individuos.

Los **objetivos** de esta iniciativa son:

- Aprovechar el potencial que representan las personas mayores en la vida de los pueblos y ciudades de Euskadi como generadoras de bienestar.
- Crear y fomentar procesos de participación comunitaria.
- Crear una Red de iniciativas amigables en Euskadi.
- Facilitar la introducción de cambios en los entornos a fin de mejorar la calidad de vida de sus ciudadan@s.

ANEXO 2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL EIPonAHA

2.1 MATRIZ DE EVALUACIÓN

| Preguntas                                                                        | Subpregunta                                                                                                                               | Criterio                           | Indicador                                                                                                                      | Grado cumplimiento | Fuente                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Son los retos sociales una necesidad relevante para el desarrollo del programa? | ¿Está contrastada la hipótesis de los retos sociales?                                                                                     | Relevancia/ Pertinencia.           | Tasa de dependencia (1:2 (para el 2050)<br>Millones de +65años para 2060 (151 millones)<br>Incremento del PIB (2% (para 2060). | I                  | COM (2009)0180 <sup>1</sup><br>SIP <sup>13-15</sup><br>eHAP <sup>27,28</sup>                                                                            |
|                                                                                  | ¿Tiene el programa asignado recursos financieros para la implementación de las actividades?                                               | Relevancia.                        | Directos Euros/año: No<br>Indirectos: SI a través de otros programas.                                                          | I                  | SIP <sup>15</sup><br>H2020 <sup>39</sup><br>Together for Health <sup>40</sup><br>ETT <sup>43</sup><br>Otros <sup>44,45</sup><br>PROEIPAHA <sup>65</sup> |
|                                                                                  | ¿Cuántas DG están involucradas de forma significativa?                                                                                    | Relevancia.                        | Numero DG involucradas: 3 directamente.                                                                                        |                    |                                                                                                                                                         |
| ¿Ha conferido la Comisión Europea importancia estratégica al programa?           | ¿Se han activado mecanismos de consenso a diferentes niveles (Europeo, Estatal, Regional)?                                                | Relevancia/ Participación.         | Numero de niveles de toma de decisiones participantes: Europeo (Consejo de la U Europea, Parlamento) Regional y local.         |                    |                                                                                                                                                         |
|                                                                                  | ¿Se ha activado los sistemas de comunicación oficiales para la toma de decisiones (CE- Consejo de la Unión Europea- Parlamento)?          | Relevancia/ Participación.         | Número de documentos adoptados por más de tres instituciones europeas.                                                         |                    |                                                                                                                                                         |
|                                                                                  | ¿Está la gobernanza de estrategia aliada con la estructura de la toma de decisiones europeas y acorde con la relevancia de la estrategia? | Pertinencia/ Relevancia/Coherencia | Estructura permanente decisora.                                                                                                | IV                 | SIP <sup>15</sup>                                                                                                                                       |

| Preguntas                                                                                                                | Subpregunta                                                                                                                                  | Criterio           | Indicador                                                                  | Grado cumplimiento | Fuente                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿En qué grado las medidas presentadas están orientadas a resolver el problema del envejecimiento y la solvencia del SNS? | ¿Los objetivos del programa son apropiados para abordar la problemática?                                                                     | Pertinencia.       | N.º objetivos alineados con las necesidades.                               | II                 | SIP <sup>13-15</sup><br>AP de AGs <sup>46-51</sup>                                                                           |
|                                                                                                                          | ¿Es la innovación tecnológica (salud) y organizativa un factor de eficiencia del sistema y puede contribuir a resolver el problema?          | Pertinencia.       | Ganancia en calidad de vida<br>Numero de reingresos.                       | II                 | Documentos <sup>36-38,67</sup><br>SIP <sup>13-15</sup><br>AP de AGs <sup>46-51</sup> Encuesta                                |
|                                                                                                                          | ¿Existen barreras a la innovación que deben y pueden solventarse con las intervenciones desplegadas?                                         | Pertinencia.       | N.º barreras descritas.                                                    | I                  | SIP <sup>13-15</sup><br>eHAP <sup>27,28</sup><br>Consulta <sup>38</sup>                                                      |
|                                                                                                                          | ¿Las intervenciones y actividades presentadas están relacionadas directamente con los objetivos del programa?                                | Pertinencia.       | Numero de estrategias pertinentes.                                         | I                  | SIP <sup>13-15</sup><br>AP de AGs <sup>46-51</sup><br>RS <sup>52-55</sup><br>Scaling up <sup>56</sup>                        |
|                                                                                                                          | ¿La promoción y mejora de la gestión de la innovación es un motor económico y de competitividad en el mercado?                               | Pertinencia.       | Impacto de la innovación en el PIB.                                        | II                 | SIP <sup>13-15</sup>                                                                                                         |
| ¿Las políticas sobre el envejecimiento saludable están alineadas y coordinadas entre sí?                                 |                                                                                                                                              | Complementariedad. | Número de Programas alineados.                                             | I                  | SIP <sup>15</sup><br>H2020 <sup>39</sup><br>Together for Health <sup>40</sup><br>EIT <sup>43</sup><br>Otros <sup>44,45</sup> |
|                                                                                                                          | ¿El diseño del programa está basado en intervenciones que persiguen criterios de distribución de recursos a lo largo de los países de la UE? | Equidad.           | N.º instrumentos para potenciar la equidad: financieros, tecnológicos etc. | II                 | SIP <sup>15</sup><br>H2020 <sup>39</sup><br>Together for Health <sup>40</sup><br>EIT <sup>43</sup><br>Otros <sup>44,45</sup> |

| Preguntas                                                                                                                       | Subpregunta                                                                                                                                                                                 | Criterio                                    | Indicador                                                                                                    | Grado cumplimiento | Fuente                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Están todas las intervenciones y estrategias del EIP on AHA articuladas para la obtención de los objetivos?                    | ¿Las intervenciones diseñadas forman un conjunto de estrategias estructuradas y de coherencia interna, diseñadas para conseguir los objetivos?                                              | Coherencia Interna.                         | Número de intervenciones con marco apropiadas.                                                               | I                  | SIP <sup>13-15</sup><br>AP de AGs <sup>46-51</sup><br>Scaling up <sup>56</sup>    |
|                                                                                                                                 | ¿Cada intervención ha definido un plan de acción, en línea con el SIP y por tanto existe un alineamiento de cada intervención y sus actividades y los objetivos generales?                  | Coherencia Interna.                         | N.º planes de Acción alineados.                                                                              | I                  | SIP <sup>13-15</sup><br>AP de AGs <sup>46-51</sup><br>Scaling up <sup>56</sup>    |
|                                                                                                                                 | ¿Existe un marco de evaluación y monitorización para todas las intervenciones?                                                                                                              | Coherencia Interna.                         | N.º marcos.                                                                                                  | I                  | MAFEIP <sup>17,69,70</sup>                                                        |
|                                                                                                                                 | ¿Contiene la intervención un adecuado y práctico sistema de indicadores de resultado para realizar el seguimiento y la evaluación de la ejecución del programa, así como su grado de éxito? | Coherencia Interna/Implementación/eficacia. | N.º indicadores definidos en AP de cada intervención por objetivo.                                           | II                 | SIP <sup>13-15</sup><br>AP de AGs <sup>46-51</sup>                                |
| ¿Existe una estructura/actor/ modelo que asegure la perfecta sintonía y coordinación de todas las intervenciones y actividades? | ¿Existe una estructura/actor/ modelo que asegure la perfecta sintonía y coordinación de todas las intervenciones (además del apoyo de la CE)?                                               | Coordinación.                               | Número de estructuras/procedimientos que asegure el progreso coordinado de todo el programa a nivel técnico. | IV                 | SIP <sup>13-15</sup>                                                              |
|                                                                                                                                 | ¿Existe una estructura/actor/ modelo en cada intervención que asegure la perfecta sintonía y coordinación de todas las actividades?                                                         | Coordinación.                               | Número de estructuras/procedimientos de cada intervención.                                                   | I                  | AP de AGs <sup>46-51</sup><br>RS <sup>55</sup><br>Scaling up <sup>56</sup>        |
|                                                                                                                                 | ¿Existe solapamiento entre las actividades de los distintos AG?                                                                                                                             | Coordinación.                               | Número de actividades en más de 3 AG potencialmente solapadas o tratando temas comunes.                      | I                  | AP de AGs <sup>46-51</sup><br>Logros AGs <sup>58-64</sup>                         |
|                                                                                                                                 | ¿Existen medidas estructuradas para evitar dicho solapamiento?                                                                                                                              | Coordinación.                               | Número de estructuras/procedimientos para evitar duplicidades en el trabajo de las distintas intervenciones. | IV                 | SIP <sup>13-15</sup><br>AP de AGs <sup>46-51</sup><br>Logros AGs <sup>58-64</sup> |

| Preguntas                                                                                                                                          | Subpregunta                                                                                                                            | Criterio        | Indicador                                                                                          | Grado cumplimiento | Fuente                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Se han impulsado mecanismos de participación de los distintos partes interesadas en la fase de diagnóstico, diseño e implementación del programa? | ¿Qué mecanismos se han utilizado?                                                                                                      | Participación.  | N.º Actividades para involucrar a distintos actores: Sherpa, EEMM, Consulta públicas, Compromisos. | I                  | SIP <sup>13-15</sup><br>Sherpa <sup>35</sup><br>Consulta <sup>38</sup> Convocatoria por compromisos                                     |
|                                                                                                                                                    | ¿Los pacientes han estado representados?                                                                                               | Participación.  | N.º organizaciones de paciente/ciudadano en cada intervención.                                     | I                  | SIP <sup>13-15</sup><br>Sherpa <sup>35</sup><br>Consulta <sup>38</sup> Convocatoria por compromisos<br>Otros <sup>17,46-51, 58-64</sup> |
|                                                                                                                                                    | ¿Participan todos los miembros del UE?                                                                                                 | Participación.  | % países de la UE comprometidos con EIP.                                                           | II                 | Logros AGs <sup>58-64</sup><br>RS <sup>52-55</sup><br>Scaling up <sup>56</sup>                                                          |
|                                                                                                                                                    | ¿Participan todos los actores implicados?                                                                                              | Participación.  | N.º sectores de partes interesadas.                                                                | I                  | SIP <sup>13-15</sup><br>Sherpa <sup>35</sup><br>Otros <sup>17,38</sup>                                                                  |
|                                                                                                                                                    | ¿Los acuerdos se han alcanzado por consenso a través de deliberaciones en las diferentes fases y niveles?                              | Participación.  | N.º Documentos legales y de consenso de las instituciones europeas.                                |                    | SIP <sup>15</sup><br>H2020 <sup>39</sup><br>Together for Health <sup>40</sup><br>EIT <sup>43</sup><br>Otros <sup>44,45</sup>            |
| ¿Se han implementado todas las intervenciones y actividades planeadas?                                                                             | ¿Cuántas intervenciones y actividades se han implementado de las planeadas?                                                            | Implementación. | N.º de intervenciones y actividades implementadas.                                                 | II                 | Logros AGs <sup>58-64</sup>                                                                                                             |
|                                                                                                                                                    | ¿Tiene una estructura delimitada con responsables de tareas y monitores de la implementación?                                          | Implementación. | N.º de Coordinadores.                                                                              | I                  | AP de AGs <sup>46-51</sup><br>Logros AGs <sup>58-64</sup><br>RS <sup>55</sup>                                                           |
|                                                                                                                                                    | ¿Tiene sistemas logísticos disponibles que faciliten la comunicación y el avance del trabajo (plataformas virtuales, eeroom, mailing)? | Implementación. | N.º sistemas logísticos: Web, Yammer, ProEIPAH.                                                    | I                  | PROEIPAH <sup>65</sup>                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                    | ¿Tiene soporte logístico específico humano continuado además de la CE?                                                                 | Implementación. | N.º proyectos o contratos de apoyo logístico.                                                      | I                  | PROEIPAH <sup>65</sup>                                                                                                                  |

| Preguntas                                                         | Subpregunta                                                                                                                                                | Criterio                  | Indicador                                                                                                                        | Grado cumplimiento | Fuente                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                   | ¿La actual tendencia de la implementación asegura la transformación de los cuidados socio-sanitarios y la consecución del triple win para el 2020?         | Implementación/ Eficacia. | Número de metas u objetivos conseguidos.                                                                                         | IV                 | Logros AGs <sup>58-64</sup><br>RS <sup>52-55</sup><br>Scaling up <sup>56</sup><br>Encuesta |
| ¿Se han alcanzado los objetivos y metas planteados a medio plazo? | ¿Son los mecanismos de monitorización y reporte adecuados para objetivar el progreso de las intervenciones y medir los resultados en 2020 a nivel europeo? | Eficacia.                 | Numero de hitos alcanzados/hitos esperados<br>N.º intervenciones con MAFEIP implementado y reportado.                            | III                | Logros AGs <sup>58-64</sup><br>RS <sup>52-55</sup>                                         |
|                                                                   | ¿Se han reportado y son fácilmente comprobables los resultados de salud y cuidados de la actividad desarrollada?                                           | Eficacia/implementación.  | Indicadores de salud y cuidados.<br>Indicadores de eficiencia del sistema de salud y cuidados.<br>Indicadores de competitividad. | III                | Logros AGs <sup>58-64</sup><br>RS <sup>52-55</sup>                                         |

## 2.2 TABLAS DE RESULTADOS DE LOS GRUPOS DE ACCIÓN

| AG  | Objetivo/Meta General                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N.º socios/<br>compromisos*                   | Estados miembros                                                                                                                                                     | Indicador principal                          | Logros de los trabajos colaborativos (producción) | Logros de los compromisos individuales (producción) | Logros en términos de indicadores de resultados |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| AG1 | Producir tangibles programas de adherencia para varias enfermedades crónicas en 30 regiones para 2014.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 63 principales /68 de 31 países diferentes.   | Alemania, Bélgica, España, Holanda, Irlanda, Italia, Polonia, Portugal, Reino Unido y Suecia.                                                                        | N.º regiones con programas polivalentes: II. | I                                                 | 36% logrado<br>31% en progreso<br>II                | III                                             |
| AG2 | Tener programas operativos en diagnóstico precoz y prevención de caídas validados en al menos 10 EM ( 15 regiones) para el 2015.                                                                                                                                                                                                                                                          | 22 regiones.                                  | España, Francia, Holanda, Italia, Polonia, Portugal, Reino Unido y Suecia.                                                                                           | N.º regiones con programas: 23<br>I.         | I                                                 | III                                                 | III                                             |
| AG3 | Desarrollar e implementar sosteniblemente intervenciones para la prevención y la gestión global del declive cognitivo/funcional y la fragilidad. Producir programas validados de prevención del declive funcional y la fragilidad entre personas mayores, a través de herramientas, redes de colaboración e información alcanzando al menos a 1000 proveedores de cuidados, para el 2015. | 166 European organisation /199 compromisos.   | Austria, Bulgaria, Czech Rep., Estonia, France, Greece, Ireland, Latvia, Luxembourg, Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain, United Kingdom.                         | N.º proveedores: IV.                         | I                                                 | III                                                 | III                                             |
| B3  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Al menos 50 regiones con programas de gestión de casos para las enfermedades crónicas cubriendo al 10% de la población diana.</li> <li>- 2015-2020, escalar y replicar casos validados y probados en al menos 20 regiones en 15 EM.</li> </ul>                                                                                                   | 450 participantes representando 150 regiones. | Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, France, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia. | N.º región: 44.                              | I                                                 | III                                                 | IV                                              |

| AG | Objetivo/Meta General                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | N.º socios/<br>compromisos* | Estados miembros                                                                                                                   | Indicador principal | Logros de los trabajos colaborativos (producción) | Logros de los compromisos individuales (producción)      | Logros en términos de indicadores de resultados |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| C2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponer de estándares clave a nivel global y implementación validada de plataformas interoperables y soluciones para la vida independiente para el 2015</li> <li>- Disponer de pruebas del retorno de la inversión en estas soluciones y aplicaciones basadas en la experiencia de al menos 10 grandes proveedores, 100 PYMEs y 10.000 usuarios, para el 2015.</li> </ul> | 160 socios/61 compromisos.  | Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, IV. Finlandia, France, Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia. | Estándares clave    | I                                                 | III                                                      | IV                                              |
| D4 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Basándose en la iniciativa de la OMS sobre ciudades adaptadas al envejecimiento, conseguir una red de colaboración de ciudades, municipios o regiones comprometidas en la implementación y despliegue de soluciones adaptadas al envejecimiento. Para el 2012.</li> </ul>                                                                                                  | 100/390 compromisos.        | Todos los EE.MM.                                                                                                                   |                     | I                                                 | 44% de los compromisos logrados<br>12% en progreso<br>II | IV                                              |

\* Partes interesadas de diferentes...

2.3 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DE ESCALABILIDAD

Nota: El análisis de los logros de la estrategia de escalabilidad es orientativa, ya que se adoptó en diciembre del 2014, y por tanto ha tenido un corto periodo de implementación y por tanto están en implementación actualmente.

| Pasos                                 | Objetivos                                                                                                                                                                     | Propietario | Indicadores (Elaboración propia)                                                        | Grado cumplimiento | Fuente                               |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Construir una base de datos de BBPP.  | Desarrollar una base de datos online de buenas prácticas.                                                                                                                     | CE + Socios | Repositorio de prácticas innovadoras.                                                   | I                  | WebSite.                             |
|                                       | Apoyo a las partes interesadas a compartir sus experiencias.                                                                                                                  | CE          | N.º de prácticas en repositorio.                                                        | IV                 |                                      |
| Valorar la viabilidad de las BBPP.    | Recolectar herramientas y marcos de evaluación para la innovación en AHA.                                                                                                     | CE + Socios | N.º herramientas para la evaluación.                                                    | I                  | Yamer, AGs.                          |
|                                       | Proveer de un conjunto de indicadores y marcos que capaciten a las partes interesadas a valorar la viabilidad de las buenas prácticas.                                        | CE +Socios  | N.º indicadores de viabilidad consensuados.                                             | IV                 |                                      |
| Clasificación de BBPP para replicar.  | Proveer herramientas de clasificación de BBPP que identifiquen sus elementos transferibles sobre la base de características sistémicas, factibilidad y factores contextuales. | CE +Socios  | N.º Herramientas de evaluación de escalabilidad.                                        | IV                 |                                      |
| Facilitar a la socios la replicación. | Facilitar colaboración a través de dedicadas sesiones de duplicación.                                                                                                         | CE + Socios | N.º eventos.                                                                            | I                  | Conferencia de los Scios.            |
|                                       | Facilitar coaching y socios políticos entre diferentes países europeos.                                                                                                       | CE + Socios | N.º de actividades para facilitar la implementación<br>N.º de consorcios para duplicar. | I<br>IV            |                                      |
| Implementación.                       | Animar a las autoridades nacionales y regionales a la replicación de BBPP.                                                                                                    | CE          | N.º de actividades para facilitar la implementación.                                    | I                  | Twining call in 2016. Galardones RS. |
|                                       | Posibilitar la viabilidad de la BBPP que necesitan mejoras.                                                                                                                   | CE          | N.º prácticas mejoradas.                                                                | IV                 |                                      |

## ANEXO 3. ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE EL EIPonAHA Y SU IMPACTO EN ESPAÑA

### 3.1 ENCUESTA

#### Datos de filiación

Acepto y autorizo a que el informe publique mi nombre y filiación como colaborador: SI/NO

Nombre:

Organización y su dirección:

Profesión:

Puesto en la organización:

Puesto en el EIPonAHA: Coordinador AGs//Reference site.

Antigüedad en EIPonAHA: Desde 2011/2012/2013/2014.

Tipo organización:

- Pública de provisión de servicios de cuidados.
- Pública de Investigación, incluida universidades.
- PYME.
- Otro.

#### Criterio de relevancia

Determina la importancia del papel de las medidas en el marco más amplio de la política. Es decir, si el conjunto de intervenciones y sus actividades son acordes con las necesidades planteadas. Implícitamente va asociado a la movilización de recursos

**El programa se basa en la solución de un problema de alta importancia. Los retos sociales, el cambio demográfico, el desarrollo tecnológico y la crisis económica están poniendo en tensión la solvencia y sostenibilidad del sistema de bienestar europeo**

- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| – Totalmente de acuerdo..      | – Parcialmente de acuerdo..  |
| – Parcialmente en desacuerdo.. | – Totalmente en desacuerdo.. |

#### **La Comisión Europea ha conferido importancia estratégica al programa**

- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| – Totalmente de acuerdo..      | – Parcialmente de acuerdo..  |
| – Parcialmente en desacuerdo.. | – Totalmente en desacuerdo.. |

#### Criterio de pertinencia

Grado en el que el conjunto de medidas están orientadas a resolver la necesidad o el problema. En particular, la verificación de la existencia de objetivos definidos y la

calidad de su formulación, es decir, en qué medida los objetivos del programa constituyen una respuesta al problema planteado

**Los objetivos del programa («triple win») son apropiados para abordar la problemática planteada**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo..     | - Parcialmente de acuerdo.. |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**Las intervenciones presentadas están relacionadas directamente con los objetivos del programa**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**La innovación tecnológica (esalud) y organizativa es un factor de eficiencia del sistema y puede contribuir a resolver el problema**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**Es esencial para la obtención del «triple win» romper las barreras a la implementación de la innovación. EL EIP actúa de forma adecuada en ellas**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**Las intervenciones son necesarias y suficientes para producir el cambio del modelo de cuidados para hacer frente al reto del envejecimiento**

- |                                            |                                      |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.                   | - Son necesarias pero no suficientes |
| - No todas son necesarias y no suficientes | - No son necesarias ni suficientes   |

**Las actividades desplegadas por cada intervenciones son necesarias y suficientes para producir el cambio del modelo de cuidados para hacer frente al reto del envejecimiento**

- |                                            |                                      |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.                   | - Son necesarias pero no suficientes |
| - No todas son necesarias y no suficientes | - No son necesarias ni suficientes   |

### **Criterio de complementariedad**

Grado de coordinación o alineamiento entre dos políticas que intervienen en la resolución del problema

**El EIP on AHA está alineado con el resto de políticas de la UE en materia de envejecimiento saludable (H2020, fondos estructurales, Agenda digital, etc.)**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

## Criterio de equidad

El grado en que las intervenciones siguen criterios distributivos, equitativos y no discriminatorios

**El EIP on AHA propone cambios estructurales en la provisión de servicios de salud que mejoren la equidad en el acceso a los mismos y la universalidad de los servicios**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

## Criterio de coherencia interna

El grado de articulación y equivalencia entre los objetivos planteados y las estrategias diseñadas para su consecución

**Los distintas intervenciones que incluye el EIP on AHA forman un conjunto de estrategias estructuradas y de coherencia interna, diseñadas para conseguir los objetivos generales**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

**Cada una de las intervenciones han definido un plan de acción en línea con el Plan estratégico de implementación del EIP on AHA y por tanto existe un alineamiento entre los objetivos generales y específicos de cada intervención y sus actividades**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

## Criterio de coordinación

El cotejo de la armonización de las distintas acciones incluidas, esto es, el grado de acoplamiento entre las acciones llevadas a cabo por los diferentes actores dentro de cada una de las intervenciones. Así como, el grado de solapamientos entre actividades diseñadas para la consecución de distintos objetivos específicos, con particular énfasis en los AG

**El EIP on AHA tiene un sistema de gobernanza/estructura que permite un grado de acoplamiento y sintonía de todas las intervenciones, más allá que el apoyo de la Comisión Europea**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

**Existe solapamiento de actividades y duplicidades de tareas**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

**Cada intervención tiene una estructura que asegura la coordinación interna de todas sus actividades**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

**Criterio de participación**

Grado de participación de las distintas partes interesadas en las distintas fases del programa.

**Todos las partes interesadas han tenido la oportunidad de participar en las diferentes fases del programa**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

**Pacientes y ciudadanos han participado en el diseño del programa**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

**Criterio de implementación**

Analiza el grado de avance de las acciones específicas recogidas en la planificación y los mecanismos utilizados para asegurar la implementación. Determina en qué medida se han puesto en marcha las acciones previstas para la consecución de los objetivos propuestos

**La mayoría de las intervenciones y actividades prevista en el Plan Estratégico de Implementación han sido puestas en marcha**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

**Los sistemas logísticos disponibles faciliten la comunicación y el avance del trabajo (plataformas virtuales, eroom, mainling, soporte PROEIPAH, etc)**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

**La estructura de las intervenciones a través de responsables y coordinadores aseguran el progreso de las tareas**

- Totalmente de acuerdo.
- Parcialmente de acuerdo.
- Parcialmente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

**La Conferencia de los Socios es el encuentro anual donde se contrastan los logros de cada intervención**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**La actual tendencia de la implementación asegura la transformación de los cuidados socio-sanitarios y la consecución del triple win para el 2020**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**Criterio de evaluabilidad**

La factibilidad de poner en marcha la evaluación del EIP on AHA y el éxito en su medición de los resultados a unos costes razonables

**El actual diseño del programa y su implementación aseguran la obtención fácil y medible de sus resultados**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**Los mecanismos de monitorización y reporte son adecuados para objetivar el progreso de las intervenciones y medir los resultados en 2020 a nivel europeo**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**Criterio de eficacia y eficiencia**

Es la medida en que el problema y la necesidad ha sido resuelta. Es decir el grado en que se alcanzaron los objetivos. Dado que abordamos una evaluación a medio plazo, la eficacia explora el grado o tendencia en la consecución de sus objetivos estratégicos o los objetivos específicos intermedios para el periodo de estudio y con independencia de los costes que su ejecución implique. No se pretende evaluar el impacto final en término de los indicadores y resultados esperados. No obstante es importante observar y analizar la tendencia a su obtención si fuese posible. La eficiencia es la medida en la que se obtuvieron los resultados deseados con el consumo mínimo de recursos.

**Los objetivos y metas intermedias para el periodo del 2011-2015 han sido conseguidos mayoritariamente**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

## Conclusión general

**Explica brevemente tu opinión sobre los aspectos positivos y negativos del programa**

### Impacto en España

**El EIP on AHA es un programa de impacto en España y del que podemos aprovechar la experiencia de estos años**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**¿Qué enseñanzas podemos extraer para mejorar la implementación en España?**

**Es necesario reforzar el papel de nuestros modelos y conocimiento en innovación para el envejecimiento saludable en la Unión Europea**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

**¿Cómo crees que podría incrementarse el posicionamiento y el retorno de los socios españoles?**

**La coordinación y promoción a nivel nacional de la innovación para el envejecimiento saludable es esencial para perseguir la estrategia de escalabilidad preservando la equidad del sistema**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

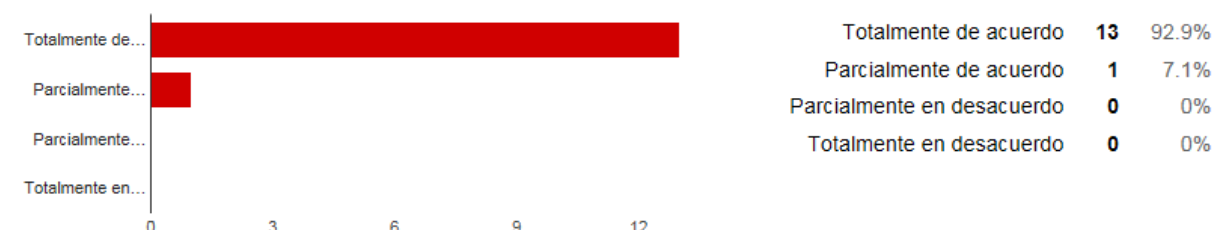
**¿Qué mecanismos, intervenciones o actividades podrían contribuir a implementar el programa del EIP on AHA en España y exportarlo a otros estados miembros?**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| - Totalmente de acuerdo.      | - Parcialmente de acuerdo.  |
| - Parcialmente en desacuerdo. | - Totalmente en desacuerdo. |

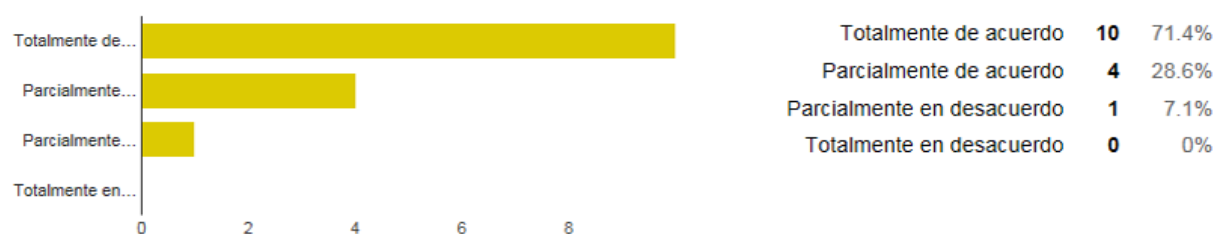
## 3.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA

### Criterio de relevancia

**El programa se basa en la solución de alta importancia. Los retos sociales, el cambio demográfico tecnológico y la crisis económica están poniendo en tensión la solvencia y sostenibilidad del sistema del bienestar europeo**

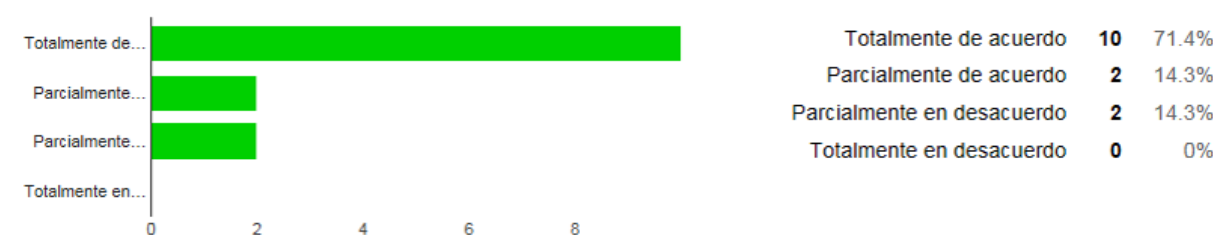


### La Comisión Europea ha conferido importancia estratégica al programa



### Criterio de permanencia

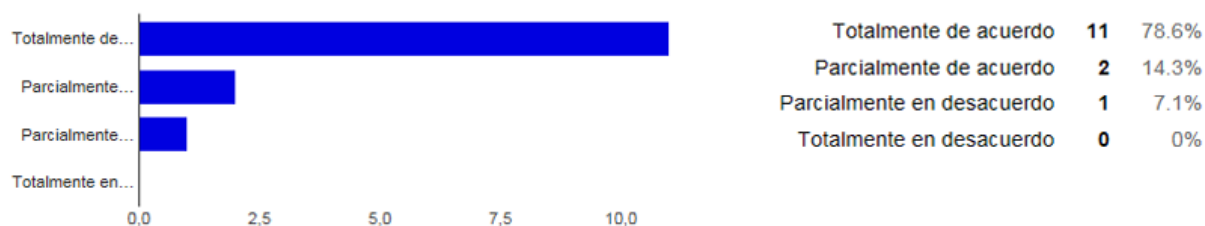
**Los objetivos del programa («triple win») son apropiados para abordar la problemática planteada**



**Las intervenciones presentadas están relacionadas directamente con los objetivos del programa**



## La innovación tecnológica (esalud) y organizativa es un factor de eficiencia del sistema y puede contribuir a resolver el problema



## Es esencial para la obtención del «triple win» romper las barreras a la implementación de la innovación. El EIP actúa de forma adecuada en ellas



## Las intervenciones son necesarias y suficientes para producir el cambio del modelo de cuidados para hacer frente al reto del envejecimiento

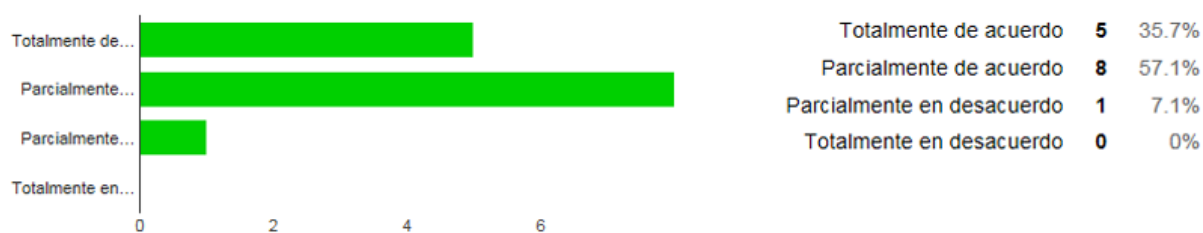


## Las actividades desplegadas por cada intervención son necesarias y suficientes para producir el cambio del modelo de cuidados para hacer frente al reto del envejecimiento



## Criterio de complementariedad

El EIPonAHA está alineado con el resto de políticas de la UE en materia de envejecimiento saludable (H2020, fondos estructurales, Agenda digital, etc.)



## Criterio de equidad

El EIPonAHA propone cambios estructurales en la provisión de servicios de salud que mejoren la equidad en el acceso a los mismos y la universalidad de los servicios

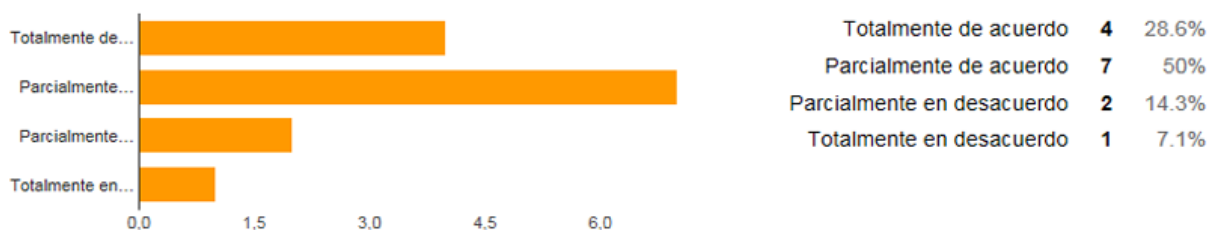


## Criterio de coherencia interna

Las distintas intervenciones que incluye el EIPonAHA forman un conjunto de estrategias estructurales y de coherencia interna, diseñadas para conseguir los objetivos generales

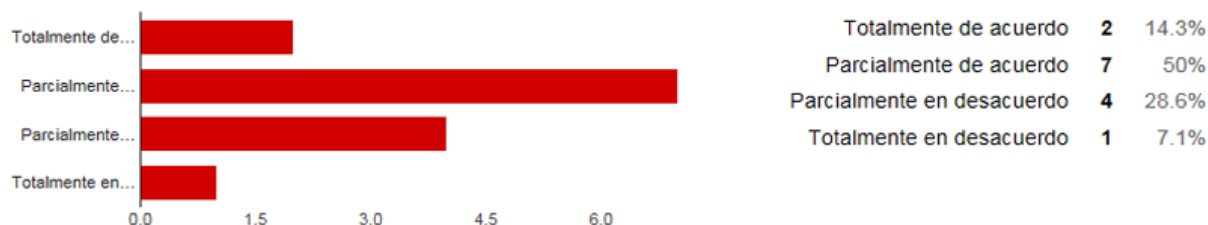


Cada una de las intervenciones han definido un plan de acción en líneas con el Plan estratégico de implementación del EIPonAHA y por tanto existe un alineamiento entre los objetivos generales y específicos de cada intervención y sus actividades



## Criterio de coordinación

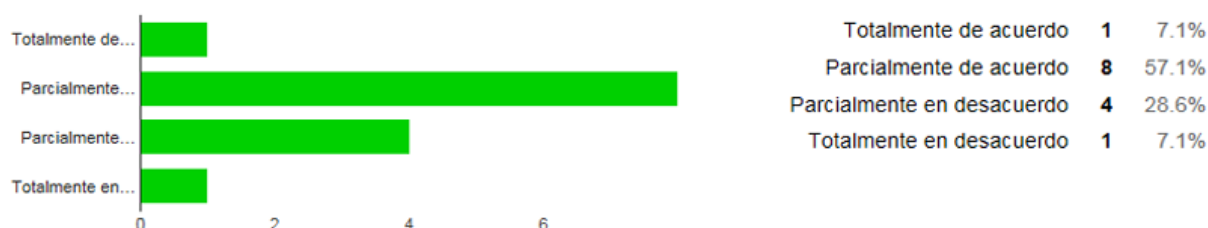
**El EIPonAHA tiene un sistema de gobernanza/estructura que permite un grado de acoplamiento y sintonía de todas las intervenciones, más allá que el apoyo de la Comisión Europea**



## Existe solapamiento de actividades y duplicidades de tareas



**Cada intervención tiene una estructura que asegura la coordinación interna de todas sus actividades**



## Criterio de participación

**Todas las partes interesadas han tenido la oportunidad de participar en las diferentes fases del programa**



## Pacientes y ciudadanos han participado en el diseño del programa

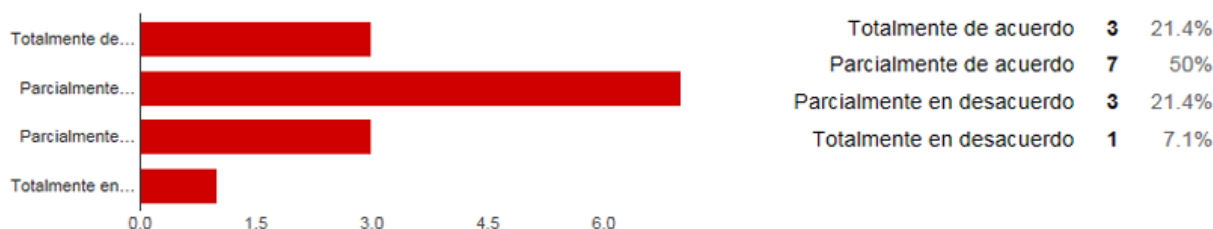


## Criterio de implementación

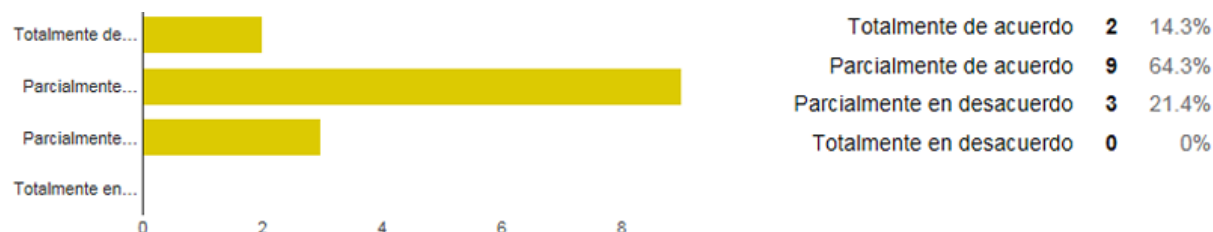
**La mayoría de las intervenciones y actividades prevista en el Plan Estratégico de Implementación han sido puestas en marcha**



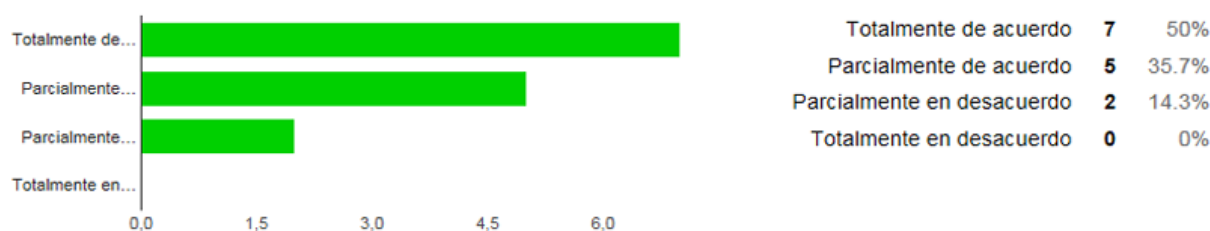
**Los sistemas logísticos disponibles facilitan la comunicación y el avance del trabajo (plataformas virtuales, eroom, mainling, soporte PROEIPAHA, etc.)**



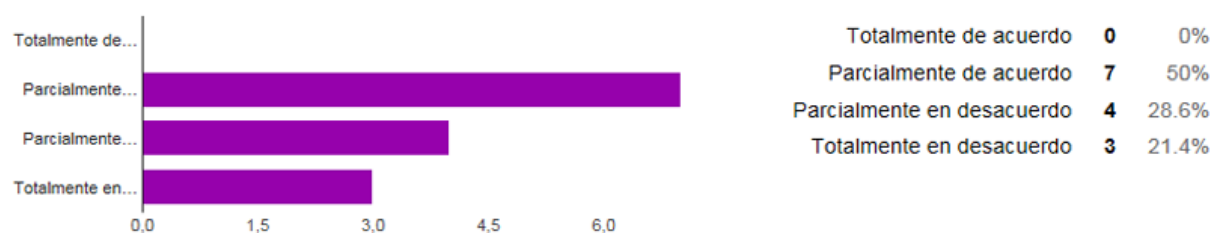
**La estructura de las intervenciones a través de responsables y coordinadores aseguran el progreso de las tareas**



## La Conferencia de los Socios es el encuentro anual donde se contrastan los logros de cada intervención



## La actual tendencia de la implementación asegura la transformación de los cuidados socio-sanitarios y la consecución del triple win para el 2020



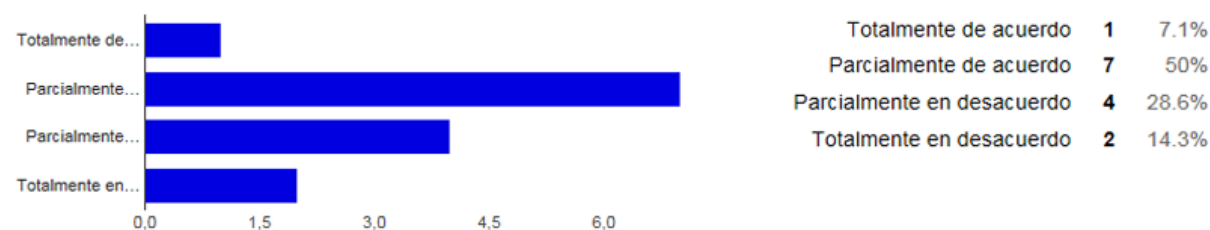
## Criterio de eficacia y eficiencia

Los objetivos y metas intermedias para el período de 2011-2015 han sido conseguidos mayoritariamente



## Criterio de evaluabilidad

El actual diseño del programa y su implementación aseguran la obtención fácil y medible de sus resultados

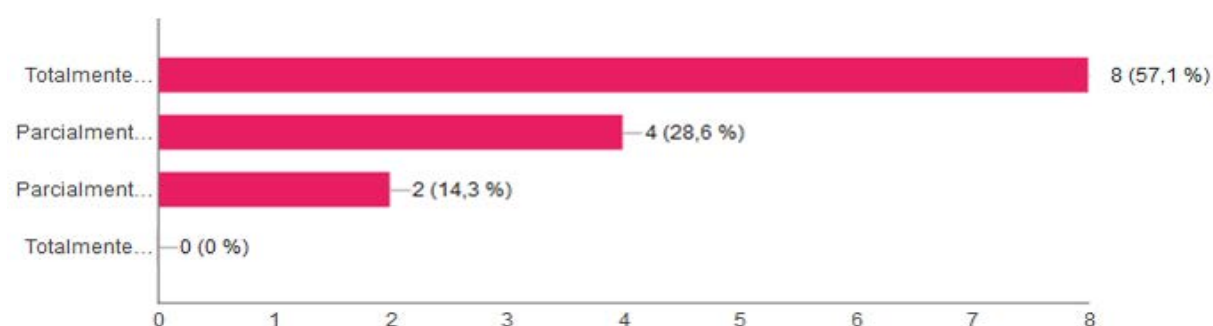


**Los mecanismos de monitorización y reporte son adecuados para objetivar el progreso de las intervenciones y medir los resultados en 2020 a nivel europeo**

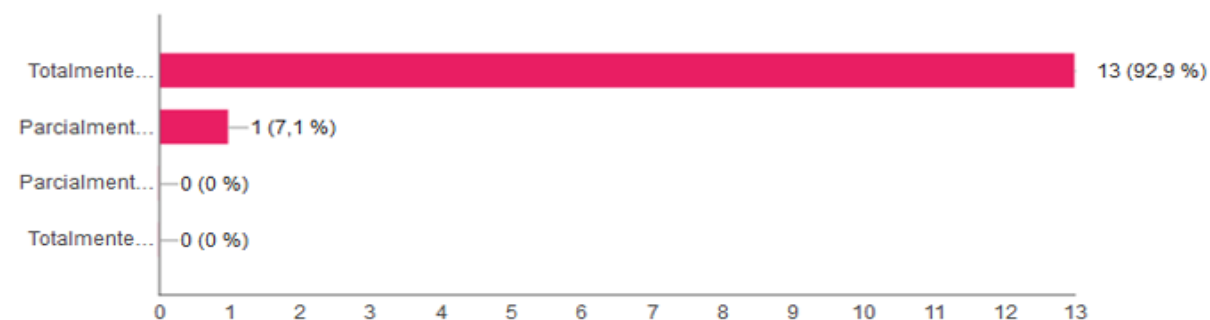


## Impacto en España

**El EIPonAHA es un programa de impacto en España y del podemos aprovechar la experiencia de estos años**



**Es necesario reforzar el papel de nuestros modelos y conocimiento en innovación para el envejecimiento saludable en la Unión Europea**



**La coordinación y promoción a nivel nacional de la innovación para el envejecimiento saludable es esencial para perseguir la estrategia de escalabilidad preservando la equidad del sistema**

