

la mesa

social lab por el acceso
universal a una
alimentación sostenible

iniciativa de

Carasso
Daniel & Nina

Fondation sous l'égide de la Fondation de France

Hoja de ruta

Pasos para la implantación de Health Leads en España

colabora

Up↑Social

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| HOJA DE RUTA | 3 |
| HEALTH LEADS | 4 |
| Descripción | 4 |
| Evidencia de impacto | 4 |
| Zona original de implantación y adaptaciones | 5 |
| Premios y reconocimientos | 6 |
| OPORTUNIDAD DE IMPACTO | 7 |
| CÓMO FUNCIONA | 10 |
| MODELO DE SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA | 12 |
| MODELO DE TRANSFERENCIA | 13 |
| REQUISITOS DEL MODELO | 14 |
| Agentes clave | 14 |
| Recursos necesarios | 15 |
| BARRERAS Y OPORTUNIDADES A LA IMPLANTACIÓN LOCAL | 17 |
| PRIMEROS PASOS | 18 |
| Activación de actores y territorio de experimentación | 18 |
| Identificación y flujos de acceso a los recursos | 19 |
| Sistema de información compartida | 19 |
| Formación de personal en centros de salud | 20 |
| Seguimiento y evaluación del proyecto | 20 |
| REFERENCIAS | 21 |



Hoja de ruta

Pasos para la implantación de Health Leads en España

La Fundación Daniel y Nina Carasso promueve el social lab La Mesa, una iniciativa que reúne actores clave que habitualmente no coincidimos en nuestros ecosistemas de trabajo para que, de manera conjunta y con enfoque sistémico, desarrollemos soluciones innovadoras y escalables para mejorar el acceso a una alimentación sostenible, especialmente para las personas en situación de vulnerabilidad.

Este primer ejercicio empezó centrandó la atención en un colectivo concreto: las mujeres, por su rol en el entorno familiar y, sobre todo, por su poder de acción. Al inicio del proceso, actores del social lab junto a un grupo de mujeres jóvenes con hijos a cargo y bajos ingresos familiares, profundizaron en las causas, interrelaciones y estrategias de afrontamiento que caracterizan su situación.

En conjunto, con el fin de plantear soluciones más eficaces, eficientes y justas a sus necesidades, se identificaron y priorizaron una serie de ámbitos de acción con el potencial de transformar la situación de las mujeres en relación con el acceso a una alimentación sostenible. Estas palancas de cambio orientaron la investigación de soluciones innovadoras probadas para dar respuesta al reto. Durante la investigación, se analizaron iniciativas que inciden en una o varias de estas áreas, tomando en especial consideración aquellas con aproximaciones y soluciones sistémicas.

Tras un proceso minucioso de análisis, se seleccionaron algunas iniciativas con el objetivo de prototipar, adaptar y explorar su posible adaptación al contexto español. Health Leads fue seleccionada por su carácter sistémico, orientado a cambiar el sistema sanitario hacia un enfoque más centrado en la salud, vinculándolo a servicios sociales e incorporando la alimentación como un determinante social prioritario con el que es urgente trabajar de la mano de las comunidades.

Esta hoja de ruta ha sido elaborada junto a miembros del equipo de Health Leads y participantes del social lab interesados en explorar la implantación del modelo.



HEALTH LEADS



| | |
|---------------------|--|
| País | Estados Unidos |
| Sitio web | www.healthleadsusa.org |
| Emprendedora | Rebecca Onie |

Descripción

Iniciativa que promueve la salud comunitaria, integrando servicios sociales y comunitarios al sistema de salud para responder a las necesidades básicas desatendidas de los pacientes y sus familias, y fomentar una medicina preventiva.

Tipo de innovación: de reformulación

De acuerdo con los estándares de análisis de UpSocial, reformula el sistema sanitario, introduciendo un cambio desde el ámbito formal a la vez que plantea un nuevo enfoque que lleva a repensar los modelos de atención existentes para que tomen en consideración los determinantes sociales de la salud. Adicionalmente enriquece los roles de los actores tradicionalmente implicados en la resolución del reto, incorporando y poniendo en el centro a los pacientes y a diversos agentes comunitarios.

Evidencia de impacto

Outputs

- Casi 5.000 descargas de herramientas y recursos educativos elaborados a partir de la experiencia en diseño y gestión de programas sociales en centros de salud, como el toolkit de diagnóstico de necesidades sociales, webinars, y múltiples documentos e informes técnicos.
- Apoyo a más de 3.000 centros de salud pública (hospitales, clínicas, ambulatorios, entre otros) en pilotos de CMS (Centros para Medicare



- Servicios de Medicaid) para integrar necesidades sociales dentro de los modelos de pago de Medicaid.
- Más de 60 centros y sistemas de salud han participado en instancias de aprendizaje colaborativo.
- Más de 55.000 pacientes atendidos por más de 25 organizaciones gracias a su sistema de bases de datos comunes de recursos sociales disponibles, herramientas de gestión online y aplicaciones móviles para pacientes, todo bajo el paraguas de su tecnología Reach.
- El vídeo TED Talk donde Rebecca Onie insta a redefinir lo que debe ser la atención sanitaria ha tenido más de un millón de visualizaciones.

Impacto

Mediante estudios clínicamente validados, publicados junto al Massachusetts General Hospital, se probó una correlación significativa entre la atención a necesidades básicas y la mejora en el estado de salud de los pacientes.

Nivel solidez de la evidencia: prometedora

Estudios científicos avalan la teoría del cambio de Health Leads. El trabajo junto con centros de salud, clínicas, universidades y gobiernos locales ha generado cambios en la gestión y atención de los pacientes incorporando, por ejemplo, plataformas online de derivación y seguimiento para los pacientes o redes virtuales de recursos sociales disponibles. Por ello, siguiendo el estándar UpSocial de análisis de innovaciones sociales, la solidez de la evidencia de esta iniciativa es prometedora.

Zona original de implantación y adaptaciones

Health Leads se implantó por primera vez en el Boston Medical Center y ha sido replicada fuera de su contexto inicial en más de 20 centros de salud de 19 ciudades dentro de los Estados Unidos.

Nivel de experiencia de adaptación: regional

El modelo funciona fuera de su contexto original en Boston, lo que le confiere experiencia de adaptación a otras localidades, aunque en un marco de similitudes a nivel de región.



Premios y reconocimientos

- GuideStar's Platinum Seal of Transparency (2019).
- Gleitsman Citizen Activist Award (2012).
- Skoll Award (2011).
- Rebecca Onie es emprendedora social de la red Ashoka (2008).



OPORTUNIDAD DE IMPACTO

La alimentación es un concepto complejo cuya comprensión requiere una aproximación sistémica desde sus distintas facetas: salud, economía, política, medioambiente, cultura y sociedad.

La mayoría de las respuestas tradicionales a la problemática de la alimentación se centran en la gestión de la urgencia. Sobre la base de que para mejorar la salud se debe ir a la raíz de las enfermedades en vez de mitigar los síntomas, Health Leads ofrece una gran oportunidad de impacto al desplegar un enfoque que responde a las principales causas de la desigualdad. Para ello, incide principalmente en dos dimensiones de la alimentación: la de salud y la política.

Con respecto a la dimensión de salud, el acceso a una alimentación sana y adecuada es un pilar para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad¹, y permite a las poblaciones más vulnerables maximizar sus oportunidades de vida.

En España, es conocido que una alimentación deficiente a nivel nutricional puede acarrear graves consecuencias para la salud de las personas. Tanto es así que la preocupación por la salud es la principal motivación de los consumidores (61 %) a la hora de cambiar su dieta² lo que reconfirma lo que varias de las mujeres comentaron en entrevistas y grupos de reflexión en el proceso llevado a cabo por La Mesa: el personal sanitario, en quien confían, es un gran prescriptor de cambios en la alimentación.

Más allá de los problemas de subnutrición y sobrenutrición, cada vez más la evidencia demuestra que las consecuencias de una alimentación inadecuada se manifiestan también en el largo plazo, a través de enfermedades crónicas no contagiosas³, es decir, que la alimentación es uno de los principales determinantes sociales de la salud. La dieta basada en alimentos insanos está detrás de entre un 40 % y un 55 % de las dolencias cardiovasculares, un 45 % de los casos de diabetes y entre un 30 % y un 40 % de algunos tipos de cáncer, como los de estómago y colon¹.



Health Leads tiene una trayectoria de más de 20 años posicionando los determinantes sociales (también económicos, medioambientales y culturales) como eje central de la estrategia de salud en los Estados Unidos. Sus aprendizajes tienen un inmenso potencial para promover nuevas políticas públicas que contribuyan a la conversión de instituciones sanitarias en centros de salud integral con acceso universal garantizado.

Con respecto a la dimensión política, un enfoque integrado y de largo plazo requiere la acción coordinada de la gran diversidad de actores que participan de los sistemas alimentarios y que se encuentran dispersos en ámbitos muy distintos. La falta de un enfoque integrado genera muchas veces ineficiencias, inconsistencias y contradicciones, tendiendo a la priorización de estrategias sencillas y con una visión cortoplacista. Todo ello afecta a la sostenibilidad de los sistemas, permitiendo que los costes de la inacción se traspasen a generaciones futuras⁴.

Como sugiere Health Leads, son necesarias aproximaciones sistémicas y a largo plazo, que den lugar a acciones coordinadas. Sin embargo, la coordinación es una de las grandes barreras a una alimentación sostenible para toda la ciudadanía. La comunicación entre los distintos ámbitos de atención institucional (centros de salud, escuelas y servicios sociales) es muchas veces puntual o poco eficiente y su coordinación ofrece un gran potencial para mejorar la situación. Lo mismo ocurre con las organizaciones sociales, que funcionan bajo criterios propios y, en ocasiones, con pocos mecanismos formales de control. Además, la inexistencia de protocolos claros implica que no siempre se propongan intervenciones adecuadas⁵.

Health Leads reconoce la necesidad de ir más allá de la atención sanitaria y la urgencia de fusionar el sistema de salud con el sistema social. Con el objetivo de rediseñar la red de seguridad social dando mayor agencia, poder de decisión y acción a las comunidades, crea puentes y facilita el intercambio de recursos e información entre todos los actores claves: instituciones de salud, organizaciones comunitarias y gubernamentales, para que juntos identifiquen y subsanen las barreras sistémicas sociales, económicas y ambientales específicas que impiden



garantizar la salud, el bienestar y las condiciones de vida dignas de los ciudadanos más vulnerables. Los centros de salud se convierten en la gran puerta de entrada para que las familias accedan a los recursos necesarios para mejorar su calidad de vida y mantenerse saludables. El enfoque centrado en las personas usuarias practica la escucha activa y busca empoderar, generar nuevos agentes de cambio y coconstruir las posibles soluciones con las personas directamente afectadas.

Otra gran barrera que también aborda Health Leads es la falta de información estadística y sistematizada sobre las necesidades alimentarias de la población, lo que complica la realización de diagnósticos adecuados para el diseño de soluciones integrales y coordinadas. Por ello, uno de sus objetivos es garantizar que las personas en situación de vulnerabilidad sean más que solo sujetos de estudio y se conviertan en propietarios y usuarios con libre acceso de información y datos relacionados a servicios y recursos básicos.



CÓMO FUNCIONA

Health Leads ha ido evolucionando en sus más de 20 años de existencia. En un inicio puso en marcha un servicio sólido de voluntariado que actuaba como nexo entre los pacientes, el personal médico y los recursos y servicios sociales. Al poco tiempo capacitó a personal contratado dentro del hospital para hacer el trabajo previamente gestionado por personas voluntarias.

Asimismo, instauró la recogida obligatoria de información complementaria sobre las necesidades básicas de pacientes, vinculada por ejemplo a alimentación saludable o acceso a vivienda digna. Una vez codificada y dentro del sistema, esta información se deriva a servicios sociales, el equipo médico, o al equipo de Health Leads. La creación de Reach, una plataforma digital pionera, hace más eficiente la gestión y el seguimiento de pacientes derivados a otros servicios sociales o comunitarios.

El modelo ha evolucionado y divide el trabajo en dos grandes áreas: Respuesta y Reconstrucción. El trabajo de respuesta inmediata se mantiene dentro de los centros de salud. Mediante el reconocimiento de la relevancia de los determinantes sociales de la salud, se integran servicios básicos y sociales dentro del sector sanitario para conectar a las personas usuarias de manera más eficiente y coordinada.

En paralelo, y a nivel comunitario, la reconstrucción implica reestructurar el sistema para abordar las causas sistémicas de inequidad social que llevan a algunas personas a ser más proclives a enfermarse. Para ello, la organización provee servicios de consultoría y aprendizaje colaborativo en tres líneas:

- **Creación de redes de recursos básicos.** Construir sistemas comunitarios resilientes y en red, capaces de reaccionar eficazmente para brindar información sobre recursos disponibles, proveer de servicios básicos a quienes los necesitan y eventualmente conseguir un acceso universal a la salud.
- **Sostenibilidad para trabajadores esenciales, profesionales de los cuidados y personal sanitario.** Cerciorar que las familias y personas



en situación de mayor vulnerabilidad tengan alimentación, vivienda y otros recursos básicos asegurados, a la par que se crean oportunidades para que trabajadores esenciales puedan ganar ingresos de manera sostenible.

- **Análisis y diseño de recursos básicos para la salud.** Aplicar datos e información de libre disposición para identificar necesidades o brechas, y construir nuevos sistemas que faciliten el trabajo conjunto entre organizaciones con el fin de rediseñar el sistema de salud y las redes de protección social. Asimismo, compartir conocimientos y aprendizajes y generar nuevos liderazgos sobre todo entre trabajadores de primera línea y organizaciones comunitarias que contribuyan a acelerar la adopción de políticas y enfoques equitativos.



MODELO DE SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

El modelo de generación de ingresos permite capturar parte del valor de una iniciativa para asegurar su sostenibilidad y escalabilidad potencial.

En el caso de Health Leads, gran parte de sus fondos proviene de subvenciones y donaciones. En el 2014 recibió 16 millones de dólares de Robert Wood Johnson Foundation para seguir desarrollando su misión en comunidades buscando cambios innovadores y sistémicos. Además, alrededor de un 20% de sus ingresos corresponde a sus actividades como consultora. En los últimos años, el financiamiento de aliados filantrópicos, como fundaciones, también se está orientando hacia consultorías como un modo de implicarse directamente como actores claves dentro de las comunidades, contribuyendo así a la sostenibilidad tanto de la organización como de los programas.

Nivel de desarrollo del modelo de ingresos: adaptable

A partir de un modelo consolidado en origen y que funciona en contextos similares, el modelo de ingresos de Health Leads ofrece posibilidades de adaptación a contextos socioculturales y económicos diferentes, lo cual es indicativo del potencial de transferencia de la innovación.



MODELO DE TRANSFERENCIA

La manera en que la iniciativa documenta el conocimiento que genera resulta clave para asegurar su adopción y adaptación con fidelidad.

Health Leads ha documentado y empaquetado gran parte de su conocimiento y experiencia para guiar la implantación del modelo en varios contextos locales del país de origen.

Si bien la organización no ha desarrollado una estrategia orientada específicamente a facilitar la implantación fuera del contexto estadounidense, la participación en La Mesa puede constituir una gran oportunidad de aprendizaje y desarrollo, por lo que Health Leads está abierta a compartir recursos desarrollados y a explorar opciones de acompañamiento al proceso de implantación en España.

Nivel de desarrollo del modelo de transferencia: incipiente

La organización ha documentado su conocimiento, lo cual constituye un punto de partida para la adaptación y adopción en otros contextos.



REQUISITOS DEL MODELO

En esta sección se explicita el perfil de los agentes implicados, así como recursos claves e imprescindibles para que el modelo funcione.

Agentes clave

- **Equipo de implantación.** Organización o conjunto de organizaciones con la misión de coordinar y supervisar la adaptación e implantación del modelo, en este caso, a través del diseño y puesta en marcha de un piloto en España con el apoyo de los participantes de La Mesa y el acompañamiento de UpSocial en el marco del social lab. Este equipo requerirá contar con capacidad para convocar e interlocutar con los distintos sectores, además de un liderazgo claro.
- **Equipo directivo de centro de salud y de servicios sociales.** Personal directivo en centro sanitario y de proveedores de servicios sociales (públicos y comunitarios) dispuestos a pilotar el modelo, convencidos de la necesidad urgente de introducir un enfoque sistémico que integre los determinantes sociales en el modelo de atención primaria, empezando por una campaña en relación con la alimentación. Estos perfiles han de liderar la implantación en el seno de las organizaciones de terreno que dirigen, específicamente ambulatorios y servicios sociales que coincidan en un territorio.
- **Facilitadores sanitarios.** Empleados del sistema sanitario que ejecutan el proceso, funcionando como intermediarios entre las personas usuarias y organizaciones comunitarias u otros servicios sociales para gestionar los servicios de diagnóstico, derivación y atención. En este sentido, los profesionales de la salud materno-infantil representan una posibilidad adecuada para el proyecto piloto por ser quienes más trabajan en el ámbito de la medicina preventiva.
- **Facilitadores de servicios sociales y esenciales.** Empleados de servicios sociales que ejecutan el proceso, funcionando como intermediarios entre personas usuarias y el sistema sanitario. Es necesario coordinar las distintas acciones de diagnóstico, derivación y atención. Tratándose de una campaña en relación con la



alimentación, en este apartado se incluyen agentes que puedan facilitar la disponibilidad de alimentos sostenibles en el territorio.

- **Expertos en adaptación y personas usuarias del sistema.** Personas con conocimiento profundo del funcionamiento de los sistemas sanitario y social que puedan colaborar en el diseño e implantación del modelo, así como experiencia desde el uso de los servicios. En particular, mujeres que puedan aportar su experiencia en relación con su paso por el sistema sanitario y la relación de la salud con sus determinantes sociales.
- **Expertos en tecnología.** La gestión de datos y el desarrollo de plataformas comunes son fundamentales para el funcionamiento del modelo. Habrá que incorporar en el equipo a personas expertas en soluciones inteligentes y plataformas digitales.
- **Champions a nivel institucional.** Líderes con poder de acción y decisión dentro de la sanidad pública y de la administración pública que compartan la visión de cambio y ayuden a vencer barreras operativas. Idealmente deben tener capacidad de impulsar cambios a nivel sistémico y de políticas públicas.
- **Innovadores de origen.** Apoyo a la implantación mediante transferencia de conocimiento y orientaciones sobre el proceso llevado a cabo en Estados Unidos a la hora de aproximarse a los distintos sectores, coordinar, documentar y escalar acciones.

Recursos necesarios

- **Relato.** Formalizar la teoría de cambio del proyecto. Sus elementos narrativos resultarán claves a la hora de argumentar la necesidad de respuestas como la que se plantea y hacer extensiva la invitación a que otros actores formen parte del proyecto. Constituirán una base sólida para el diseño, la evaluación y la comunicación externa de la iniciativa.
- **Gestión de información y datos.** Una pieza clave para que el modelo sea innovador es desarrollar una plataforma de recogida y gestión de datos en relación con la identificación de necesidades y



resultados de las intervenciones, y que puedan ser compartidos entre las organizaciones participantes.

- **Materiales de entrenamiento.** Crear materiales de entrenamiento para profesionales (guías, manuales, videos) específicos para el contexto español.
- **Dinámicas de participación comunitaria.** Incorporar dinámicas que pongan en el centro de todos procesos a las personas usuarias de los servicios y a agentes comunitarios.
- **Sistema de evaluación, monitoreo y seguimiento.** Para que el piloto pueda escalarse es necesario probar que la intervención es efectiva y tiene un impacto real. Asimismo, el seguimiento a lo largo de todo el proceso permitirá hacer los ajustes correspondientes a la metodología para cuando esta sea difundida. La comunicación con participantes y sobre todo comunidades objetivo debe ser constante para asegurar que las soluciones realmente están respondiendo a las necesidades detectadas y que estas son de calidad.
- **Financiación.** Fondos iniciales para las personas encargadas de la coordinación, ejecución y evaluación del piloto. Los fondos o incentivos también deben ser considerados para personas de la comunidad en representación de los usuarios de servicios.



BARRERAS Y OPORTUNIDADES A LA IMPLANTACIÓN LOCAL

La adaptación del modelo de Health Leads para atender a las especificidades del sistema de prevención y sanitario público español sin dudas requiere un esfuerzo para generar cambios en dinámicas, estructuras y mentalidades, ya que la iniciativa está basada en el sistema sanitario estadounidense, bajo la premisa de atender a los ciudadanos desde la prevención. Orientar capacidades y recursos representa, en sí mismo, una oportunidad.

También lo es el momento que estamos atravesando, contextualizado por la Covid-19. Esta crisis ha saturado en primer lugar los servicios públicos de salud, pero el mismo motivo deviene un imperativo reformular aspectos centrales del sistema sanitario. Muchos profesionales, tanto del sector sanitario como de los servicios sociales, están abogando por una atención integral. Además, existe cada vez más evidencia científica sobre las consecuencias de una mala alimentación a largo plazo y se empiezan a construir puentes entre los sectores sanitario, agrario y social. Desde el sector de la alimentación sostenible ya se están estableciendo algunas dinámicas de colaboración con, por ejemplo, asociaciones de pediatras. En territorios como Valladolid o Valencia, sin que estos ejemplos sean exhaustivos, ya se están llevando a cabo experiencias que podrían tener sinergias con el enfoque preventivo e integral que propone Health Leads.

Al mismo tiempo, muchos de los recursos de atención social necesarios ya existen. El esfuerzo de adaptación se enfocaría en su identificación y en la construcción de vías de colaboración entre las instituciones sociales, de salud y comunitarias.



PRIMEROS PASOS

A continuación, se especifican los primeros pasos para el diseño de un piloto que permita experimentar la implantación del modelo adaptado al contexto español.

Activación de actores y territorio de experimentación

En primer lugar, conformar un equipo de implantación local partiendo de las capacidades existentes en el grupo de alimentación y salud del social lab, e identificar un equipo directivo de centro de salud y de proveedor de servicios sociales que confluyan en un territorio de experimentación y dispuestos a participar en el proyecto piloto.

Todo apunta a que la mejor puerta de entrada al sistema sanitario español a los fines de este proyecto son los Centros de Atención Primaria (CAP). Específicamente los profesionales de salud materno-infantil, área de la medicina con un alto énfasis en la prevención y donde mejor se siguen las recomendaciones de cambio de hábitos, sumado a la cercanía con las personas usuarias definidas en el reto que busca abordar este social lab.

En cuanto a los proveedores de servicios públicos o de organizaciones comunitarias, se han de identificar en torno a una necesidad concreta, que para el piloto en el marco de La Mesa se ha definido el acceso a alimentación sostenible. Proveedores que además cuenten con experiencia y cercanía con las mujeres que se han definido como principales usuarias de la iniciativa a implantar.

Sobre esta base se pueden identificar y activar otros actores clave para el modelo, como las autoridades y líderes de servicios sociales de la administración pública local y del sistema de salud, etc.

La gestión del cambio requiere liderazgo y activación de actores no solo en la fase inicial del proyecto. Por lo que en su recorrido será importante sumar champions y colaboradores capaces de movilizar personas predispuestas a innovar, así como conseguir y movilizar los recursos necesarios.



Identificación y flujos de acceso a los recursos

El primer paso es la elaboración de un diagnóstico del territorio de experimentación que incluya un mapeo de recursos existentes vinculados al acceso a alimentación sostenible y otros servicios relacionados con la atención de necesidades básicas. Un diagnóstico que puede partir de recursos existentes como el mapeo de activos de salud a nivel estatal del Ministerio de Salud, o los disponibles a nivel autonómico o local del territorio de experimentación, como pueden ser el de la Generalitat de Cataluña o la Estrategia Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria (ENAPISC) de la comarca catalana del Vallès.

Este mapeo debe permitir entender cómo funcionan los flujos de información para reflexionar sobre las medidas que puedan tomarse para coordinar o mejorar el acceso a estos recursos o desarrollar los que sean necesarios. Asimismo, debe definirse cómo integrar el servicio dentro de la atención médica y general.

El proceso ha de llevarse a cabo incluyendo a organizaciones comunitarias y a representantes de las personas usuarias para identificar conjuntamente barreras de acceso o cuellos de botella en la coordinación entre agentes.

Las personas usuarias son centrales en el proceso. Uno de los grandes objetivos de este modelo es llevar la voz de las comunidades a los niveles de tomas de decisiones para asegurar que sean escuchadas y su experiencia tenida en cuenta. Como personas expertas, es importante retribuir a los representantes de los usuarios por su conocimiento y su tiempo.

Sistema de información compartida

La implantación del modelo requiere un sistema de identificación y conexión de recursos así como de gestión de datos e información para facilitar los procesos de identificación, análisis, diagnóstico, derivación y seguimiento de personas usuarias. Este componente debe incluir la revisión y actualización de protocolos tanto de diagnóstico como de



derivación y prestar especial atención a la normativa de protección de datos.

Formación de personal en centros de salud

Selección de facilitadores y formación a personal en centros sanitarios, organizaciones comunitarias y otros servicios sociales. El rol de las enfermeras es clave para los fines del modelo, por lo que es importante involucrarlas desde un primer momento.

El objetivo de este programa es el acercamiento y coordinación entre distintas entidades que atienden y brindan recursos y necesidades básicas para ciudadanos. Abrir espacios de interacción con cierta regularidad y estructura permite también generar una relación de confianza y colaboración entre agentes que previamente no interaccionaban.

En este punto, es recomendable valorar las sinergias de este modelo con el programa *Building the confidence of professionals and community leaders*, también analizado en el marco de La Mesa.

Seguimiento y evaluación del proyecto

Desde las primeras acciones se ha de tener en cuenta cómo se evaluarán los resultados del proyecto para definir sus indicadores y medición. En un proyecto piloto esto es indispensable para mejorarlo y sistematizar aprendizajes útiles tanto para los distintos actores implicados, como para potenciar su escalabilidad.

En este sentido, es recomendable que el piloto empezara con un número reducido de personas usuarias, y en función de los resultados, ir ajustando el programa y ampliando la muestra. De esta manera, se podrá definir, por ejemplo, cuánto se debe invertir en ayudas sociales a largo plazo o cómo se podrá maximizar el impacto de esta inversión.



REFERENCIAS

Información adicional

Ashoka. (2008). *Perfil de Rebecca Onie: Emprendedora social de Ashoka*. Recuperado de: <https://www.ashoka.org/es-es/fellow/rebecca-onie>

Beck, A., Dr. – Interview by Health Leads. (2020). *The Power of Effective Community Partnerships: SPotlight on Cincinnati's All Children Thrive Learning Network*. Recuperado de: <https://healthleadsusa.org/communications-center/blog/the-power-of-effective-community-partnerships-spotlight-on-cincinnati-all-children-thrive-learning-network/>

Burke, G. (2019). *A Framework for Building Clinical-Community Partnerships to Address Social Determinants of Health – United Hospital Fund*. Recuperado de: <http://healthleadsusa.org/wp-content/uploads/2019/09/UHF-Framework-for-Building-Partnerships-to-Address-SDoH-6619.pdf>

Hsu, C. et al. (2019). *Patient Perspectives on Addressing Social Needs in Primary Care Using a Screening and Resource Referral Intervention*. Recuperado de: <http://healthleadsusa.org/wp-content/uploads/2020/01/JGIM-December-2019-1.pdf>

Onie, R. (2012). *TED Talk: What if our health system kept us healthy?* Recuperado de: https://www.ted.com/talks/rebecca_onie_what_if_our_health_care_system_kept_us_healthy

Quinn, A. (2020). *Flattening the next Covid-19 Curve – Our Essential Resources*. Recuperado de: <https://healthleadsusa.org/communications-center/blog/flattening-the-next-covid-19-curve/>

UpSocial. (2019). *Estándares de análisis de innovaciones sociales*. Recuperado de: https://innovations.upsocial.org/sites/default/files/upsocial_estandares_es_sp_201906_1.pdf



Wetterman, T. (2020). *Beyond the “Right Thing”*: Showing the value of a Social Needs Intervention. Recuperado de: <https://healthleadsusa.org/communications-center/blog/beyond-the-right-thing-showing-the-value-of-a-social-needs-intervention/>

Recursos de Health Leads

Health Leads. (2016). *Social Needs Screening Toolkit*. Recuperado de: <https://nopren.org/wp-content/uploads/2016/12/Health-Leads-Screening-Toolkit-July-2016.pdf>

Health Leads. (2018). *Webinar. Introduction to Integrating Social Needs into Patient Care*. Recuperado de: <https://healthleadsusa.org/resources/sn201-introduction-to-integrating-social-needs-into-patient-care/>

Health Leads. (2019). *Engaging Patients in Social Determinants of Health (SDoH) Program Improvement*. Recuperado de: http://healthleadsusa.org/wp-content/uploads/2020/01/CASHI_IHI_Forum_Storyboard_2019-10-24-4.pdf

Health Leads. *Resource Referral Guide & Template*. Recuperado de: http://healthleadsusa.org/wp-content/uploads/2019/07/PCC-Resource-Referral-GuideTemplate-72419_Revised.pdf

Notas del documento

- 1 VSF Justicia Alimentaria Global (2016). *Viaje al centro de la alimentación que nos enferma*. Recuperado de https://www.bioecoactual.com/wp-content/uploads/biblioteca/informe_dameveneno.pdf Elaborado a partir de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), procedentes de fuentes oficiales y publicaciones científicas.
- 2 Ipsos (2017). *La alimentación sostenible en España*. Fundación Daniel y Nina Carasso.
- 3 Willett, W. et al. (2019). Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet* 2019; 393: 447–92 publicación online. 16 de enero 2019. Recuperado de



- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31788-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31788-4/fulltext)
- 4 De Schutter, O. (2019). *Hacia una política alimentaria común en la Unión Europea. La reforma y el reajuste político necesarios para construir un sistema alimentario sostenible en Europa*. iPES Food. Recuperado de http://www.ipes-food.org/_img/upload/files/CFP_ExecSummary_ES.pdf
 - 5 Fargas Fursa, L.; Guillamón, A.; Garriga, N.; Blasco, A. y Landeros, A. (coords.) (2014). *Informe sobre el derecho a la alimentación adecuada en Cataluña. Impactos de la pobreza alimentaria en Ciutat Vella y Nou Barris*. Barcelona: Observatori DESC, Entrepobles y EdPAC. Recuperado de https://informealimentari.files.wordpress.com/2014/12/cast_informe_alimentacio.pdf





Hoja de ruta

Pasos para la implantación de Health Leads en España

la mesa

social lab por el acceso universal a una alimentación sostenible

Diciembre de 2020

www.fundacioncarasso.org

Iniciativa de



colabora

Up↑Social



Han participado en la hoja de ruta:

- Associació Educativa Itaca
- Ayuntamiento de Valencia
- Beatriz Fadón
- EIT Food
- Fundación Ana Bella
- Fundación Tomillo
- Gasol Foundation
- Health Leads
- Nani Moré
- Nicolás Olea
- OCU (Organización de Consumidores y Usuarios)
- Rubén Morilla
- Sustainable startup & co
- Triodos Bank
- Ainara Martín de la Paz
- Ainhoa Fernández Palomo
- Alba Heredia Manzano
- Alina Motsok
- Ana Belén de la Paz Fernández
- Angélica Ondina Aviles Mejía
- Alba Quiros Jiménez
- Esmeralda Lama Amores
- Estefanía Zarzalejo
- Esther Romero Salazar
- Eva Sánchez Cristaldo
- Fanny Sotes Colque
- Fatima Fernandes Trinidadí
- Halima Akhrif
- Ivana Panteliuk
- Jennifer Moreno
- Jessica Sane Romero
- Karol Lise Sánchez García
- Leticia Cruz Cano
- Lilian Lisbeth Torres
- María Tapia Villarroel
- Marlene Elizabeth González
- Nieves Fuentes Navas
- Olga Callejas Cruz
- Paola Andrea Jiménez Sánchez
- Paula Rodríguez
- Paula Vanessa Corea Carranza
- Rebeca Muñoz Escudero
- Samia Ziyani
- Sandra Escudero García
- Saray Gabarri Echevarría
- Silvia del Pilar Vasquez Calderón
- Silvia Pincay González
- Sonia Castro