



EL RETO DE
REDUCIR LA

2021

DES IGUALDAD

del acceso a la salud en España

PROPUESTAS
INNOVADORAS
USANDO LA
METODOLOGÍA



Reconocimientos y agradecimientos

Esta iniciativa está impulsada por Bristol Myers Squibb, compañía bio farmacéutica a nivel global.

La coordinación del proyecto se ha gestionado por parte de la plataforma de sostenibilidad, Quiero, en colaboración con Futur/io.

Se agradece a todos los participantes, así como organizaciones colaboradoras, su implicación y generosidad en este proyecto.

Oradores principales

Harald Neidhart
Cecilia Tham

Con la colaboración de:

Universidad Pontificia Comillas
Universidad de Navarra
Universidad Autónoma de Madrid
Universidad de Salamanca
Universidad Rey Juan Carlos
Médicos del Mundo
Cruz Roja
Cáritas

Madrid, abril de 2021

EL RETO DE REDUCIR LA **DES** 2021 **IGUALDAD**

PROPUESTAS INNOVADORAS USANDO LA METODOLOGÍA **moon shot** THINKING 

Resumen ejecutivo

El **acceso desigual a la salud es un grave problema en España** tal y como se evidencia en uno de los informes de la Comisión Europea donde, en 2018, **nuestro país se situaba en el puesto número 4 respecto a desigualdad en acceso a la salud**. Las causas de esta situación pueden ser varias, sin embargo, en este proyecto se han destacado tres dimensiones del problema, a saber: la dimensión territorial, sobre todo respecto a la brecha entre entorno rural y urbano; la dimensión educativa, la necesidad de formación de agentes en salud uso de tecnología y la dimensión de la diversidad, con especial incidencia en cuestiones de género, fortaleciendo la inclusión y reduciendo la brecha de desigualdad.

A partir de esta problemática, y para la búsqueda de soluciones innovadoras y sistémicas, se ha propuesto como metodología de trabajo el *Moonshot Thinking*, literalmente, disparo a la luna. Esta metodología reconocida internacionalmente, y puesta en práctica por ejemplo por Google, permite opciones atrevidas para generar soluciones disruptivas a problemas radicales y complejos. **Se buscan cambios exponenciales, no lineales, y que además requieren de una cooperación extraordinaria.**

Así pues, **en el proyecto se implicaron más de 150 personas provenientes del mundo académico** (5 universidades participantes), **profesionales sanitarios, organizaciones sociales y del tercer sector** (3 organizaciones líderes) **y personal especializado** de Bristol Myers Squibb. Además, se estuvo trabajando en tres diferentes *frames*, y en cada uno de ellos los participantes tuvieron el reto de idear y articular cada *Moonshot*, y delinear un plan de acción a 3 meses, 1 año, 3 años y 10 años. Finalmente, se articularon propuestas y soluciones de futuro, además de las conclusiones globales, en las tres dimensiones descritas: territorialidad, educación y diversidad/género.

Palabras clave:

#desigualdad #salud #moonshot
#territorialidad #educación
#diversidad

Contenido

01	INTRODUCCIÓN	6
	1.1. El gran reto de la desigualdad de la salud: El caso de España	8
	1.2. Determinantes socioeconómicos, educativos, de género y territoriales	10
02	METODOLOGÍA	14
	2.1. Planteamiento del problema y objetivos	16
	2.2. <i>Moonshot</i> como enfoque metodológico innovador	18
	<i>Moonshot: un viaje a la Luna</i>	22
	2.3. El reto de la igualdad en la salud: una perspectiva <i>Moonshot</i>	24
	2.4. Desarrollo y aplicación del <i>Moonshot</i> : ir al futuro y volver	26
03	UN MOONSHOT PARA LA BRECHA DE TERRITORIALIDAD	28
	3.1. Reflexiones preliminares: barreras y aceleradores	30
	3.2. Insights o motivaciones profundas	32
	3.3. El gran <i>Moonshot</i> en territorialidad	33
	3.4. Posibles líneas de actuación	34
04	UN MOONSHOT EN EDUCACIÓN EN SALUD	38
	4.1. Reflexiones preliminares: barreras y aceleradores	40
	4.2. Insights o motivaciones profundas	43
	4.3. El gran <i>Moonshot</i> en salud	43
	4.4. Posibles líneas de actuación	44
05	UN MOONSHOT EN DIVERSIDAD	48
	5.2. Reflexiones preliminares: barreras y aceleradores	50
	5.2. Insights o motivaciones profundas	53
	5.3. <i>Moonshot</i> en torno a la diversidad	53
	5.4. Posibles líneas de actuación	54
06	¿QUÉ MOONSHOT QUEREMOS HACER REALIDAD? LA CONTRIBUCIÓN DE BMS	58
	6.1. ¿Por qué territorialidad?	60
	6.2. El proyecto de <i>Moonshot</i> en territorialidad	62
07	CONCLUSIONES	66
08	BIBLIOGRAFÍA	68



LOADING

PROPUESTAS INNOVADORAS
USANDO LA METODOLOGÍA



01 Introducción

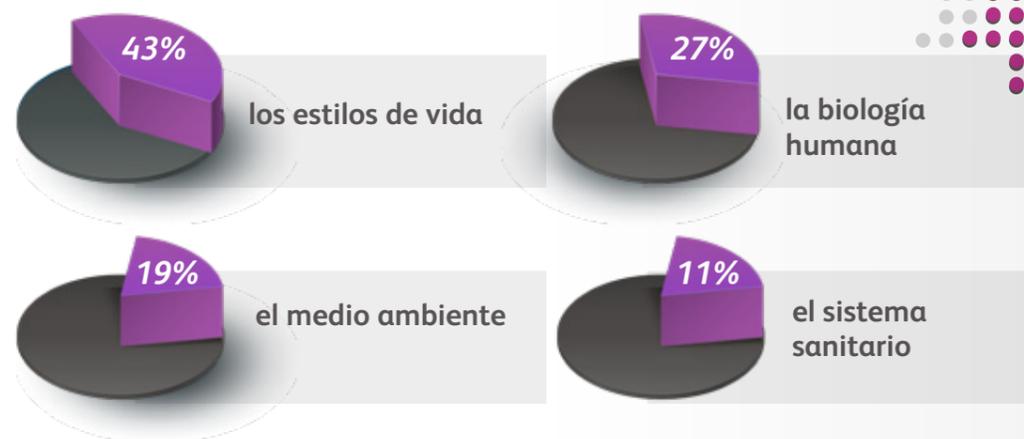
1.1 EL GRAN RETO DE LA DESIGUALDAD DE LA SALUD: EL CASO DE ESPAÑA

La desigualdad de acceso a la salud es un término que se utiliza para referirse a cualquier diferencia en la salud entre poblaciones de una zona determinada. Se puede medir las enfermedades, el origen de las dolencias, su distribución en la población, las causas de riesgo y también si se pueden prevenir o no, la contaminación, la mortalidad y cualquier otro aspecto que afecte a la salud.

Las desigualdades sanitarias que generan inequidad son uno de los asuntos a abordar si queremos avanzar y obtener un mayor progreso social. En España, según el Informe de Oxfam Intermón nº49¹, la gravedad del problema se evidencia con la posición número 4 de un total de 28 países europeos en cuanto a desigualdad en salud, por detrás de Rumania, Lituania y Bulgaria. Así pues, pese a que toda la población española tiene un acceso universal a la atención sanitaria, ¿por qué persisten desigualdades de acceso a la salud en el entorno de nuestro país? Algunas de las respuestas a esta pregunta, las encontramos en las desigualdades en diferentes ámbitos como en la situación socioeconómica, la educación, el género o el territorio.

Las desigualdades económicas y educativas, el género y el territorio son algunos de los determinantes más importantes que redundan en una mayor desigualdad en términos de salud en España.

Estos determinantes **influyen en la salud de cada persona:**



España, ocupa la **posición 4** de un total de 28 países europeos **en desigualdad de acceso a la salud**



A nivel socioeconómico, y según recogía un informe de la OCDE de 2019, **“España es el cuarto país perteneciente a esta organización donde es más posible, si se pertenece al 20% de los hogares más ricos durante cuatro años, seguir perteneciendo a esta clase social, y por el contrario, las posibilidades de ser pobre superan en diez puntos la media de los países que forman esta organización”**². Es decir, la desigualdad social está, en nuestro país, por encima de la media de los países de la OCDE.

2019
OCD

Según este mismo informe de la OCDE, **“Existe una enorme brecha socioeconómica en España y el ascensor social para mejorar económicamente no funciona desde la crisis de 2008”**, donde se asegura asimismo que la desigualdad no sólo condiciona el presente, sino que, al heredarse, también condiciona el futuro.

2008
OCD

Según explica Mónica Melle Hernández, profesora de Economía Financiera de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y consejera de la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid, **“La evidencia empírica más extendida demuestra que a mayor desigualdad menor crecimiento económico, aunque la existencia de esa correlación no es evidencia de causalidad”** remitiendo a un estudio de 2014 de la OCDE firmado por Federico Cingano, actual director del Banco de Italia, y ex director de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales de la División de Análisis y Políticas de Empleo de la OCDE³.

014
UCM

¹ Informe Oxfam Intermón nº49. (enero 2019). Desigualdad 1 – Igualdad de Oportunidades 0, p. 3. ² Informe Oxfam Intermón nº49. (enero 2019). Desigualdad 1 – Igualdad de Oportunidades 0, p. 3. Referenciado a OCDE. (2018). A social broken elevator – How to promote social mobility. OECD Publishing, Paris.

1.2 DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS EDUCATIVOS, DE GÉNERO Y TERRITORIALES

DETERMINANTES EDUCATIVOS

En cuanto a los **determinantes educativos**, las intervenciones en educación para la salud, o alfabetización en salud, tal y como lo denominan quienes trabajan en este campo, han demostrado que existe una relación entre comportamiento y salud, ya que a mayor nivel educativo (que se corresponde con un mejor puesto laboral y retribución económica), se posee más información y más opciones para escoger comportamientos saludables y aumentar la esperanza de vida.

La educación es una herramienta de mejora social ya que la formación permite el desarrollo de un pensamiento crítico para elegir un estilo de vida saludable y desechar con conocimiento lo pernicioso para nuestra salud.

Según **Javier Segura del Pozo**, vicepresidente de AMaSaP (Asociación Madrileña de Salud), **“el que las personas con menos nivel educativo tengan peores indicadores de salud no debe sorprendernos porque el nivel educativo es un aproximador a la clase social, y, por consiguiente, a las condiciones de vida, al grado de vulnerabilidad frente a la enfermedad y al nivel de exposición a riesgos acumulativos para la salud a lo largo de la vida”**. Para Melle Hernández, doctora en economía de la UCM, también está clara la importancia de la educación y las políticas de becas para reducir la desigualdad social. **“En España, por el sistema de becas a los estudios superiores, los universitarios con orígenes socioeconómicos más bajos registran tasas de acceso a las ocupaciones profesionales y directivas 14 veces superiores a quienes no completaron educación secundaria”**.

Lo que está demostrado y así lo indica la OMS, es que el nivel de educación formal e informal de las personas es un magnífico indicador de salud, algo en lo que insiste también María Sainz Martín, médico de Salud Pública y presidenta de la Fundación de Educación y Promoción de la Salud (ADEPS/Fundadeps).

Lo que está demostrado y así lo indica la OMS, es que el nivel de educación formal e informal de las personas es un magnífico indicador de salud.



DETERMINANTES EDUCATIVOS



DETERMINANTES TERRITORIALES

Otro de los grandes determinantes de la salud en España es el **territorial**: en la última década se ha acelerado un proceso de despoblación rural que hoy nos lleva a hablar de la España vaciada. En la actualidad, la dispersión territorial y la baja densidad de población dificultan la prestación de servicios básicos de salud (la densidad media en España es de 93 habitantes por kilómetro cuadrado, un 16,4% por debajo de la media europea), con un total de 3.926 municipios con una densidad inferior a los 12,5 hab/km², el umbral que la UE considera como de riesgo demográfico. Esto supone que prácticamente la mitad de nuestro territorio está en riesgo demográfico.

La población en España se agrupa alrededor de grandes ciudades que actúan con una fuerza centrípeta que despuebla el mundo rural y lo deja sin servicios de todo tipo. Según el informe sobre el medio rural y su vertebración social y territorial del 24 de enero de 2018, realizado por el Consejo Económico y Social, dependiente del actual Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, la debilidad de la zona rural se basa en “la escasez de servicios a la comunidad (sanidad, educación, cultura...) por razones de economía de escala debidos a la baja densidad y al aislamiento” (Consejo Económico y Social, 2018, p.77). Este déficit repercute tanto en la asistencia sanitaria primaria, hospitalaria y de urgencias o emergencias en el tratamiento y seguimiento de enfermedades.

Además de los recortes económicos y la disminución de los recursos, la sanidad rural se enfrenta a otros problemas: la falta de atractivo para futuros médicos (ni el futuro personal médico en formación en las universidades, ni los recién graduados lo consideran como una posibilidad laboral, según las declaraciones que el presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, Antonio Pujol, realizó en 2019). Ante esta reducción de recursos humanos y económicos resulta fundamental buscar soluciones para atraer a personal sanitario y nuevos habitantes a los pueblos españoles.



DETERMINANTES TERRITORIALES



DETERMINANTES DE GÉNERO

Además de las desigualdades socio - económicas, educativas y por territorialidad, existen a nivel de salud los sesgos de **género** que afectan a toda la sociedad y a su desarrollo, tal y como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha reseñado repetidamente refiriéndose a distintos aspectos (a la brecha salarial, el techo de cristal, la discriminación laboral, la doble jornada de trabajo en el ámbito doméstico y en el laboral, la invisibilidad y la gratuidad de los cuidados que presta la mujer a la infancia y a los mayores, la ausencia de políticas compensadoras de la maternidad), que no son ajenos al concepto de salud con una visión holística.

Estos sesgos de género también influyen en las desigualdades en el acceso a la salud. Los expertos definen estos sesgos como una diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud. Esta perspectiva se comienza a desarrollar con las reivindicaciones del movimiento feminista de los años 60-70. Y es en los años 90 cuando surge el interés por la investigación aplicada a la salud desde la perspectiva de género.

Aunque los datos de la OMS sobre la salud de las mujeres de 2000 a 2012 señalan la esperanza de vida de las mujeres mejoró en todos los países de Europa y siguió siendo superior a la de los hombres en los 53 estados miembros de esta organización, se ven a ellas mismas como menos saludables que los hombres, comunican más enfermedades y renuncian a la atención sanitaria por razones socioculturales. Las mujeres se preocupan en la primera etapa de su vida de la salud que denominamos física, aunque son más frecuentes los episodios depresivos y de ansiedad en el paso a la edad adulta; y, por último, en la vejez son más frecuentes las enfermedades cardiovasculares, de la columna lumbar, las tromboembólicas y los cánceres.

A pesar de los avances en el campo educativo y en la participación social, las niñas tienen una disminución en su bienestar subjetivo durante la adolescencia (está demostrado que los estereotipos de género que restan autoconfianza pueden provocar aspectos como ansiedad por conseguir una determinada apariencia física, la aparición de enfermedades mentales o incluso violencia de género o el acoso sexual).



DETERMINANTES DE GÉNERO



DETERMINANTES DE GÉNERO

En un informe de 2016 sobre salud y género, la OMS destaca que, la exposición a lo que denomina factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) y que aumentan el riesgo a desarrollar enfermedades y discapacidades más temprano. En la vida, hará aumentar la mortalidad entre las mujeres (World Health Organization, 2016). Por ejemplo: más del 50% de las mujeres en Europa tienen sobrepeso, con una mayor prevalencia entre las mujeres con un nivel educativo más bajo que en el caso de los hombres. Las adolescentes han reducido su actividad física y están alcanzando a los hombres en el consumo de tabaco y alcohol.

En cuanto a la investigación sanitaria la OMS destaca en el mismo informe que, a pesar de una mayor inclusión de mujeres en los ensayos clínicos, la participación es especialmente baja en los estudios en los que se determinan la seguridad, el rango de dosis seguro y los efectos secundarios (World Health Organization, 2016).

La médica especialista en endocrinología Carmen Valls Llobet publicó en 2020 el libro **“Mujeres invisibles para la medicina”** que se ocupa de este sesgo de género que generaliza las características masculinas a todos los pacientes sea cual sea su género.

“Está costando mucho aceptar que, a causa de los estereotipos culturales, sociales y psicológicos, estamos invisibilizando los problemas de salud de las mujeres, cometiendo errores en el diagnóstico, realizando exploraciones que no conducen a un fin eficaz y recomendando tratamientos que pueden enfermar o acelerar las enfermedades que pretendíamos tratar”.

(Valls, 2020).

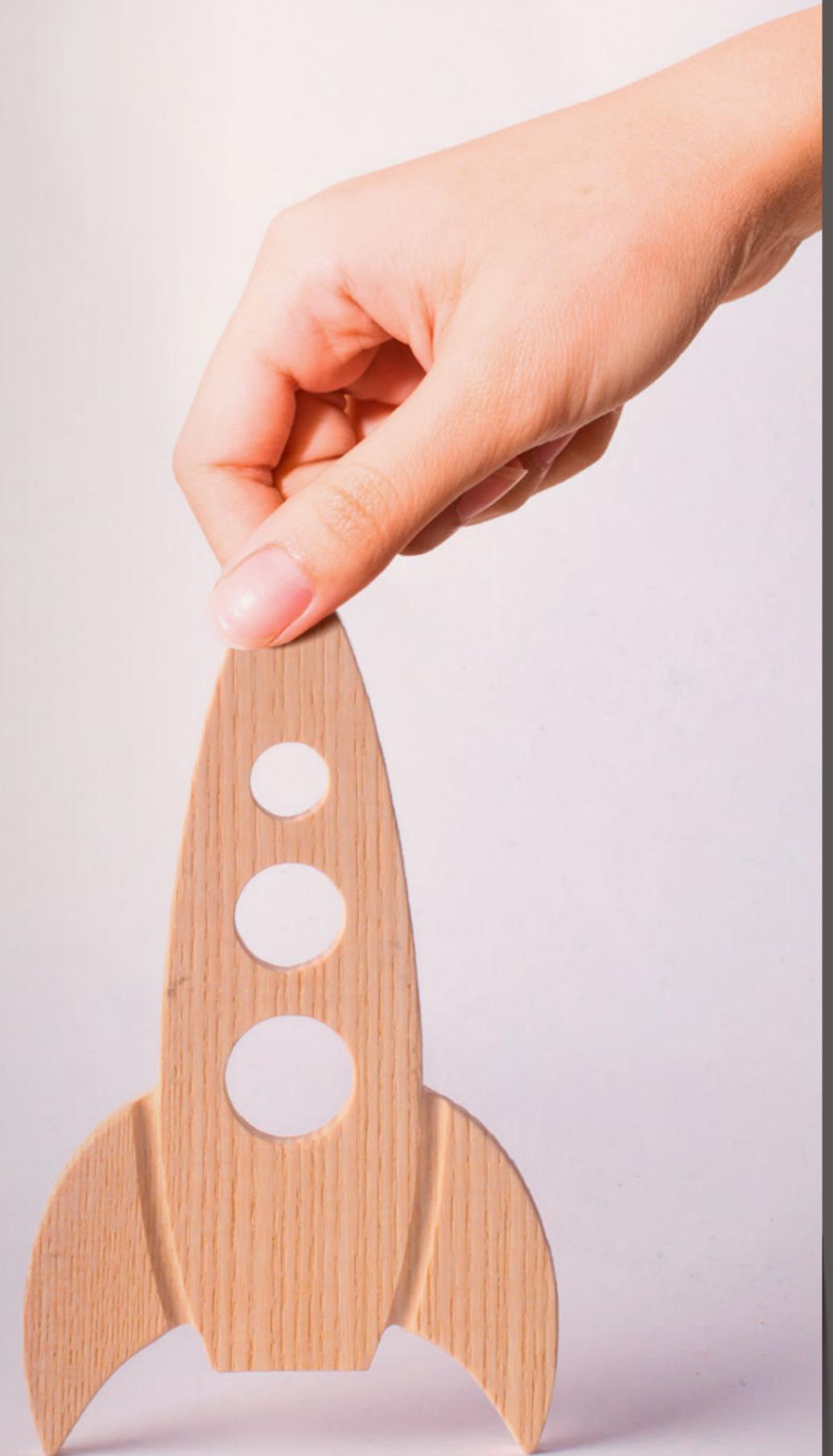


DETERMINANTES DE GÉNERO



METODOLOGÍA

PROPUESTAS INNOVADORAS
USANDO LA METODOLOGÍA



METODOLOGÍA

Existen desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país.

2. Metodología

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

El objetivo es aportar soluciones conjuntas e innovadoras a este grave problema.

Como se ha expuesto anteriormente, en nuestro país, uno de los retos más urgentes guarda relación con las persistentes desigualdades o inequidades en salud que se han ido agudizando en las consecutivas crisis económicas y sociales. Éstas, se han agravado y puesto de manifiesto, una vez más, durante la pandemia actual. Las inequidades sanitarias son, según la OMS, desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país o entre países, resultado de desigualdades en el seno de las sociedades.

Una de las organizaciones más comprometidas con este problema de la inequidad en salud en España, es la farmacéutica Bristol Myers Squibb (BMS). Tras más de 90 años transformando y mejorando la salud de los españoles, esta compañía ha impulsado este proyecto con el siguiente **objetivo principal: aportar soluciones conjuntas e innovadoras a este grave problema.**

Tras la identificación de la problemática, algunas de las **preguntas que se toman de partida para afrontar este objetivo son las siguientes:**

- 1 **¿Cómo podríamos imaginarnos la Salud en nuestro país de aquí a 10 años?**
- 2 **¿Cómo podemos reducir las desigualdades sanitarias?**
- 3 **¿Es posible imaginar un escenario diferente?**



Para afrontar este problema y dar respuesta a ésta y otras preguntas clave, BMS, en colaboración con otras organizaciones, puso en marcha un trabajo metodológico basado en el pensamiento **Moonshot**, centrado en abordar estos grandes determinantes para **diseñar y crear el futuro deseado en salud para España en los próximos 10 años.**

Se involucraron en el proceso Universidades (profesores y estudiantes), profesionales sanitarios e institucionales, con el objetivo de dar forma a un **Moonshot** para un futuro en la salud más igualitario en nuestro país.



PROPUESTAS INNOVADORAS USANDO LA METODOLOGÍA



2.2 MOONSHOT COMO ENFOQUE METODOLÓGICO INNOVADOR

La unión de todos en la consecución de un objetivo común es también un modo de sentirse más cerca, de compartir motivaciones, alinear esfuerzos, combinar talentos y perseverar en la consecución de los resultados. Una forma de lanzar misiones o "Moonshot", un concepto que ya ha defendido en Europa la economista Mariana Mazzucato, para apuntar a la necesidad de acometer grandes cambios en la sociedad, la industria y la economía tal y como las conocemos (Mazzucato, 2018).

Los Moonshot son eso, misiones atrevidas que generan soluciones disruptivas a problemas radicales. Cambios exponenciales, no lineales, que requieren de una cooperación extraordinaria: un proceso de colaboración diferente ante un gran reto, como el de la desigualdad en el acceso a la salud que tenemos en España, y que se puede concretar en un gran sueño compartido.

Además, los Moonshots se fundamentan en tratar de alcanzar futuros deseables, no conformarse con los futuros probables, generando proyectos que impacten positivamente a millones de personas para una transformación sistémica. Implican un proceso de "desaprender" la forma en que hacíamos las cosas para volver a aprender a hacerlas de un modo diferente. Requieren de innovación disruptiva, que nos permita pasar de un pensamiento incremental a uno exponencial.



Los Moonshots se fundamentan en tratar de alcanzar **futuros deseables, no conformarse con los futuros probables:**



Generando proyectos que impacten positivamente
a millones de personas para una transformación sistémica.



Innovación disruptiva,
que nos permita pasar de un pensamiento incremental a uno exponencial.

Los Moonshot son misiones atrevidas que generan soluciones disruptivas a problemas radicales. **Cambios exponenciales, no lineales,** que requieren de una cooperación extraordinaria.

PROPUESTAS INNOVADORAS USANDO LA METODOLOGÍA



METODOLOGÍA BASADA EN 5 MOMENTOS CLAVE:



1. INSPIRACIÓN:

Un proceso para abrir la mente y dejarse inspirar que conlleva:

Un learn to re-learn: liberarse/olvidarse de las barreras del presente para pensar en el futuro.

Future Cone: mirar a las tendencias y distinguir entre futuros probables (y plausibles) vs. futuros deseables (y posibles)



2. PENSAR/IMAGINAR EL FUTURO:

Pensamiento crítico sobre el presente adoptando perspectiva future-back para profundizar en retos claves y reflexionar sobre barreras y oportunidades existentes.



3. ENAMORARSE DEL PROBLEMA:

Partiendo de motivaciones profundas, identificar cuál es la problemática sobre la que hay que generar una solución disruptiva e innovadora, en este caso las desigualdades en torno a la salud.



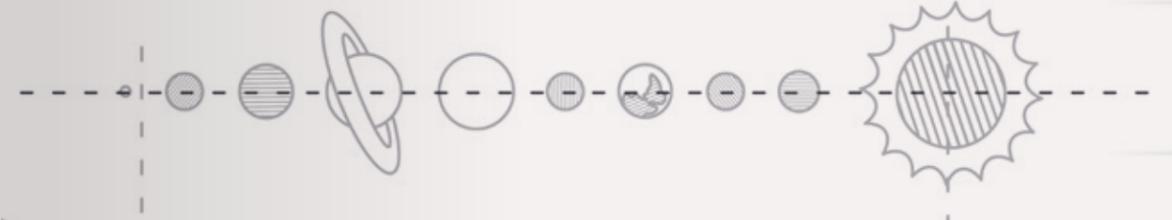
4. ARTICULACIÓN:

Ideación del *Moonshot* (desde la co-creación), para acercarnos a la visión compartida en torno a la salud en los próximos años.



5. PLAN DE ACCIÓN:

Una vez identificado el *Moonshot*, definir una hoja de ruta y trazado de plan de acción para poder hacerlo realidad, con iniciativas a corto y medio plazo y también a largo plazo.



La metodología *Moonshot Thinking* aúna, a diferencia de otras metodologías, miradas y experiencias heterogéneas de diferentes *stakeholders* para la búsqueda de soluciones disruptivas, generando en el proceso en un alto grado de entusiasmo y *engagement*:



Los participantes **encuentran un espacio libre, sin límites**, donde participar y pensar de una manera creativa.

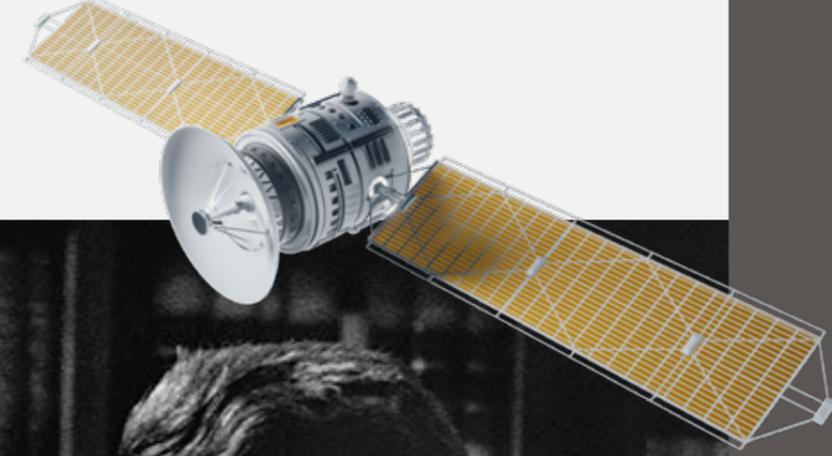


Tienen la posibilidad de aportar a la articulación de un *Moonshot* que va a **impactar en la Humanidad**.

“Desaprender” la forma en que hacíamos las cosas para volver a aprender a hacerlas de un modo diferente.

PROPUESTAS INNOVADORAS USANDO LA METODOLOGÍA



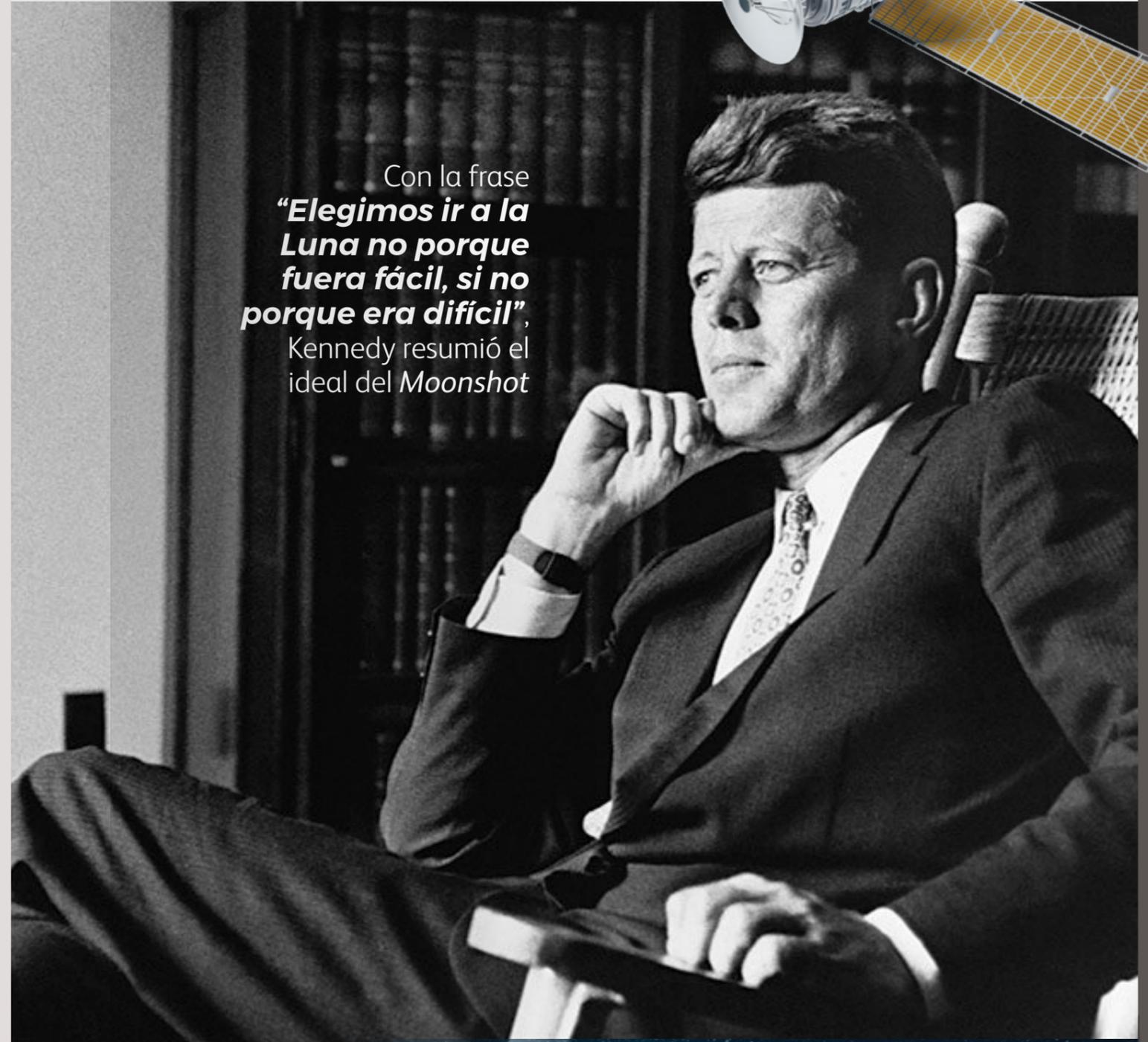


MOONSHOTS: UN VIAJE A LA LUNA

Cuando John F. Kennedy, en plena carrera espacial, se propuso el objetivo, imposible entonces de pisar la Luna, inauguró el primer *Moonshot* (literalmente “tiro a la Luna”) de la historia. ¿De verdad era posible hacerlo? El sueño de un hombre llevó a que, finalmente el 20 de julio de 1969, la tripulación del Apollo 11 alcanzara ese reto y Armstrong y Aldrin fueran los primeros humanos en pisar suelo lunar.

Con la frase “Elegimos ir a la Luna no porque fuera fácil, si no porque era difícil”, Kennedy resumió el ideal del *Moonshot*: hacer posible lo imposible. Y trabajar para ello. Sin duda, detrás de ese objetivo se desencadenó todo un proceso de innovación, fundamental en el pensamiento y la metodología *Moonshot*, que se ha seguido desarrollando desde aquel momento hasta ahora. Una innovación exponencial, disruptiva, que busca dar respuesta a los grandes retos que tenemos como Humanidad, generando un impacto positivo en miles y millones de personas y en el planeta. Este pensamiento *Moonshot* ha sido adoptado por grandes referentes mundiales en innovación, como Google (que lanzó Google X, su fábrica de *Moonshots*), y también ha sido adoptado en Europa, por la Unión Europea, para redefinir el futuro que necesita el continente, en un momento de *reset* y de necesidad de innovación. En este contexto, la reconocida Profesora Mariana Mazzucato escribe sus recomendaciones para Europa partiendo del concepto de *Moonshot*, al que renombra como *Misión*. Con su trabajo quiere dar un nuevo estímulo a toda Europa y empujar a un crecimiento económico con propósito.

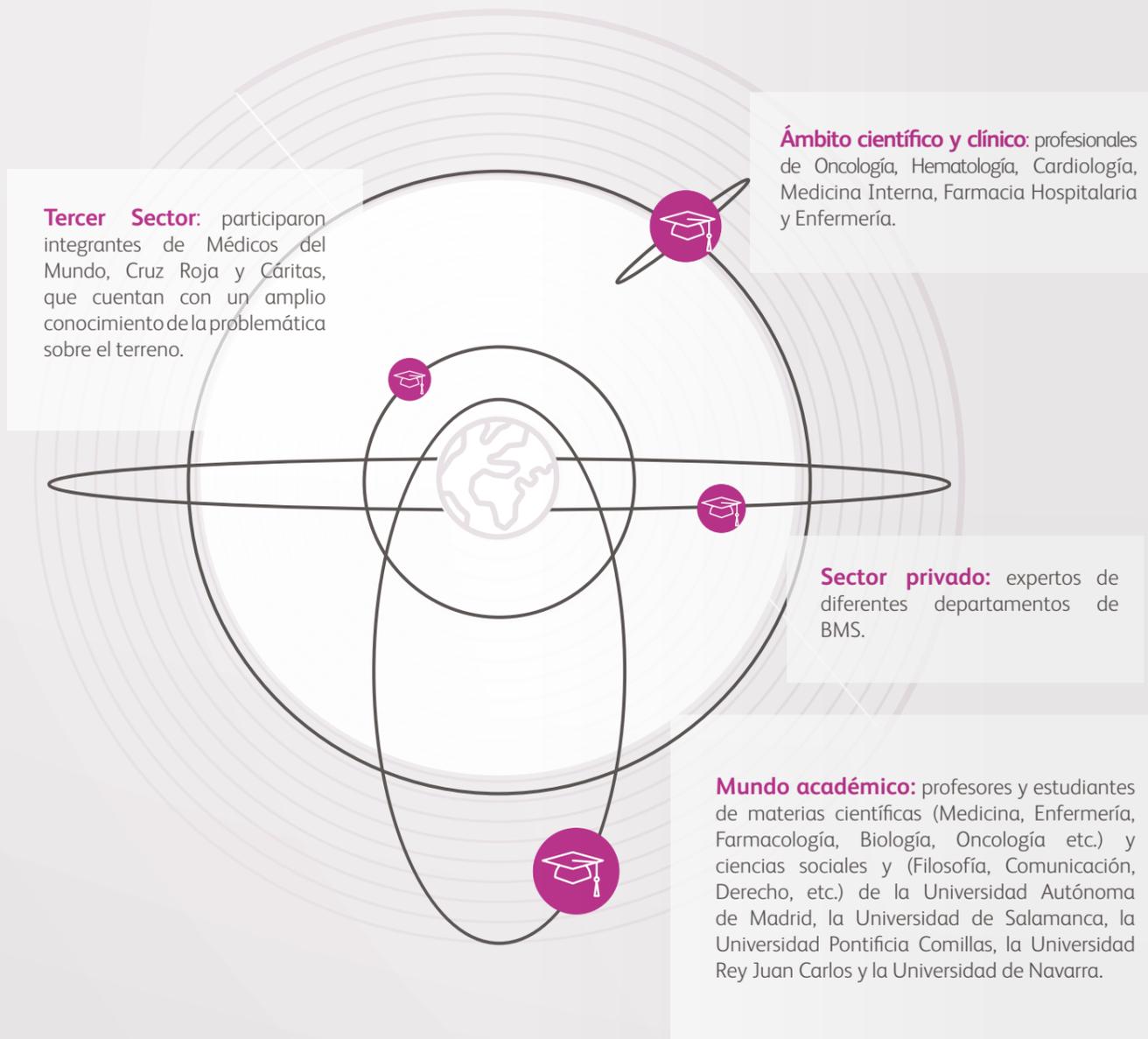
Con la frase
“Elegimos ir a la Luna no porque fuera fácil, si no porque era difícil”,
 Kennedy resumió el ideal del *Moonshot*



2.3 EL RETO DE LA IGUALDAD EN LA SALUD: UNA PERSPECTIVA MOONSHOT

La metodología *Moonshot* con la que **BMS** ha impulsado la búsqueda de este gran sueño compartido en España en torno a la Salud, ha sido desarrollada e impulsada en Europa por el Instituto Europeo de las Tecnologías Exponenciales y los Futuros Deseables, junto a la plataforma de sostenibilidad Quiero.

Durante dos meses, la metodología *Moonshot* que se impulsó desde BMS, supuso la realización de **tres sesiones de trabajo**, de dos días cada una, con la involucración de varias universidades españolas en diferentes puntos geográficos del país, expertos científicos y clínicos, ONG y personas de BMS.



En total **participaron en la metodología más de 150 personas**, divididos en grupos de 40- 45 personas, con miradas muy diferentes en torno a la salud de nuestro país:

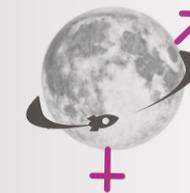
Se seleccionaron los frames de territorialidad, género y educación con el fin de contribuir a buscar soluciones para reducir las desigualdades en salud:



Territorialidad

Igualdad de acceso a la cartera de servicios sanitarios en entornos rurales o urbanos.

Frame



Género

La plena inclusión de **todas las personas sin discriminación** por género, etnia, edad, discapacidad, orientación sexual.

Frame



Educación

El acceso universal a la **educación para la salud y su prevención**.

Frame

El determinante socioeconómico fue descartado de la metodología dado que implica fundamentalmente un abordaje institucional/gubernamental a nivel país y Unión Europea.

2.4 DESARROLLO Y APLICACIÓN DEL MOONSHOT: IR AL FUTURO Y VOLVER

PRIMERA JORNADA La primera jornada tuvo lugar el miércoles 9 y jueves 10 de diciembre de 2020, en asociación con:

 la **Universidad Autónoma de Madrid (UAM)**

SEGUNDA JORNADA En el segundo encuentro que se celebró el lunes 14 y el martes 15 de diciembre de 2020, participaron:

 la **Universidad de Salamanca**

 la **Universidad Pontificia Comillas**

 la **Universidad Rey Juan Carlos.**

ÚLTIMA JORNADA Y el último encuentro, celebrado el martes 19 y el miércoles 20 de enero de 2021, se realizó conjuntamente con:

 la **Universidad de Navarra.**

En cada una de las jornadas, los asistentes fueron divididos en grupos para abordar, cada uno y por separado, los tres frames presentados: igualdad de acceso a la cartera de servicios sanitarios en entornos rurales o urbanos (**territorialidad**); plena inclusión de todas las personas sin discriminación a la salud (**por género, etnia, edad, discapacidad, orientación sexual**); y, por último, acceso universal a la educación para la salud y su prevención (**educación**).

Entre los **150 Participantes** se seleccionaron tres frames o desafíos en territorialidad, educación y género para contribuir a buscar soluciones que reduzcan las desigualdades en salud. Para buscar respuestas y e impulsar los *Moonshots*, los workshops se desarrollaron bajo el mismo proceso dentro de los 4 momentos claves previamente descritos:



Pregunta disparadora.

Con el objetivo de dar respuesta a una pregunta retadora que contribuya a resolver una problemática. De este modo, los participantes se involucran desde el principio, haciendo propio el reto.

01



Reflexiones preliminares.

Consideraciones de los participantes sobre la temática que sirven para cuestionarse el desafío.

02



Motivaciones profundas.

Visibilizar la realidad para ahondar en las diferentes soluciones.

05



Barreras.

Identificar las barreras que impidan el desarrollo del *Moonshot*.

03



Enamorarse del problema.

Con el desafío identificado, acelerar para encontrar la solución y pasar a la acción.

06



Aceleradores.

Encontrar las palancas de cambio que permitan desarrollar los futuros deseables.

04



Desarrollo del *Moonshot*, para generar el cambio.

07

IR AL FUTURO Y VOLVER

Durante cada jornada los participantes asistieron a charlas inspiradoras de referentes en innovación y *Moonshot*, entre los que se encontraban Pablo Rodríguez (Ambassador y Advisor en X, *Moonshot Factory*, anteriormente CEO de Alpha Telefónica); Cecilia Tham (Principal y Future Synthesist, *Futurity Studio*); Harald Neidhardt (CEO de *Futur/io Institute*, *European Institute of Exponential Technologies & Desirable Futures*) y Sandra Pina (Directora General de *Quiero*), con las que se abrió el **proceso de ideación**.

Este proceso impulsó a los participantes a pensar, en cada uno de estos frames, el futuro a 10 años vista: las barreras y limitaciones en cada territorio, así como los aceleradores y palancas de impulso en cada uno de ellos para una salud más igualitaria.

Se articularon un total de tres *Moonshot* en torno a la salud, uno por cada territorio seleccionado. En cada uno de ellos los participantes tuvieron el reto de idear y articular cada *Moonshot*, y delinear un plan de acción a 3 meses, 1 año, 3 años y 10 años. Los *Moonshot* resultantes proyectan una visión audaz del futuro para una comunidad construida en torno a valores comunes.



UN MOONSHOT PARA LA BRECHA DE TERRITORIALIDAD

PROPUESTAS INNOVADORAS
USANDO LA METODOLOGÍA





UN MOONSHOT PARA LA BRECHA DE TERRITORIALIDAD

Con el fin de abordar las desigualdades en salud a nivel territorial en España, durante los workshops se partió de una pregunta disparadora en el frame de territorialidad:

¿Cuándo se podrá contar en el área rural de España con un acceso a asistencia sanitaria del mismo estándar que el área urbana (permanente, especializada)?



3.1 REFLEXIONES PRELIMINARES: BARRERAS Y ACELERADORES

Los participantes en los workshops hicieron propio el gran reto de la España vaciada, concepto que se ha acuñado durante la última década para referirse al proceso acelerado de despoblación rural que está viviendo nuestro país, donde vemos un déficit relevante de servicios públicos sanitarios y una falta de homogeneidad entre los servicios de salud regionales y las prestaciones que reciben los ciudadanos, provocando desigualdad entre las comunidades autónomas.



BARRERAS



Las principales barreras que identificaron los asistentes para alcanzar un sistema de atención sanitaria igualitaria en España a 2030, aparecen vinculadas a:

-  Las diferencias territoriales persistentes.
-  El proceso de despoblación que sigue creciendo y que provoca falta de infraestructura y profesionales de la salud.
-  El avance de las tecnologías (más lento en las áreas rurales y su coste). Y una población envejecida con escaso o nulo acercamiento a la tecnología.
-  Dificultades de movilidad/desplazamientos.
-  De forma transversal a las cuatro barreras anteriores aparece el concepto de la sanidad más dirigido a la curación que a la prevención.

ACELERADORES



Por otra parte, se mencionaron los siguientes aceleradores:

La tecnología, que aparecía como una barrera, también surge como una palanca para facilitar una transición más rápida:

-  **Tecnología para la atención:** telemedicina como una opción para acercar el seguimiento y tratamiento a las áreas rurales, pero también como un impulso para la re-población de nuestros pueblos.
-  **Tecnología para tratamientos:** posibilidad de extender algunos tratamientos de mayor complejidad a las áreas rurales.
-  **Tecnología para la movilidad:** capacidad de disminuir la brecha de movilidad (ej. Drones).

Los participantes a los workshops consideraron clave fomentar nuevos estilos de vida a través de la **concienciación de una salud 360°**, cuyo objetivo no sea exclusivamente la curación, sino también, y sobre todo, la prevención de hábitos saludables. Además, se hizo gran hincapié en el fortalecimiento de la atención primaria.

3.2 INSIGHTS O MOTIVACIONES PROFUNDAS

Fruto de las reflexiones en equipo, se identificaron tres **ideas profundas** (o insights):



La salud de nuestros pueblos no es sólo salud.

La salud de nuestros pueblos no se debe asociar sólo a la asistencia médica sino a la necesidad de ampliar el concepto de salud como sinónimo de vida, de generación de oportunidades laborales, impulso de servicios para fijar población, retener el éxodo de jóvenes y atraer a nuevos habitantes para que entre todos puedan dinamizar la economía y el entorno.

Una salud al alcance de todos, estés donde estés.

La salud ya no es estática. Hoy la asistencia sanitaria tiene múltiples opciones, no se puede pensar en recibir asistencia sólo física: la telemedicina, la inteligencia artificial, la generación y análisis de datos y dispositivos *wearable* abren un mundo de posibilidades para el ámbito rural y también, por qué no, para el urbano de salud en movimiento que llevábamos con nosotros a través de nuestros relojes inteligentes o dispositivos móviles.

Cuidarnos es cosa de todos.

Surge un concepto de simbiosis al hablar de salud porque no sólo el médico es el que cuida. Todos tenemos que cuidarnos entre todos. En el ámbito rural cobra aún más importancia como las comunidades de autocuidado, que refuerzan el concepto de mirar por la salud de todos, entre todos, revalorizando al mismo tiempo la figura del médico que nos cuida y al que también tenemos que cuidar. Y cuidarnos. De cuidado individual a cuidado comunitario.

3.3 EL GRAN MOONSHOT EN TERRITORIALIDAD

El proceso de trabajo multidisciplinar por grupos llevó a la verbalización de un gran *Moonshot* en el *frame* de territorio que se articuló de la siguiente manera:

Cuidar la vida de nuestros pueblos, reforzando y extendiendo la red de atención sanitaria en la zona rural.

¿Cómo? Fomentando comunidades de autocuidado, a través de la movilidad e impulsando la telemedicina y los nodos de salud.

El Moonshot giró en torno a tres grandes ideas:



Creación de comunidades de autocuidado:

Los participantes vieron necesario impulsar el concepto de comunidad, a través de una red de agentes locales capacitados, formados en salud para atención primaria o auxiliar (ej. farmacéuticos o paramédicos), y personas que pudieran dar apoyo a la población para el acceso a telemedicina en centros comunitarios. Estas comunidades de autocuidado, informadas y concienciadas en prevención de enfermedades, podrían encontrar también en las escuelas un apoyo, creando un entorno de prevención en salud y sanitario.



Telemedicina y atención a distancia:

Se consideró necesario la generación de nodos rurales en ciertas localidades que cuenten con mayor población para disponer de profesionales de apoyo para atender a través de telemedicina, en el que la Inteligencia Artificial entraría en juego a nivel de detectar posibles enfermedades con una asistencia telemática 24 horas 7 días a la semana.



Movilidad:

Se apostó por la inclusión de unidades móviles que roten por las zonas rurales para prestar atención más frecuentemente, en función de las demandas y necesidades.

3.4 POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Para dar y cuidar la vida de nuestros pueblos, reforzando y extendiendo la red de atención sanitaria en la zona rural, los participantes en los *workshops* identificaron **cinco posibles líneas de actuación**.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 1 ATRACCIÓN DE PROFESIONALES Y GENERACIÓN DE REFERENTES

Repensar la enseñanza de las carreras universitarias de medicina para compaginar las prácticas lejos de la ciudad, generando con ello un polo de atracción al área rural. Para ello, se analizó la posibilidad de incentivar que los estudiantes que están haciendo residencia/prácticas puedan seguir su formación práctica en el ámbito rural, brindando nuevas oportunidades a los pueblos y a los estudiantes:



Facilitándoles el conocimiento de la realidad rural y una posible vía de trabajo futuro.



Contribuyendo con ello a generar mayor demanda de servicios en las áreas rurales: necesidades de vivienda, servicios, etc.



Ofrecer incentivos económicos, tecnológicos y logísticos para atraer a los profesionales de la salud rural, incentivando su atracción/retención, con el fin de establecer un equilibrio entre la telemedicina y la atención directa.



Implicación de los ayuntamientos (incluyendo autoridades sanitarias), en la organización de referentes de salud locales, apoyados en la designación de espacios en cada pueblo para el acceso a la telemedicina u otros fines sanitarios (ej. clubes, salas en ayuntamientos...). Para los participantes, sería necesario la búsqueda de ubicación de los nodos con referentes no sólo de salud, sino sanitarios, trabajadores sociales y educadores de salud.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 FORMACIÓN DE AGENTES DE SALUD



Impulsar la formación de más profesionales de la salud en tecnología digital, tanto para médicos rurales como entre los profesionales en hospitales comarcales u otros posibles nodos de salud.



Detección y formación de agentes de salud en cada pueblo, con varias funcionalidades:



Conocimientos y formación tecnológicos para que puedan ayudar a la población más envejecida a acceder a atención médica digital.



Trabajo cualitativo multizonal: formar a profesionales ya existentes (ej. farmacéuticos, paramédicos), para que amplíen prestaciones de salud básicas en las zonas rurales.



Contar con perfiles que sean nexos en temas de salud que detecten las quejas y las necesidades en salud del pueblo y puedan ser el nexo con el gobierno local y regional.



Educación:

Se vio preciso desarrollar programas de sensibilización en salud desde el colegio, con integración también de los centros de salud rurales para favorecer la llegada de programas de sensibilización en el cuidado y prevención de la salud.



← LÍNEA DE ACTUACIÓN **3** **TECNOLOGÍA**

La tecnología se ha convertido en nuestra aliada diaria, también para la medicina y la salud y es uno de los pilares sobre los que construir y reforzar la atención sanitaria rural, a través de:

TELEMEDICINA Y USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL



Generar una red nacional de telemedicina compuesta por personal.



Desarrollar a través de inteligencia artificial (IA) una Alexa sanitaria que detecte anomalías y pueda establecer diagnósticos sencillos, conectando con el nodo sanitario o el centro sanitario para atender otras necesidades más complejas.



Espacios multiusos en áreas rurales donde poder acceder, a través de puntos de conexión, a Internet (con un coordinador/agente asistente) para ayudar a los residentes del pueblo.



Seguimiento telefónico y online del paciente.



Incorporar la idea del *Home Delivery* en salud para el envío de medicinas para personas que no se puedan desplazar. También el uso de drones para llegar a lugares de difícil acceso e involucrar a empresas con una gran capilaridad, como Correos, para el envío de kits de salud determinados una vez analizada la necesidad del paciente.



Empleo de dispositivos wearable para ofrecer información y datos a profesionales de forma remota.



Seguimiento en tiempo real, gracias a los datos, de los servicios sanitarios para readaptar las necesidades.

← LÍNEA DE ACTUACIÓN **4** **MOVILIDAD**

Empleo de unidades móviles y movibles que se puedan adaptar según las necesidades de las poblaciones, como puede ser el autobús médico.

La movilidad implicaría, por una parte, la mejora de la red de comunicaciones de transporte y, por otra, las telecomunicaciones para mejorar la conexión de los profesionales y dotarles de las mejores herramientas para su trabajo, como conexión a Internet segura y estable.



← LÍNEA DE ACTUACIÓN **5** **INVESTIGACIÓN**

La investigación aglutinaría las cuatro líneas de actuación anteriores y ayudaría dimensionar y valorar la problemática (la brecha entre lo rural y lo urbano) en todo el territorio nacional, a través de un estudio que tenga en cuenta las necesidades reales en términos de salud de la población en las zonas rurales.

La investigación debería ser completa: número de pacientes, edad, sexo, patología, necesidades de material y de tecnología. Cuántas veces necesitan desplazarse para ser atendidos. Cuántos pacientes necesitan atención primaria frente a especialistas. En definitiva, un estudio que analizará la situación actual, con retrospectiva de dónde se venía y con visión de futuro para establecer objetivos.



UN MOONSHOT EN EDUCACIÓN EN SALUD

PROPUESTAS INNOVADORAS
USANDO LA METODOLOGÍA





UN MOONSHOT EN EDUCACIÓN EN SALUD

En el caso del *Moonshot* en educación se partió también de una gran pregunta disparadora:

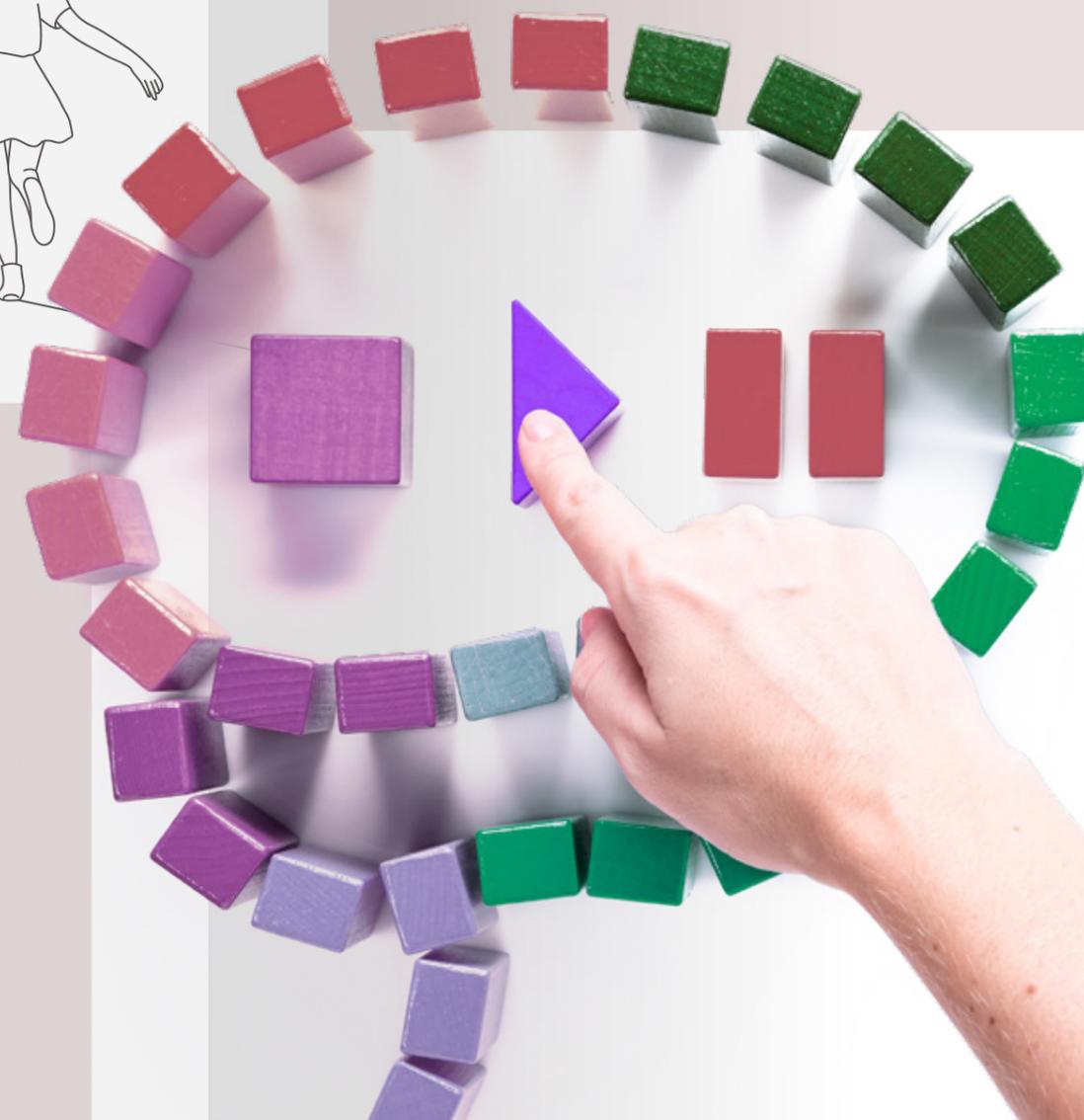
¿Cuándo se conseguirá que toda la población española tenga la educación y la motivación para prevenir en todo lo que se refiere a la salud?



Los participantes han coincidido en vincular la relación evidente entre comportamiento y salud y reconocen la dificultad de cambiar para adoptar y practicar hábitos saludables ya que este cambio no pasa por tener acceso a mucha información, sino por un cambio mucho más profundo que tiene que ver con los valores y convencimiento individual, en los que los participantes sentían no se está invirtiendo lo suficiente.

Aquí ha entrado en juego el papel de la educación en salud y la importancia de educar desde la infancia en hábitos saludables para que se extiendan durante todas las etapas. Han coincidido en la idea de que la educación en salud promueve bienestar social y sociedades más felices y sanas.

Un ejemplo es que sigan existiendo enfermedades evitables como el tabaquismo o el alcoholismo, a pesar de la información existente. Estas dos adicciones son un claro ejemplo de que cambiar los hábitos poco saludables no es sencillo, cuesta esfuerzo y persisten grandes barreras que obstaculizan la adopción de hábitos de vida saludable.



Es importante educar desde la infancia en hábitos saludables para que se extiendan durante todas las etapas. La educación en salud promueve bienestar social y sociedades más felices y sanas.

4.1 REFLEXIONES PRELIMINARES: BARRERAS Y ACELERADORES

Una de las primeras consideraciones de los participantes en los workshops fue que a mayor acceso a educación las personas tenemos mayor nivel de conocimiento y capacidad para apostar por comportamientos saludables, que redundan en mayor esperanza de vida. Según la EAPN (Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social) las personas con menor nivel adquisitivo y en situación de pobreza fuman más que las que tienen más recursos, (24,5%/20,8%), padecen obesidad en más casos (21,9%/15%), hacen menos ejercicio (47%/32,6%) e ingieren menos fruta, verdura, carne y pescado.

BARRERAS



La educación en salud tiene que enfrentarse a diferentes barreras:



En primer lugar, una mentalidad cortoplacista que no está orientada a pensar con perspectiva de futuro en cuanto al tema salud personal. Por un lado, las personas siguen siendo egoístas: “si hoy en día me encuentro bien, ¿por qué no tendría que ser así mañana?” Por otro lado, cuidar la salud no tiene un resultado inmediato en el presente. También y desde una mentalidad individualista, las personas son más propensas a pensar en sí mismas que en el beneficio colectivo.



Escasez de claridad sobre canales oficiales a través de los cuales se trasmite la educación en salud: “¿quién educa a la salud? ¿La familia, las madres, los centros educativos...?” La educación en salud es de todos, pero tampoco de nadie en particular o de la propia familia.



Los hábitos saludables pueden parecer caros porque requieren tiempo y dedicación, tanto para hacer deporte como para integrar una dieta sana y puede parecer que solo está al alcance de las clases medias/altas. “Comprar comida rápida o calentar comida precocida es mucho más barato y cómodo que cocinar sano en tu casa”.



Sobreinformación o información falsa en RRSS sobre hábitos saludables o salud en general.



Por otra parte, mantener hábitos de vida saludable puede resultar “aburrido”, como “comer sólo verduras y pescado”.

ACELERADORES



En los workshops se identifican cuatro aceleradores en materia de educación en salud:



Una educación en valores orientada a la acción: aprender haciendo *learn by doing*.



La **diversión como acelerador** y dinamizador del cambio.



Creación de nuevos modelos a seguir que se conviertan en **referentes en salud**.



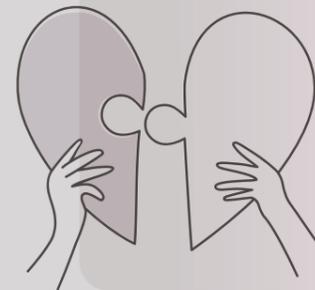
La tecnología como facilitadora: mejora el acercamiento, accesibilidad y capilaridad.

4.2 INSIGHTS O MOTIVACIONES PROFUNDAS

Los participantes en los *workshops* han identificado dos motivaciones a las que hacer frente para fomentar la educación en hábitos saludables:

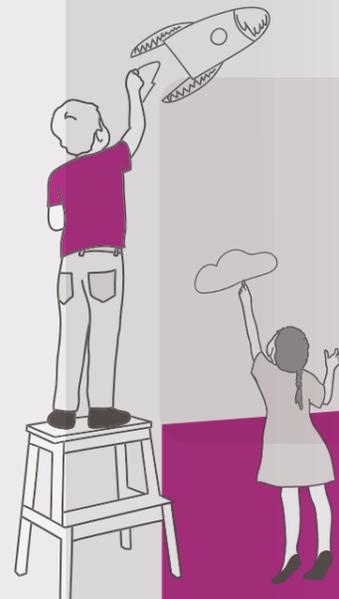


“La motivación en salud es lo que más cuesta”: Todos sabemos que para estar bien necesitamos cuidar de nuestra salud y adoptar hábitos de vida saludables. Pero nos olvidamos de la salud hasta que la perdemos, y en ese momento nos arrepentimos de no haber sido previsores. Lo que falta no es la información sino la voluntad y la motivación personal para mantener y vivir la salud. Cambiar es difícil y también incómodo.



“La salud del individuo es la salud de la colectividad”: Cuidar de nuestra salud es también cuidar de la salud de los demás. Nuestros hábitos y nuestros comportamientos tienen impactos (grandes o pequeños) en la comunidad en la cual vivimos y en la sociedad. Nuestras acciones tienen distintos impactos, no sólo a nivel personal sino también a nivel colectivo. Hay que entender las consecuencias de nuestras acciones y actuar de manera consciente.

4.3 EL GRAN MOONSHOT EN SALUD



El *Moonshot* en salud se articuló de la siguiente manera a partir de las aportaciones de los diferentes grupos:

Formar, empoderar y apoyar a una nueva generación de españoles como agentes de cambio y promotores directos en salud.

Formar, empoderar y apoyar a una nueva generación de españoles como agentes de cambio y promotores directos en salud.

4.4 POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Para formar, empoderar y apoyar a una nueva generación de españoles como agentes de cambio y promotores directos en salud, los participantes en los workshops identificaron cinco líneas estratégicas de actuación:

LÍNEA DE ACTUACIÓN 1 EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Sin duda, la promoción de hábitos saludables en centros educativos (colegios y universidades) genera la mayor propuesta de ideas:



La salud como asignatura.



Difusión de lecciones multidisciplinares como expertos, pacientes (testimonios), empresas, sociedad civil, familiares (abuelos, padres) etc.



Posible contenido de la asignatura para educar en VALORES y educar en la empatía.

Fomentar la educación en:



La inclusión (personas con capacidades diferentes).



La solidaridad frente a la competición.



La ciudadanía, civismo y conciencia cívica.



El pensamiento crítico.



Hábitos de vida saludable y concienciar sobre enfermedades evitables.



El equilibrio físico y mental: mens sana in corpore sano.



La felicidad.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 FUERA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS

Actuar fuera de los centros educativos (colegios y universidades), pero en su proximidad y apostando por la colaboración:



Programas extraescolares que fomenten campus o talleres creativos para que los niños jueguen y aprendan.



EDUCAR EN LA GRANJA: actividades en huertos y granjas para educar a la comida sana acercándose a la naturaleza.



Educar en la cocina: actividades compartidas en familia (cocinar juntos, hacer las compras, etc.).



EVENTOS DEPORTIVOS: días de deporte.

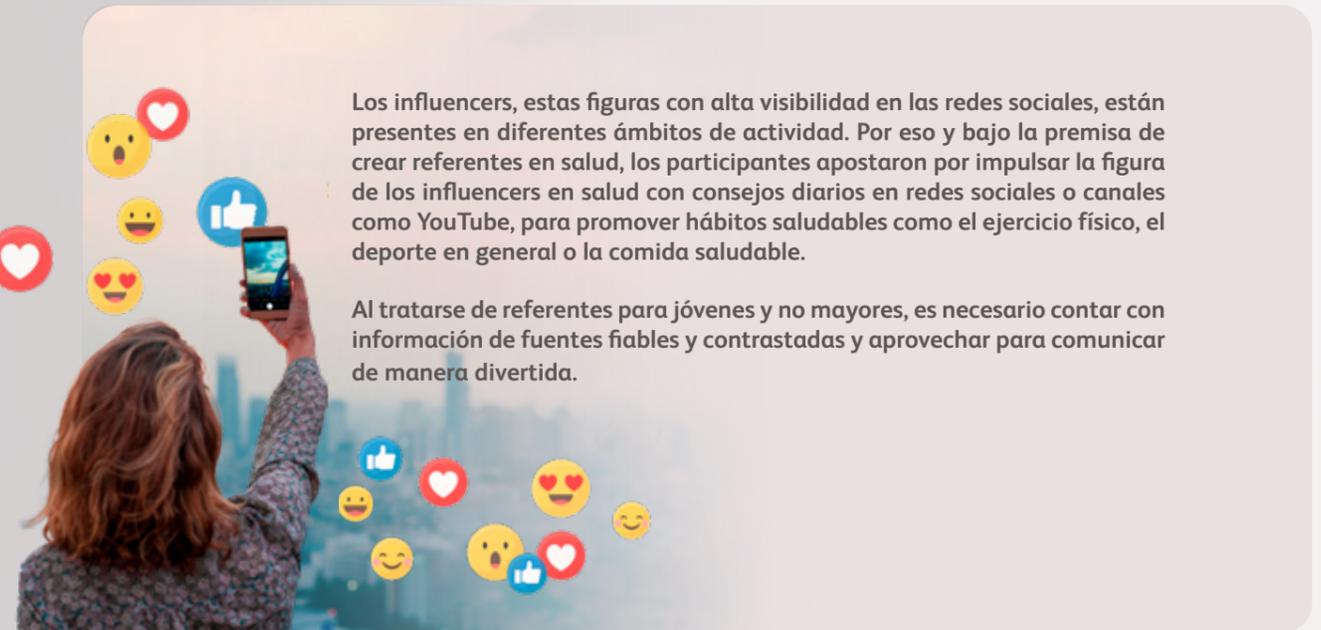


Parques recreativos en salud / Museo de la Salud / Laboratorio de Salud.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 3 INFLUENCERS EN SALUD

Los influencers, estas figuras con alta visibilidad en las redes sociales, están presentes en diferentes ámbitos de actividad. Por eso y bajo la premisa de crear referentes en salud, los participantes apostaron por impulsar la figura de los influencers en salud con consejos diarios en redes sociales o canales como YouTube, para promover hábitos saludables como el ejercicio físico, el deporte en general o la comida saludable.

Al tratarse de referentes para jóvenes y no mayores, es necesario contar con información de fuentes fiables y contrastadas y aprovechar para comunicar de manera divertida.



↳ LÍNEA DE ACTUACIÓN **4** **TECNOLOGÍA**

La tecnología es otra de las grandes aliadas que surgieron en el proceso de *Moonshot*. También en el caso de la educación en salud. En este caso, el rol de la tecnología se amplió no sólo al uso de nuevos canales y herramientas, sino también a la creación de nuevos puntos de contacto:



PLATAFORMA DIGITAL (NACIONAL) DE FORMACIÓN EN SALUD:

se elaboró una propuesta de lanzamiento de un plan educativo para niños, jóvenes y profesores de formación en salud mediante una plataforma industrial.



VIDEOJUEGOS EN SALUD:

en una clara apuesta por la gamificación para concienciar a través de videojuegos sobre los beneficios de contar con hábitos saludables y comunicar los perjuicios. En los videojuegos se podría incluir retos educativos con premios reales (ej. recompensa en productos alimentarios saludables)



INTELIGENCIA ARTIFICIAL (AI):

empleo de la inteligencia artificial para difundir consejos de salud individualizados (*Individualized Health Instructions*), a través de dispositivos móviles o *wearables*. Se podría realizar en colaboración con las grandes empresas tecnológicas (Google, Apple, Samsung...).



La tecnología, además, fue resaltada como una herramienta positiva para luchar contra la información falsa (bulos) en hábitos saludables.

↳ LÍNEA DE ACTUACIÓN **5** **EMPODERAMIENTO**

Para apoyar a una nueva generación de españoles como agentes de cambio y promotores directos en salud sería fundamental el empoderamiento de los jóvenes para formar a personas que se constituyan en agentes de cambio en salud, involucrando de esta manera a los niños y jóvenes para asumir responsabilidades en salud y pasar a la acción. Para ellos se propone una serie de iniciativas como:



MINI-MINISTERIO DE VIDA SALUDABLE: organizado por y para niños / jóvenes: creación de movimientos y comunidades autogestionadas, impulsadas por niños y jóvenes que se constituyan en promotores directos de eventos e iniciativas. Para ello es fundamental “impulsar procesos participativos en el que sean los protagonistas, escucharlos y ayudarles a dar respuesta a sus demandas”.



CONCURSOS CON PREMIOS: Impulso de “Concursos de Salud” que podrían tener un carnet de salud por puntos, como si fuera un programa con premios o el desarrollo de “Concurso escolar” diario al más sano, tipo Got Talent (en este caso *Got Healthy*).

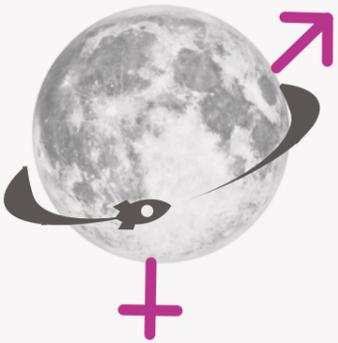


UN MOONSHOT EN DIVERSIDAD



PROPUESTAS INNOVADORAS
USANDO LA METODOLOGÍA

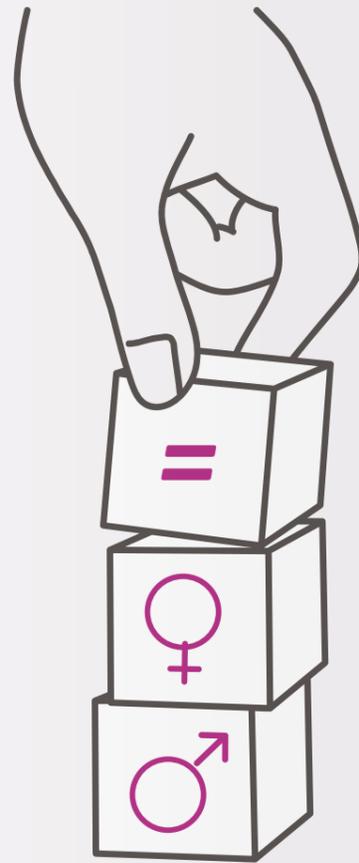




UN MOONSHOT EN DIVERSIDAD

El tercer frame partió de una pregunta disparadora:

¿Cuándo vamos a conseguir una salud más inclusiva, que recoja las distintas realidades y necesidades en un mundo cada día más diverso?



5.1 REFLEXIONES PRELIMINARES: BARRERAS Y ACELERADORES

El desafío de alcanzar una salud más inclusiva en género parte desde el punto de vista de la investigación y el diagnóstico, aunque con limitaciones ya que exclusivamente los participantes que provenían del mundo social eran conscientes de la magnitud de este reto; el resto no identificó como necesario el abordaje de un *frame* exclusivamente centrado en el género, sino que ampliaron la mirada hacia nuevos horizontes, incluyendo aspectos de diversidad más reales e inclusivos.

Estas fueron las principales ideas fuerza en torno a una salud vista desde la óptica de la diversidad:



SALUD INCLUSIVA

Pone el foco en las personas en riesgo de exclusión social, minorías, pobreza, personas con capacidades diferentes...



SALUD INTEGRAL:

Pone el foco en la necesidad de cruzar disciplinas. Prevención y atención desde diferentes miradas y perspectivas: mental, biológica, genética, psicosocial...



SALUD HOLÍSTICA:

Con el foco en la complejidad del ser humano y como todo está conectado y es interdependiente: somos cuerpo, mente y espíritu.

BARRERAS

Si bien en general el reto de pensar en un sistema de atención sanitaria personalizada en toda España aparece como algo alcanzable a medio plazo (2030), las mayores barreras que surgieron estuvieron vinculadas a:



En la actualidad no se contemplan, al hablar de salud, las diferencias culturales existentes.



Resistencia a ceder datos personales cuando se habla de salud en tanto no se visualiza un beneficio claro, directo e individual.



Por otra parte, surgió la necesidad de implicar a entidades públicas, profesionales de la salud, tanto pública como privada, y al tercer sector para que colaboren y tomen decisiones integrando las diferentes posturas y puntos de vista en materia de salud.



La tecnología, aunque puede ser un acelerador, es por ahora una barrera porque no se emplea a gran escala. No existe un registro de datos unificados y no se analiza la información que puede dar claves para una gestión sanitaria mejor y que ayude a prevenir enfermedades.



Existe una brecha digital por falta de preparación digital del profesional de la salud a lo que se une un menor acceso de a la tecnología entre los colectivos más vulnerables.



Falta de colaboración interdisciplinar y cultural que arrastramos como sociedad, a lo que se suma la necesidad de grandes recursos económicos.

ACELERADORES



Por otra parte, se mencionaron los siguientes aceleradores: La tecnología, que aparecía como una barrera, también surge como una palanca para facilitar una transición más rápida:



La tecnología vuelve a aparecer como una aliada, para recopilar toda la información que se necesita y hacer un mapa que recoja la diversidad existente en España.



Es necesario dotar a la medicina de una nueva visión desde los derechos humanos, la medicina personalizada como un recurso y un derecho fundamental. Todo bajo el concepto de justicia social, equidad y dignidad universal.



Se tiene que concienciar de que hablar de salud desde el punto de vista de la diversidad, beneficia a toda la sociedad. Por ello es necesario sensibilizar con educación y formación a los profesionales y concienciar a la población con empatía.



La posibilidad de involucrar a los principales actores en salud: el Foro Económico Mundial, Organización Mundial de la Salud (OMS), ONU, gobiernos, industria farmacéutica, partners tecnológicos, universidades, centros de investigación...

5.2 INSIGHTS O MOTIVACIONES PROFUNDAS

Surgieron varios insights o motivaciones profundas al abordar el frame de género/diversidad:



“Somos iguales, somos diferentes”:

Todos los seres humanos tenemos derecho a la salud, pero somos diferentes (género, biología, genética, emociones, momentos vitales, situación socioeconómica, cultura, creencias...). La medicina no puede ser estándar o no tener en cuenta esta diversidad, desde la investigación, pasando por la academia hasta llegar a la asistencia y prevención. Por eso la salud debería de tener en cuenta esta diversidad: mismas patologías, diferentes necesidades en la atención y prevención médica y sanitaria.



“Garantizar una sanidad inclusiva y plural”:

Personas con capacidades diferentes, personas en riesgo de exclusión social y, en general, personas más vulnerables a la discriminación, tienen necesidades especialmente particulares. Los derechos humanos de todas las personas en su diversidad se hacen efectivos y se cumplen realmente en el sistema sanitario. Un recurso y un derecho fundamental, que responde a una justicia social, equidad y dignidad universal. Por ello, todos necesitamos recibir una atención sanitaria personalizada, preventiva, participativa y humana.

5.3 MOONSHOT EN TORNO A LA DIVERSIDAD



Fruto del trabajo de los diferentes grupos se verbalizó el siguiente *Moonshot* en torno a la diversidad:

Avanzar hacia una salud “con cara”, cercana y personal, que tenga en cuenta cada una de nuestras diferencias y singularidades.

Para impulsar una salud más inclusiva que tenga en cuenta nuestras diferencias y singularidad, los participantes en los *workshops* han identificado tres líneas estratégicas de actuación.

5.4 POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

LÍNEA DE ACTUACIÓN 1 FORMACIÓN HUMANÍSTICA

La medicina es una ciencia y siempre ha tenido un carácter humanístico: curar para vivir. Pero en un mundo globalizado y cada vez más impersonal es necesario recordar a los profesionales en salud la importancia de la formación humanística:

LA EMPATÍA:



Educar a la empatía partiendo del mundo docente/académico (profesores y alumnos) para insistir sobre la importancia de la relación humana entre el profesional de la salud y la persona que está cuidando. Proximidad, cercanía para humanizar al paciente.

LA INCLUSIÓN:



Para entender las necesidades reales hay que considerar y entender el paciente en la complejidad de su contexto personal (tanto social y económico como cultural).

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 VISIÓN INTEGRAL, ACCIÓN PERSONALIZADA

Se hace necesario encontrar el equilibrio entre:

VISIÓN INTEGRAL:



La salud como sistema holístico en el cual se considere al ser humano como un sistema complejo e interdependiente para impulsar mayores sinergias y colaboración entre disciplinas.

ATENCIÓN Y ACCIÓN PERSONALIZADA:



Partir de un conocimiento holístico del paciente para poder prevenir y asistir desde las circunstancias singulares de cada persona.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 3 FORMACIÓN CIUDADANA

Esta línea trabaja la formación del ciudadano para transformarse en un agente directo en salud:

COMPARTIR DATOS:



Sensibilizar a las personas para que cedan sus datos al sistema sanitario, tomando conciencia de la importancia que tiene para su salud, que los profesionales sanitarios tengan acceso a datos sociodemográficos, culturales, emocionales, psicosociales, etc. De este modo, el paciente podría ser más que una historia clínica.



Participación de forma natural en investigaciones médicas y en la salud pública para garantizar representatividad máxima.

En un mundo globalizado y cada vez más impersonal es necesario recordar a los profesionales en salud la importancia de la formación humanística:

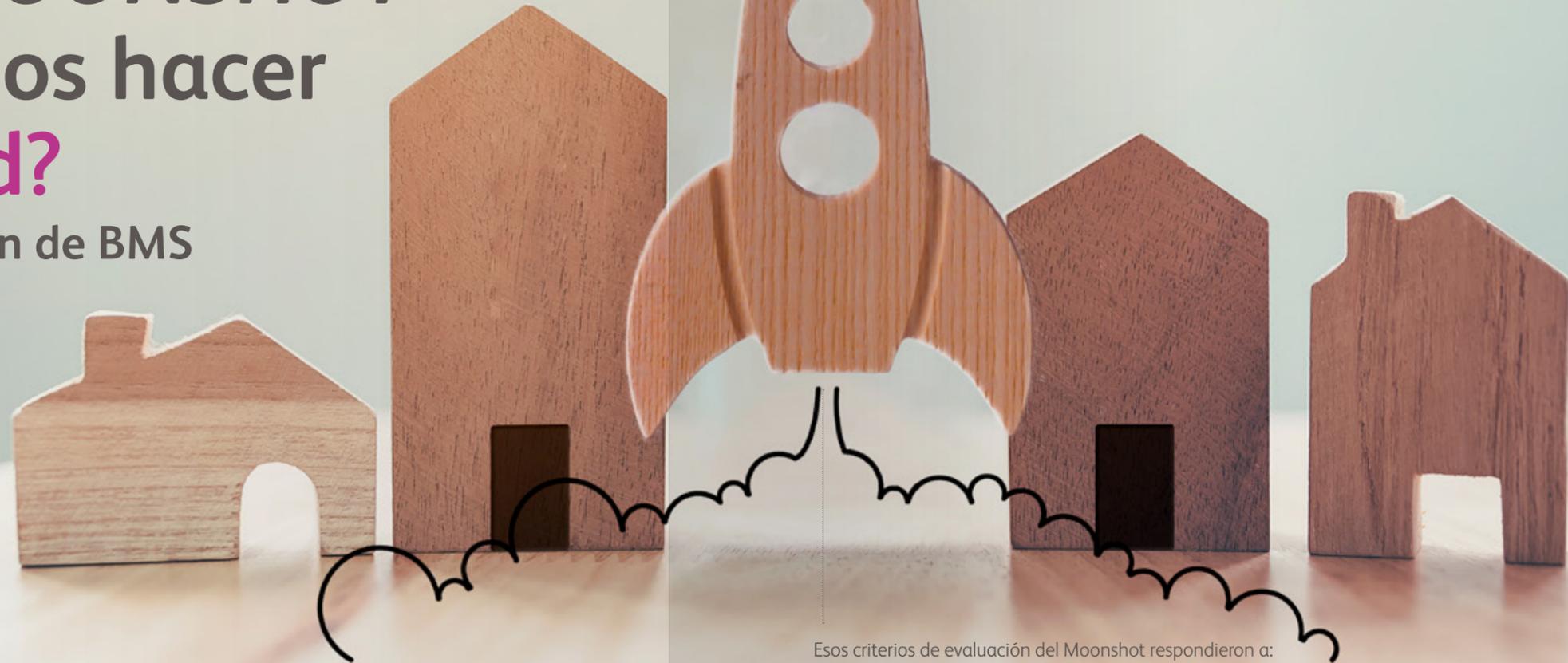
¿QUÉ *MOONSHOT* QUEREMOS HACER REALIDAD? LA CONTRIBUCIÓN DE BMS

PROPUESTAS INNOVADORAS
USANDO LA METODOLOGÍA



6. ¿Qué **MOONSHOT** queremos hacer realidad?

La contribución de BMS



Durante varios meses se realizó un intenso proceso para encontrar el *Moonshot* en salud que podría impactar de forma positiva en nuestra realidad española, surcada por diferencias patentes que surgen de un sistema de salud delegado a las comunidades autónomas, y con particularidades específicas de un país envejecido y un proceso de fuerte despoblamiento en nuestro interior hacia áreas urbanas que arrastra una inercia de décadas.

Ante esta realidad y tras la iniciativa realizada, se establecieron diferentes criterios para seleccionar el *Moonshot* que en estos momentos pueda ser más relevante para la realidad española y sobre el cual BMS, como compañía impulsora del proyecto, pueda comprometerse a poner en marcha.

Esos criterios de evaluación del Moonshot respondieron a:

- 1 Alineamiento con el propósito corporativo y misión de BMS.
- 2 Utilidad y respuesta a las necesidades actuales más prioritarias en nuestra realidad española.
- 3 Nivel y poder de transformación que se podría lograr haciendo realidad el Moonshot.
- 4 Involucramiento de diferentes *Stakeholders* y generación de alianzas público-privadas que serían necesarias para llevarlo a cabo.
- 5 Y crecimiento a largo plazo de la iniciativa.

Teniendo en cuenta estos parámetros, **el Moonshot seleccionado fue el de territorialidad.**

6.1 ¿POR QUÉ TERRITORIALIDAD?

Nuestros pueblos se han ido quedando vacíos. Esta realidad que desde hace un tiempo ya se conoce como el problema de la *“España Vacía”* abarca a todo nuestro territorio por las fuertes migraciones interiores que han llevado a la *“desertización humana”*⁴, en los últimos años y que ha alcanzado también a las ciudades intermedias.

A esta problemática real se suma el envejecimiento de los habitantes de las zonas rurales y más despobladas y la *“dificultad”* en el acceso a ciertos servicios básicos y esenciales, como la salud. Según se recoge en el documento *“La situación demográfica de España, efectos y consecuencias”* del Defensor del Pueblo, *“Viene siendo una realidad la dificultad, incrementada por la crisis económica, para que los habitantes de las zonas más despobladas accedan a servicios básicos como sanidad, educación, transporte, banca y una buena cobertura de redes de banda ancha, entre otros. Esta situación genera una brecha de desigualdad que es incompatible con los principios constitucionales de equidad e igualdad en el acceso a los servicios públicos básicos. De ahí que el problema de la despoblación sea una cuestión de derechos y libertades pues lo que está en debate es el principio mismo de igualdad, y eso afecta a todos los españoles, vivan donde vivan”*⁴

Esta problemática territorial de despoblamiento y las dificultades que conlleva en accesos a servicios esenciales como se mencionaba anteriormente, ya está siendo recogida como un tema de vital importancia que se aborda tanto desde la Unión Europea, como desde el Gobierno de España. En este sentido, el Reglamento aprobado por el Parlamento el año pasado (14 de febrero de 2019), recoge ya disposiciones comunes para el reparto de los futuros fondos europeos, reconociendo, por primera vez, la despoblación como un criterio potencial de asignación para estos fondos.

Desde nuestro país, el plan de **Recuperación del Ministerio de Transición Ecológica** y reto demográfico plantea directamente medidas concretas e intervención sanitaria enfocado en el reto demográfico, desde reformas que pretenden ampliar y mejorar los servicios de prestación de salud pública, atención especializada, de urgencia o prestación farmacéutica, entre otros, en todo el territorio nacional. Hasta activación de un Fondo de Cohesión Sanitaria (FSC) para garantizar la equidad en el acceso de todos los ciudadanos, en cualquier punto de España, a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud o la asignación y contratación de más personal sanitario para disponer de una mayor flexibilidad en zonas de difícil llegada como son las rurales.

Estas medidas, que también vienen acompañadas de una estrategia digital en materia de salud para llegar a las zonas rurales,

dan cuenta de la importancia de la temática y la necesidad de aportar soluciones innovadoras para abordar el reto territorial / de salud, en nuestro país.



4. Defensor del Pueblo. (2019). Separata situación demográfica: https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2019/06/Separata_situacion_demografica.pdf

6.2 EL PROYECTO DE MOONSHOT EN TERRITORIALIDAD

Con este contexto, el Moonshot final que BMS propone impulsar se basa en una idea fuerza: generar un puente para la salud.

La idea, en síntesis:

Establecer y potenciar una red de NODOS formada por médicos rurales, conectada a través de soporte telemático tanto con una nueva figura de cuidadores rurales, como con la atención médica hospitalaria más cercana.

Los puntos clave de la iniciativa serían:



Creación de un nuevo rol de "cuidador"

en las áreas rurales, conformado por referentes del pueblo, con conocimientos básicos médicos, conocimientos básicos tecnológicos y preparación para dar soporte emocional.

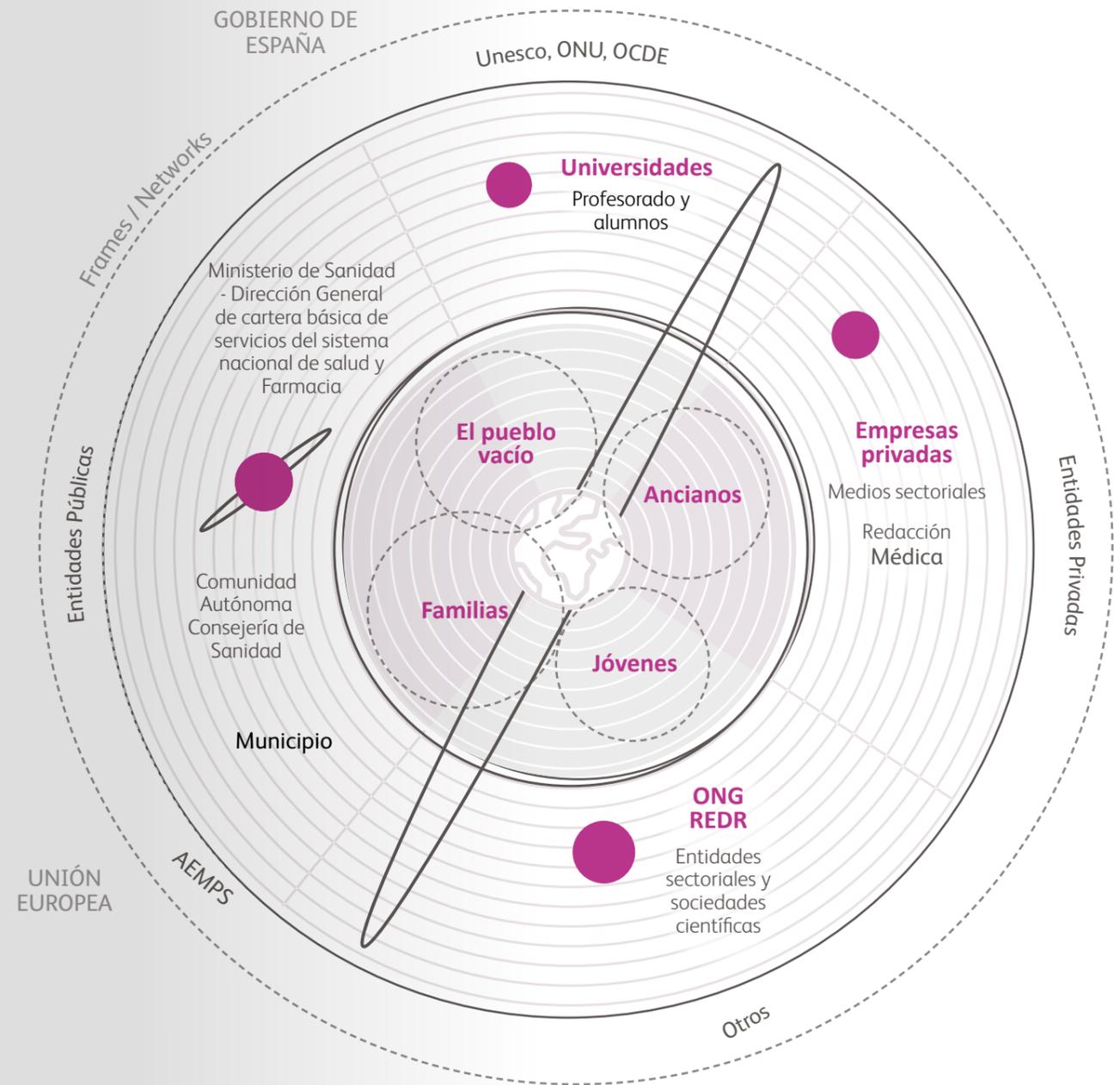
Creación de nodos:

una red de médicos a nivel regional o de Comunidad Autónoma. De atención primaria, en el ámbito rural, y hospitalaria.

Conexión digital:

con el fin de conectar al "cuidador" rural con el nodo médico (anticipación de síntomas, datos, etc.) del paciente.

El proyecto, con una proyección de mediano – largo plazo, requiere de una red de alianzas público-privado para su consecución, con una gran diversidad de públicos a los que impacta e involucra:



07 Conclusiones

Este proceso de *Moonshot* enfocado en reducir las desigualdades en temas de salud en España transcurrió durante la crisis sanitaria de la COVID19 que impactó en todo el mundo, pero que, en nuestro país, puso de relevancia, una vez más, las diferencias geográficas, también en materia de salud, que se dan en España.

La iniciativa, abordada junto con entidades académicas de primer nivel en España y con multidisciplinariedad de miradas, ha permitido aprender que, más allá de la brecha y desigualdades en salud, se está produciendo un cambio de paradigma en el abordaje de la salud: el concepto de salud que empieza a ser **plural** y que, lejos de enfocarse exclusivamente en los profesionales médicos, comienza a ser concebida como **“una responsabilidad de todos”**. Surge un nuevo acercamiento a la salud “comunitario” donde el “nos cuida” se convierte en un “nos cuidamos” entre todos.

Este cambio se acompaña al mismo tiempo, por un nuevo abordaje de la salud como un concepto “móvil” (no “estático”), al alcance de todos, por diferentes vías: la telemedicina, la Inteligencia Artificial, los dispositivos “wearable”...

Son cambios importantes a tener en cuenta en un país como el nuestro donde persiste la desigualdad en salud en diferentes dimensiones: por género, por educación y por territorialidad. Es justamente este último punto un gran diferencial en el caso español, como ya se ha visto a lo largo de este informe.

El *Moonshot* que se aborda en territorialidad ahonda también en un concepto ampliado de salud: avanzar en un *Moonshot* en torno a la salud que aborde la territorialidad como una forma de

🎯 **“dar” y “cuidar” la vida de nuestros pueblos, desde el refuerzo y la extensión de una red de atención sanitaria dentro y fuera del área rural.** 🎯

Supone contribuir a la “re población” de una España vaciada, atrayendo (y reteniendo) a los jóvenes hacia el área rural, brindando al mismo tiempo nuevas oportunidades desde la salud.

Un nuevo abordaje de la salud como un concepto “móvil” (no “estático”), al alcance de todos, por diferentes vías: la telemedicina, la Inteligencia Artificial, los dispositivos “wearable”...



Surge un nuevo acercamiento a la salud “comunitario” donde el “nos cuida” se convierte en un “nos cuidamos” entre todos.

Para BMS, el poder impulsar este *Moonshot* de territorialidad, que se vincula directamente con la misión de la compañía y el compromiso de transformar la vida de los pacientes y mejorarla, supone adquirir un rol activo, desde el sector privado, en la reducción de las desigualdades existentes en salud. La consecución del proyecto contribuiría a impactar, igualmente, en los ODS 3 (Salud y Bienestar), ODS 10 (Reducción de desigualdades), ODS 8 (Trabajo decente y Crecimiento Económico), y ODS 17 (Alianzas).

Justamente el ODS 17 es fundamental para hacer realidad este “viaje a la Luna”: ponerlo en marcha desde un trabajo **colaborativo y de co-creación**, como ha sido el proceso desarrollado, aunando esfuerzos y voluntades desde el sector público-privado-tercer sector y la ciudadanía.

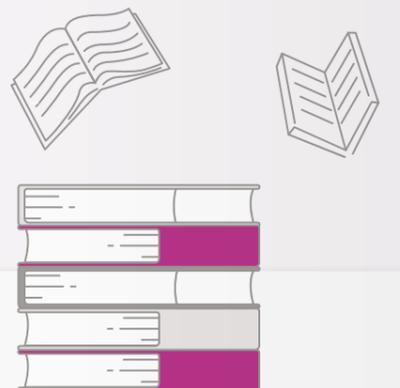
El Moonshot ya está propuesto
Ahora queda hacerlo realidad



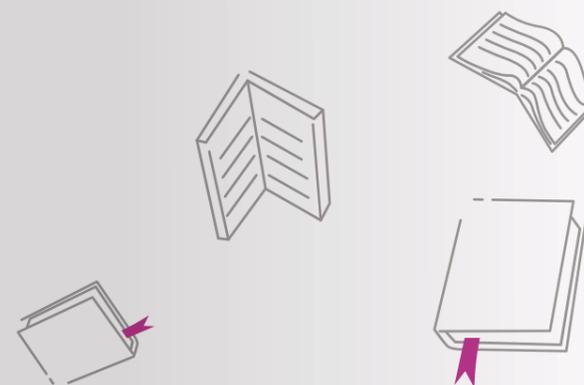
BIBLIOGRAFÍA



08 Bibliografía



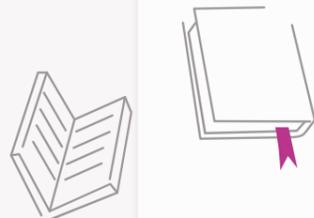
- ▶ Balsells, C. (2021). El Centro de Salud no es el (único) Centro de la Salud. *Atención Primaria: doce meses, doce causas*. Presentado en IV Congreso Paciente Crónico. Alicante, marzo 2012. Consultado 18/04/2021: <http://iv.congresocronicos.org/documentos/ponencias/centro-salud-unico.pdf>
- ▶ Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., ... & Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 27, 180-183.
- ▶ Cofiño, R., Pasarín, M. I., & Segura, A. (2012). ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 88-93.
- ▶ Consejo Económico y Social de España. (2018). *El medio rural y su vertebración social y territorial*. ISBN 978-84-8188-374-9. Consultado el 18/04/2021: <http://www.ces.es/documents/10180/5182488/Inf0118.pdf>
- ▶ Alvarado, C. A. (1971). Concepto de salud pública. *Medicina sanitaria y administración de salud*. Buenos Aires, Ed. Ateneo, 1, 1-20.
- ▶ Beaglehole, R., & Bonita, R. (2004). *Public health at the crossroads: achievements and prospects*. Cambridge University Press.
- ▶ Breslow L. (1990). The future of public health: prospects in the United States for the 1990's. *Ann Rev Public Health*. 11, 1-28.
- ▶ Brownson Re, Baker E, Leet TL, Gillespie KN. (2003). *Evidence-based public Qj health*. Nueva York: Oxford University Press.
- ▶ Chadwick, H. D. (1937). The diseases of the inhabitants of the Commonwealth. *New England Journal of Medicine*, 216(23), 1003-1015.
- ▶ Committee for the Study of the Future of Public Health. (1998). *The future of Public Health*. Division of Health Care Services Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press.



- ▶ Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. (1998). *Public Health in England*. Londres: HMSO.
- ▶ Conill EM, O'Neill M. (1984). La notion de Santé Communautaire: éléments de comparaison internationale. *Can J Public Health*, 75:166-75.
- ▶ Connolly J,Worth C. (1977). *Making sense of public health Medicine*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- ▶ Dever GEA (1977). An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Ind Res*, 2:453-66.
- ▶ Fenton. (2011). Health Care's Blind Side: The Overlooked Connection Between Social Needs and Good Health, Summary of Findings from a Survey of America's Physicians. Princeton, NJ.: Robert Wood Johnson Foundation.
- ▶ Ferrara, F. A., Acebal, E., & Paganini, J. M. (1972). *Medicina de la comunidad* (No. 614 FER).
- ▶ Fielding, J. E., Luck, J., & Tye, G. (2003). Reinvigorating public health core functions: restructuring Los Angeles county's public health system. *Journal of Public Health Management and Practice*, 9(1), 7-15.
- ▶ Gálvez, R. (1995). *La salud y sus determinantes*. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada. Granada: Universidad de Granada.
- ▶ Green LG. (1998). Promoziones della salute. Che cos'e? *Educ Sanit Prom Salute*, 11:17-31.
- ▶ World Health Organization. (1984). *Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*, Copenhagen, 9-13 July 1984 (No. ICP/HSR 602 (m01)). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- ▶ Hogarth J. (1978). Glossary of health care terminology. *Public Health in Europe*, n. 6. Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO.
- ▶ Jagdish H. (1978). Community medicine in the British National Health Service. *Am J Public Health*, 68:54-7.
- ▶ James, W. P. T., Nelson, M., Ralph, A., & Leather, S. (1997). Socioeconomic determinants of health: the contribution of nutrition to inequalities in health. *Bmj*, 314(7093), 1545.

- ▶ Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- ▶ Last J.M. (2007). *A dictionary of public health*. Nueva York: Oxford University Press.
- ▶ Lee, C., & Morton, C. C. (2008). Structural genomic variation and personalized medicine. *New England Journal of Medicine*, 358(7), 740-741.
- ▶ McCabe, L. L., & McCabe, E. R. (2008). Expanded newborn screening: implications for genomic medicine. *Annu. Rev. Med.*, 59, 163-175.
- ▶ McGinnis, J. M. (1990). Setting objectives for public health in the 1990s: experience and prospects. *Annual review of public health*, 11(1), 231-249.
- ▶ Modeste NN. (1996). *Dictionary of public health promotion and education*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- ▶ Monnier J, Deschamps JP, Fabry J, Manciaux M, Raimbault AM. (1980). *Santé Publique, Santé de la Communauté*. Villeurbanne: SIMEP.
- ▶ Montaner, I., Foz, G., & Pasarín, M. I. (2012). La salud: ¿un asunto individual?. *AMF*, 8(7), 374-382.
- ▶ Ouzounian, M., Lee, D. S., Gramolini, A. O., Emili, A., Fukuoka, M., & Liu, P. P. (2007). Predict, prevent and personalize: Genomic and proteomic approaches to cardiovascular medicine. *Canadian Journal of Cardiology*, 23, 28A-33A.
- ▶ Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA. (2001). *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- ▶ Salieras L. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- ▶ Salleras, L. (1986). Le basi scientifiche de la Medicina Preventiva. *Rev Ital Med Com*, 4, 5-11.
- ▶ Salieras L, Vidal J. (1994). Los métodos de la medicina clínica preventiva. I. Inmunizaciones preventivas y quimioprofilaxis. *Med Clin (Barc)*, 102 Sup 11:513-8
- ▶ Salieras L, Bertrán JM, Prat A. (1994). Los métodos de la medicina clínica preventiva. 11. Consejo médico (counseling). *Med Clin (Barc)*, 102 Supl I :19-25.
- ▶ Salieras L, Domínguez A, Forés MD. (1994). Los métodos de la medicina clínica preventiva. 111. Cribados. *Med Clin (Barc)*, 102 Supl I :526-34.
- ▶ Salieras L. (1994). Medicina clínica preventiva: El futuro de la prevención. *Med Clin (Barc)*, 102 Supl I :55-12.
- ▶ Schwartz K. (1974). The theory and practice of community medicine. *Public Health*, 8 0:261-5.

- ▶ Schwenger HW. (1973). Santé Publique ou Communautaire? *Can J Public Health*, 64:119-22.
- ▶ Shattuck L. (1948). *Report of the sanitary Commission of Massachusetts* (Dutton and Wentworth, State Printers, Boston, 1859). Cambridge (MA): Harvard University.
- ▶ Stactchenko S, Jenicek M. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion. Research implications for Community Health Programs. *Can J Public Health*, 81:53-9.
- ▶ Stardfield B, Shi L. (1999). Determinants of Health: testing of a conceptual model. *Ann N Y Acad sci, USA*, 896:344-6.
- ▶ Stewart GT. (1987). *Public health function*. *Lancet*, i:734-6.
- ▶ Stokes J, Noren J, Shindell S. (1982). Definitions of terms and concepts applicables to clinical preventive medicine. *J Community Health*, 8:33-41.
- ▶ Tarlov, A. R. (1999). Public policy frameworks for improving population health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896 (1), 281-293.
- ▶ Terris M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México DF: Siglo XXI.
- ▶ Terris M. (1990). Public health policy for the 1990's. *Annu Rev Public Health*, 11:39-51.
- ▶ Tulchinsky, T. HW., & Varavikova, E. A. (2000). *The new public healthan introduction for the 21st century*. San Diego: Academic Press.
- ▶ U.S. Department of Health, Education and Welfare. (1979). *Healthy people. The surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. DHEW (Pt+S). Washington DC.
- ▶ Valls, C. (2020). *Las mujeres invisibles para la medicina*. Madrid: Capitán Swing.
- ▶ Wallace RB. (2007). *Public health and preventive medicine*. 15.' ed. Nueva York: MacGraw Hill Medical.
- ▶ Weston, A. D., & Hood, L. (2004). Systems biology, proteomics, and the future of health care: toward predictive, preventative, and personalized medicine. *Journal of proteome research*, 3(2), 179-196.
- ▶ Winslow, CEA. (1923). The evolution and significance of the modern public health campaigns.
- ▶ World Health Organization. (1984). *Glossary of terms used in the "Health for All" series*, no. 1-8. Ginebra: World Health Organization.
- ▶ World Health Organization. (2016). Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region. *Proceedings of the Regional Committee for Europe, 66th Session Copenhagen, Copenhagen, Denmark*, 12-15.
- ▶ Mazzucato, M. (2018). Mission-oriented innovation policies: challenges and opportunities. *Industrial and Corporate Change*, 27(5), 803-815.





Transforming patients' lives
through science™

