



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Advancing Integration for a Dignified Ageing

AIDA Project



**WP6 – DIMENSIONE EUROPEA:
TRANSFERIBILITÀ DE LAS DIRECTRICES
EN OTROS CONTEXTOS EUROPEOS**

**PRODUCTO N° 1
INFORME SOBRE LA TRANSFERIBILIDAD**

WP6 – DIMENSIÓN EUROPEA: TRANSFERIBILIDAD DE LAS DIRECTRICES EN OTROS CONTEXTOS EUROPEOS

PRODUCTO N° 1 – INFORME SOBRE LA TRANSFERIBILIDAD

Informe a cargo de

Licia Boccaletti – *Anziani e Non Solo società Cooperativa*

Martha Mackay – Eurocarers

Objetivo de la fase del proyecto

Aunque el proyecto AIDA no haya sido desarrollado por una asociación principalmente italiana, se ha buscado provocar un impacto más amplio a nivel europeo dedicando una fase de trabajo a este objetivo.

Con la fase del proyecto número seis se pretende, de hecho, distribuir las Directrices AIDA en diversos países europeos, involucrando a numerosos interesados y expertos en el ámbito de la integración socio-sanitaria de los servicios, con el objetivo de encaminar un debate que permitiría obtener una comparación sobre la transferibilidad potencial del proyecto AIDA en otras zonas comunitarias.

Actividad y metodología

Eurocarers (European Network of Carers Organizations), en colaboración con el resto de la asociación, ha organizado seis eventos en varios países europeos.

El primero ha sido un seminario, organizado en Bruselas, durante el que se han presentado las Directrices a expertos y profesionales de varias nacionalidades para recoger, a través de debates, sus impresiones generales sobre el proyecto y sobre el material desarrollado.

Se han organizado otros cinco seminarios sucesivos en otros muchos países europeos con diferentes estados de bienestar:

- Finlandia¹, en representación del modelo nórdico
- Estonia, en representación del modelo post-socialista
- Eslovenia, en representación del modelo de Europa del Este
- España, en representación del modelo de Europa del Sur
- Países Bajos, en representación del modelo continental

Cada uno de los eventos se ha dividido en dos partes: la primera para la presentación de las Directrices y la segunda para debatir con los participantes y recoger sus impresiones sobre las Directrices y sobre cuáles serían, a su modo de ver, los aspectos transferibles y utilizables o los no relevantes para sus países.

¹ En el seminario de Finlandia han participado también representantes de Irlanda (modelo anglosajón) y de Rumanía (modelo de Europa del Este).

En el apéndice encontrarán los detalles de cada uno de los eventos, mientras que en la siguiente sección se expondrán los principales puntos que se han planteado durante los debates con los participantes y aquellos que se pueden considerar como elementos potencialmente transferibles y utilizados a un nivel europeo más amplio.

Temas comunes a nivel europeo

- La integración socio-sanitaria es uno de los **temas que ya se ha afrontado en toda Europa** y que ya está previsto en las agendas políticas, incluso si ya existen diversas formas y modalidades para poner en marcha correctamente su integración.
- Se ha considerado ampliamente el uso de TIC (tecnologías de la información) como un medio de apoyo a la integración de los servicios sociales y sanitarios pero: (1) es necesario ser conscientes de que el **uso elevado de las TIC** crea el riesgo de discriminación de las personas de edad avanzada que podrían no estar familiarizados con las tecnologías y (2) que en la actualidad, existe un problema relacionado con la ley de protección de datos personales que puede hacer que sea difícil el intercambio de información entre los diferentes profesionales.
- El **papel de los médicos de cabecera y/o de los enfermeros(as) de la comunidad** está considerado como esencial para el éxito de la integración entre servicios sociales y sanitarios. Sin embargo, la integración se ha realizado de diversas formas en relación al modelo de suministro de los servicios (por ejemplo, si en el país existe un acceso gratuito a los médicos de cabecera, si el médico está contratado por el servicio sanitario nacional o si es autónomo, etc.).
- La mayor parte de los participantes ha afirmado **que es todavía muy difícil entablar un diálogo productivo y garantizar una cooperación efectiva entre profesionales de las áreas sociales y sanitarias**. Se considera importante el desarrollo de currículos nuevos y de formaciones comunes, para mejorar la integración de las habilidades y de los conocimientos en todos los países y, en algunos, ya está presente en las agendas políticas.
- El enfoque sobre las directrices que AIDA establece sobre los **cuidadores** ha tenido una gran acogida en todos los países y se ha visto como un aspecto innovador, especialmente en aquellos estados que usan un modelo firmemente basado en el

suministro de servicios de cuidados formales y que, actualmente, están limitados por las reducciones de presupuestos orientándose, sobre todo, a los cuidados familiares.

- La orientación política es muy importante y se necesita una **programación conjunta**. Idealmente, la asistencia social y la sanitaria deberían estar bajo la misma responsabilidad política (por ejemplo bajo el mismo Ministerio) para facilitar el proceso de integración. Por otro lado, en todos los estados involucrados, los recursos económicos están aún separados en los dos sectores sociales y sanitarios (y en algunos casos, incluso en el interior del sector de la asistencia social en donde la asistencia personal y el bienestar se encuentran bajo diversos presupuestos y responsabilidades), lo que crea claramente barreras para la integración.
- En Europa y en el interior de cada uno de los países europeos está presente una amplia variedad de contextos diferentes desde el punto de vista geográfico, administrativo, cultural y demográfico. Después es esencial garantizar un cierto grado de **flexibilidad en la aplicación de las directrices** y de los modelos de integración social y sanitaria. Las personas de edad avanzada que viven en las zonas rurales representan un desafío para la puesta en marcha de los servicios: debería desarrollarse una estrategia para responder a las necesidades de este colectivo en particular, combinando la eficacia en las intervenciones y la sostenibilidad económica.

Conclusiones

Las personas están envejeciendo del mismo modo en toda Europa: longevidad, reducción de la morbilidad, los mismos problemas en cada país pero con prácticas y normativas diversas. El envejecimiento de la población combinado con los recortes debidos a la crisis económica está generando el problema de cómo combinar la eficacia en los cuidados y la sostenibilidad. Por lo tanto, se presenta como un desafío particularmente en el paso del suministro de servicios de cuidados formales a los informales. Las directrices AIDA han sido consideradas relevantes, útiles y, al menos en parte, transferibles a otros contextos europeos en todos los países.

Apéndice

Seminario europeo – Bruselas (BE) – 15 de octubre de 2013

Como ya se ha señalado en la introducción, el encuentro en Bruselas tenía el objetivo de presentar las Directrices a un grupo de 14 interesados pertenecientes a la red Eurocarers y representada por ocho países europeos.

El seminario, basado en el modelo precedente, se ha dividido en dos partes: la primera para la presentación de los resultados del proyecto (que se puede descargar de <http://tinyurl.com/aidaEUseminar>) y la segunda para debatir con los participantes guiada por las preguntas: *Ahora que se han presentado los resultados del proyecto y que se han identificado los factores clave en Italia para apoyar la integración socio-sanitaria, ¿pensáis que estos elementos se podrían usar también en vuestros países? Pensando en vuestro contexto, ¿qué modificaciones (añadir o cambiar) haríais?*

A continuación se exponen los elementos principales que se han planteado durante el debate.

- La integración socio-sanitaria no es una cuestión que tenga una solución sencilla. Incluso cuando, como en Finlandia, exista un “Ministerio de asuntos sociales y sanitarios”, todavía existen problemas significativos de integración. Los dos sectores (social y sanitario) por ejemplo, **mantienen sus presupuestos separados** haciendo que la planificación de una estrategia de trabajo integrado sea bastante compleja (Marja Tuomi).
- Con respecto a Irlanda, se confirma la importancia de la **correspondencia de las áreas geográficas de competencia para el suministro de servicios**. De hecho en el contexto irlandés actual, está claro que los usuarios acuden a los servicios sanitarios de su área territorial y a otra para los servicios sociales. Esto es verdad, por ejemplo, en lo que respecta a los servicios de medicina general y a los servicios de salud mental que se han organizado basándose en las exigencias políticas más que en las necesidades y los intereses de los usuarios finales. Otro ejemplo mencionado posteriormente por los participantes irlandeses tenía que ver con la escasez de recursos. Para racionalizar la adaptación de los casos a las exigencias de los individuos con discapacidad, se ha acordado con los servicios sociales y sanitarios que antes de hacer cualquier reforma en

el domicilio, sería un terapeuta ocupacional el que se encargaría de realizar una valoración de las necesidades reales. La iniciativa parecía muy lógica en teoría pero en la práctica ha pasado que, no habiendo suficientes terapeutas ocupacionales que pudiesen realizar esta tarea, las listas de espera se han alargado muchísimo, incluso para las intervenciones más sencillas, tanto que se ha dado el caso de personas que habían solicitado el servicio y han fallecido antes de que el terapeuta pudiese hacer una valoración. Esto tiene mucho que ver con ceder la responsabilidad a los profesionales frente a reconocer que, algunas veces, los usuarios tienen los suficientes conocimientos y experiencia para tomar decisiones autónomas. Hay que destacar la necesidad de dar flexibilidad al sistema para que siempre se tengan en cuenta las necesidades reales de los usuarios. (Frank Goodwin)

- Incluso otros socios están de acuerdo con la necesidad de tener un **sistema flexible**. Los equipos multidisciplinares pueden responder eficazmente a los casos complejos mientras que habría que simplificar el acercamiento a los casos más sencillos para evitar que se generen largas listas de espera y retrasos en las respuestas a las necesidades de los usuarios.
- La situación de los Países Bajos ve cómo los servicios sociales y los sanitarios trabajan por separado sin ningún plan a corto plazo para integrarlos. Los Países Bajos tienen un sistema de doble nivel: todos los servicios de asistencia primaria (por ejemplo los médicos de familia, los hospitales y las clínicas) están financiados por seguros privados obligatorios, mientras que la asistencia a los ancianos, enfermos terminales, enfermos mentales, etc. está cubierta por una seguridad social financiada con los fondos procedentes de los impuestos. Los seguros privados no están relacionados con los servicios sociales o sanitarios locales o nacionales. En este contexto la responsabilidad recae en los usuarios que tienen que encontrar las soluciones autónomamente para integrar de forma efectiva los dos aspectos, el social y el sanitario. Los participantes de los Países Bajos han mostrado además, la buena práctica holandesa de integración socio-sanitaria realizada, a un nivel micro, en varios barrios por organizaciones de cuidadores profesionales e informales que trabajan juntos con los operadores sociales. Esta experiencia puede



considerarse una buena práctica de integración socio-sanitaria pero podría crear confusión entre los usuarios ya que conlleva el desarrollo de diversos servicios basados en la comunidad en la que se vive. [Consulte más información sobre esta experiencia en las actas del seminario de Holanda – véase más abajo].

Seminario en Finlandia – Helsinki – 27 de enero de 2014

El seminario de Finlandia se organizó el día anterior a otro seminario europeo sobre el abuso a las personas mayores, pudiendo, de este modo, beneficiarse de la presencia de ONGs activas en el campo del envejecimiento, procedentes de Irlanda y Rumanía, ampliando así la envergadura del evento. Los representantes finlandeses procedían, sobre todo, de ONGs que operaban en el sector de las personas mayores y de los representantes de los servicios locales y sanitarios de las Comunidades.

El seminario, basado en el modelo precedente, se ha dividido en dos partes: la primera para la presentación de los resultados del proyecto y la segunda para debatir con los participantes guiada por las preguntas: *Ahora que se han presentado los resultados del proyecto y que se han identificado los factores clave en Italia para apoyar la integración socio-sanitaria, ¿pensáis que estos elementos se podrían usar también en vuestros países? Pensando en vuestro contexto, ¿qué modificaciones (añadir o cambiar) haríais?*

A continuación se exponen los elementos principales que se han planteado durante el debate.

Los primeros comentarios procedían de los participantes **finlandeses**, que destacaron:

- Los problemas existentes en las **relaciones entre profesionales de las áreas sociales y sanitarias**. El número de médicos, en particular los de los geriátricos, es insuficiente y es difícil tener la posibilidad de hablar con ellos. Se ha destacado la necesidad de una formación común entre los profesionales sociales y sanitarios, a pesar del hecho que las estructuras sanitarias, según los participantes, actualmente son más conscientes de los desafíos que tienen que afrontar las personas afectadas por demencia senil y que hayan

predisposto una formación específica para los (las) enfermeros/as que se ocupan de estos pacientes, incluyendo en el currículo también temas sociales.

- Otro aspecto problemático destacado por los participantes finlandeses es el de la **fuerte medicalización de la asistencia a los ancianos**, ya que, a menudo, se olvida que los ancianos forman parte de una familia y que es necesario tener en cuenta las posibles problemáticas sociales. El apoyo aportado a los ancianos se ha dirigido principalmente a la mejora de las condiciones sanitarias relacionadas con trastornos o enfermedades. Según los participantes, en Finlandia hay pocos asistentes sociales especializados en gerontología y no se tienen capacidades suficientes para trabajar con ancianos. El pasaje de una asistencia más de tipo social a otra principalmente de tipo sanitaria ha producido la escasez de fondos. En los años 80 había un servicio domiciliario disponible por el que las enfermeras ayudaban incluso en la limpieza de los hogares, a hacer la compra con los pacientes, etc. El (la) enfermero/a se quedaba con el paciente al menos

una hora y tenía el tiempo suficiente para concentrarse en la calidad de vida del anciano. Por el contrario, en la actualidad, los servicios de enfermería son servicios básicos en



los que cada enfermero/a ven entre 5 y 8 personas al día y hasta 15 durante los turnos de noche. Durante los fines de semana solo se realizan las actividades estrictamente necesarias y los enfermeros pueden trabajar con 20 personas en un día. De forma diferente a los años 80, hoy la mayor parte de las personas se beneficia de la asistencia domiciliaria únicamente para la administración de fármacos.

- Como una buena práctica se ha informado de la experiencia finlandesa por la integración entre la asistencia domiciliaria y las residencias asistenciales/hospitales que actualmente están dirigidos por una **única concejalía** (servicios sociales y sanitarios juntos). Al principio, los médicos se habían declarado en contra de esta unión ya que preferían depender del servicio sanitario pero, en la actualidad, la solución parece funcionar de forma óptima.
- En lo que respecta al tema de la **gerencia** de los servicios, los municipios finlandeses suelen contratarlos incluso con entes privadas pero la valoración de las necesidades

siempre se realiza en los municipios desde la óptica de la audiencia teniendo en cuenta a los usuarios y a las familias que cuentan con cierto margen de elección con respecto a los servicios disponibles.

Los siguientes comentarios son de los participantes **irlandeses**:

- En Irlanda **la asistencia social la gestiona el Departamento de sanidad** pero no está demasiado desarrollada. Los ciudadanos tienen derecho a la asistencia sanitaria pero no a la social. Tras la reciente crisis económica si no se está ya dentro del sistema, es muy difícil obtener la asistencia domiciliaria, que solo se proporciona en la práctica en caso en que se le dé el alta del hospital. Semejante al contexto finlandés, en Irlanda cada área sanitaria local cuenta actualmente con cuatro proveedores oficiales de servicios. Los usuarios tienen acceso a la lista de proveedores de su área pudiendo así elegir uno de estos, si estuviese disponible. En lo que respecta a las estructuras residenciales, los participantes destacaron que, generalmente, los médicos no están presentes entre el personal contratado por estas estructuras.
- En Irlanda una de las funciones importantes en el suministro de los servicios la realizan las ONGs respaldadas económicamente por el Estado. De hecho, los **Municipios no proveen directamente algunos servicios**, por lo que no tienen control sobre ellos y no los supervisan.
- **Los médicos de familia en Irlanda son principalmente profesionales privados** y no prestan sus servicios gratuitamente. La mayor parte de ellos, sin embargo, suministra servicios básicos por cuenta del servicio sanitario nacional a las personas que posean una Tarjeta Médica (ingresos bajos o con más de 70 años). Otro problema que se destaca en relación a los médicos de familia es que las personas no pueden ponerse en contacto con ellos después de las 17:00 h teniendo que, en caso de necesidad, acudir directamente a urgencias.

Por último, en lo que respecta a **Rumanía**:

- las actividades de cuidados a los ancianos son tradicionalmente una responsabilidad de la familia.
- Los servicios sociales quedan a cargo de los consejos de los municipios y, por este motivo, pueden variar mucho dependiendo de la zona. La asistencia domiciliaria y los

servicios de asistencia de día también existen, pero en un número muy reducido y casi exclusivamente en las grandes ciudades. Hay problemas **en especial para los ancianos que viven en zonas rurales.**

- El Estado proporciona a todos los ciudadanos un nivel mínimo de asistencia sanitaria. Para las personas que carecen de cobertura sanitaria (por ejemplo, porque estén desempleados) significa, sin embargo, poder acceder solo a los cuidados primarios en caso de emergencia y tres días de recuperación en el hospital. Además, existen subsidios para los medicamentos reservados para alguna clase de usuarios, por ejemplo para aquellos que sufren demencia senil son completamente gratuitos, pero solo los más económicos. Por otro lado, existen muchas entidades privadas que proporcionan servicios médicos y asistenciales.
- En lo que respecta a los **profesionales**, en Rumanía, hay pocos geriatras y hay pocos hospitales/clínicas especializadas en dar servicio a los ancianos. Prevalece también el problema de la escasez de operadores sociales en los hospitales y la **falta de cooperación entre los servicios sociales y los sanitarios**. De hecho, si el paciente o la persona que se encarga de él, se pone en contacto con los servicios sociales autónomamente para solicitar ayuda podrá obtenerla pero de forma reducida. Por ejemplo, los médicos que trabajan en los hospitales no informan a los pacientes sobre sus derechos ni sobre los servicios de los que podrían beneficiarse y la activación de los servicios sociales no es su responsabilidad. Muchos pacientes no solicitan los servicios porque no conocen su existencia.
- **Los profesionales del área social no participan en la evaluación de las necesidades.**

Seminario en Estonia – Tallin – 31 de enero de 2014

En el seminario de Estonia participaron **23 personas**, en representación de organizaciones de cuidadores, ONGs, administraciones locales, universidades e instituciones educativas, suministradoras de servicios.

El seminario, basado en el modelo precedente, se ha dividido en dos partes: la primera para la presentación de los resultados del proyecto y la segunda para debatir con los participantes guiada por las preguntas: *Ahora que se han presentado los resultados del proyecto y que se han identificado los factores clave en Italia para apoyar la integración socio-sanitaria, ¿pensáis que estos elementos se podrían usar también en su país? Pensando en vuestro contexto, ¿qué modificaciones (añadir o cambiar) haríais?*

A continuación se presentan los principales temas planteados en el debate con los participantes estonios.

- En lo que respecta a la cuestión de la financiación, un problema percibido como especialmente significativo, son **las diversas formas de financiar los servicios sociales y los sanitarios**. Los servicios sociales son responsabilidad de los Municipios los cuales, en la mayor parte de los casos, no cuentan con los fondos suficientes para garantizar el número adecuado de servicios y un nivel mínimo de calidad.
- Cuando un individuo abandona el hospital, la responsabilidad pasa del sector sanitario a los Municipios, que no solo no disponen de fondos suficientes sino que, en la mayor parte de los casos, no tienen las competencias suficientes para cuidar del individuo. Además, igual que para otros países, **en Estonia los servicios sociales y los sanitarios no se hablan entre ellos**.



- En lo que respecta a los profesionales, el número de médicos de cabecera es insuficiente para toda la población y se tiende a reunirlos dentro de las mismas estructuras llevando a grandes diferencias en la localización de los doctores entre las diferentes áreas del país. Los habitantes de las **zonas rurales** pueden llegar a tener que viajar cerca de 80 km para poder ver al médico.
- De forma diferente a lo que ocurre en Italia, **los médicos de familia raramente pueden considerarse como un pilar para la integración socio-sanitaria** ya que suelen trabajar como profesionales autónomos con servicios de pago y un criterio “empresarial” orientado a su beneficio. Además, dado que no dependen del público, es difícil involucrarlos en los procesos de integración.
- Actualmente, una de las prioridades en el ámbito sanitario en Estonia es el tema de la **e-health** (sanidad electrónica), extensamente usada incluso como un medio para supervisar a los médicos y a los pacientes (por ejemplo puede hacerse un seguimiento de las prescripciones realizadas por los médicos para controlar si el paciente ha adquirido los medicamentos prescritos). Por otro lado, sin embargo, el uso de la tecnología en el ámbito socio-sanitario puede ser visto como una forma de discriminación para aquellas personas, que por edad, educación u otras razones, son víctimas del *digital divide*.
- En relación a la **formación de los profesionales socio- sanitarios**, hace cinco años se creó un nuevo perfil de formación profesional que integraba las competencias sanitarias y las sociales básicas. Actualmente, este perfil profesional no se dirige especialmente a los ancianos sino que ya se ha planificado la introducción de esta especialización. Por otra parte, en lo que respecta a los perfiles más elevados, actualmente no hay recursos formativos disponibles de integración de las competencias socio-sanitarias, a pesar de que se habrían considerado muy útiles.

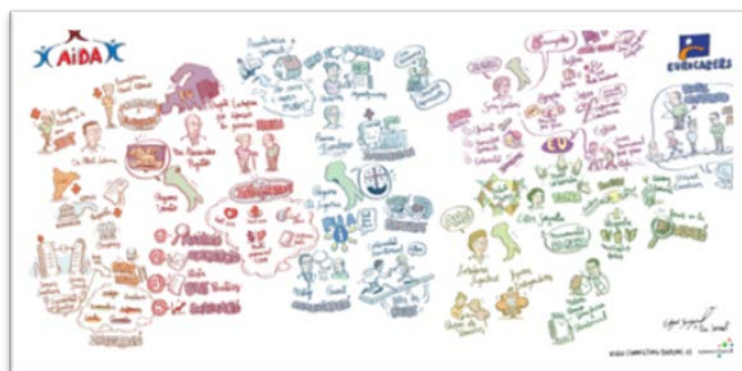
Seminario en España – Barcelona – 20 de febrero de 2014

El seminario de Barcelona se celebró en el Auditorio de la Concejalía de Sanidad del Gobierno de Cataluña, en colaboración con la misma Concejalía. El seminario fue presentado por Toni Dedeu, Senior International Officer del Departamento de Sanidad y presidido por el Dr. Albert Ledesma, Director de los servicios de prevención y cuidados de enfermedades crónicas.

Han intervenido: Alessandro Pigatto, Director de los Servicios Sociales y de la Función Territorial - Aulss 16 Padua y Responsable de la Coordinación de los Directores de Servicios Sociales y de las Funciones Territoriales de la Región del Véneto; Anna Bancho, Responsable de la coordinación técnica de las políticas sociales de la Región de Liguria; Frank Goodwin, Presidente de Eurocarers; Sara Santini de INRCA; Loredana Ligabue de Anziani e Non Solo società Cooperativa y Ester Sarquella, Directora de los Servicios Sociales y de la Ciudadanía de la zona de La Plana.

En el seminario han participado 48 personas, sobre todo, representantes de los servicios sociales y sanitarios, asistentes sociales y operadores de la asistencia primaria.

Nota: durante el seminario la empresa Connecting Brains (www.connectingbrains.es) ha realizado un resumen visual del evento, muy elogiado. Al final, todos han podido ver a los representantes en imágenes y contenidos de los debates durante el seminario.



1- Resumen visual realizado por Connecting Brains

También está disponible un vídeo de la jornada en la dirección: <https://www.youtube.com/watch?v=8Pho2dSnUBY&feature=youtu.be>

Después de la presentación de resultados del proyecto y de un ejemplo de Cataluña sobre la integración de los servicios sociales y sanitarios a nivel local (que se puede descargar de <http://tinyurl.com/sarquella>) comenzaron los debates.

Al principio el Dr. Pigatto de la Región del Véneto ha proporcionado información adicional en respuesta a una pregunta de Joan Carles Contel (Prevención de las enfermedades crónicas y Programas de Asistencia de la Directiva General de las Programaciones y la Investigación del Gobierno Catalán) que ha pedido que se explicase más en profundidad cómo se ha llevado a cabo el proceso de integración en las diferentes regiones italianas. El Dr. Pigatto ha explicado que en Italia existen diversos modelos y también en el interior de la Región del Véneto se pueden distinguir diferentes niveles de integración (al menos 4 o 5 modelos diferentes en los 21 distritos de la Región). Por ejemplo, en lo que respecta al historial médico electrónico, existe una ley regional que autoriza que en cada distrito se debe desarrollar una pero son los mismos distritos los que deciden cuánto dinero invertir, creando así diferentes niveles de puesta en marcha. Y lo mismo en lo que respecta a la tele-medicina. Uno de los usos previstos para el historial médico electrónico es el de recoger información útil para supervisar la eficacia de los servicios suministrados y esto tendría que incluir la satisfacción de los usuarios, pero también el consenso político e institucional.

Hay unos modelos ya muy integrados y otros no. Los principales obstáculos para la puesta en marcha que se han identificado son: (1) la ley sobre la protección de los datos personales que es muy estricta y (2) la necesidad de negociar todo con los médicos de familia porque son profesionales autónomos y no dependen de la administración pública.

El Dr. Albert Alonso, MD, PHD, Vicepresidente del IFIC, Dirección de la innovación de las clínicas hospitalarias de Barcelona, ha comentado y está de acuerdo en que la integración social y sanitaria es una cuestión compleja. Ha apreciado las buenas prácticas europeas hasta desde el punto de vista del análisis cualitativo que proporciona verdaderos elementos de transferibilidad pero piensa que hay un cierto grado de debilidad en las evidencias del enfoque cualitativo y cuantitativo que conlleva la necesidad de moverse más allá de los procesos para obtener resultados.

Más en general, como ya afirmó el Dr. Albert Alonso, las personas que han participado en el seminario piensan que el proyecto y sus resultados (las Directrices) podían haber sido un poco más ambiciosos; por ejemplo considerando **el nivel de integración deseable**. Además, se

destaca el hecho de que la **integración social y sanitaria tendría que ser llevada a cabo siempre teniendo en cuenta un cierto grado de flexibilidad y de contextualización** ya que no es posible encontrar soluciones que se ajusten bien a los diferentes contextos y a las diferentes situaciones.

El Dr. Toni Dedeu, Responsable Internacional Senior del sector de Relaciones y Cooperaciones Internacionales del Departamento de Sanidad de Cataluña, ha comentado el hecho de que **la integración entre los servicios sociales y sanitarios** (la sinergia entre estas dos culturas) **es un problema que se ha generado en varios países europeos en los que aún existen pocas soluciones.**

En cuanto a la importancia de la **tecnología**, el intercambio de información es el aspecto más sencillo de poner en marcha y ya es una realidad en diversos contextos. Es verdad que existe el problema de la confidencialidad de los datos pero la UE ya se está ocupando de ello. En realidad, el Dr. Toni Dedeu ha informado a los participantes que se ha preparado una directiva europea (que debería estar lista en un par de años) que regulará este tema. Será obligatoria y homogénea en toda Europa. Esto contribuirá a permitir realizar validaciones más estrictas y estudios más homogéneos.

El Dr. Albert Ledesma, Director del Programa sobre Prevención y Asistencia de enfermos crónicos, ha explicado que Cataluña está trabajando en un nuevo programa en el que **“el cambio cultural”** entre los dos pilares (social y sanitario) **es uno de los temas principales junto con la cuestión de cómo gestionar los flujos de financiación de un pilar a otro.** Han comenzado a trabajar desde abajo aprendiendo primero cómo compartir los conocimientos y las experiencias junto con la participación de las personas.

Seminario en Eslovenia – Liubliana – 27 de febrero de 2014

El seminario en Eslovenia ha acogido la participación de representantes del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Bienestar, del Municipio de Liubliana, ONGs y proveedores de servicios.

Después de la presentación de las Directrices AIDA, el programa ha previsto dos intervenciones de los Ministerios, a los que se les ha pedido que expongan su punto de vista sobre los desafíos para la integración social y sanitaria. Al finalizar se debatió un momento con los participantes.

Mojca Gobec, Médico, Director del Departamento de Sanidad Pública del Ministerio de Sanidad, ha explicado que en Eslovenia la sanidad y el bienestar son, actualmente, dos Ministerios separados con políticas separadas. No obstante existen algunas recomendaciones y documentación común porque es una clara necesidad la de afrontar este tema e incluso por parte de la UE existen indicaciones de que Eslovenia tendría que hacer frente a este tema de una forma más integrada. En realidad, desde hace varios años



Eslovenia está debatiendo un proyecto de ley en relación a la integración de la asistencia domiciliaria pero esta ley no ha sido aprobada por el parlamento por falta de fondos. Por otro lado, en los últimos años, han realizado una serie de experimentos piloto de forma innovadora para la integración dando prioridad al uso de **fondos estructurales de la UE** y, en este caso, la programación se ha hecho conjuntamente con el Ministerio de Asuntos Sociales.

El principal reto que se presenta hoy es el de que la asistencia social y sanitaria en Eslovenia es un sistema tradicionalmente centralizado, aunque los Municipios no son formalmente los responsables. Después, incluso si se tiene la necesidad de juntar estos dos servicios a nivel local y aunque existen ejemplos de buenas prácticas, estos no son coherentes y sistemáticos y no pueden tomarse como estándar. El gobierno teme que **los municipios más pequeños no tengan suficiente capacidad para llevar a cabo este proceso**, aún cuando dé la sensación de que los profesionales que trabajan en los servicios de primera línea (como los enfermeros/as) se

den cuenta de que es necesario un trabajo integrado con los servicios sociales y que, a nivel individual, encuentren la forma de ponerlo en marcha.

Sobre este tema de la continuidad de la asistencia, afirman que está bien organizada en lo que tiene que ver con el alta del hospital. Los servicios sociales forman parte de los servicios hospitalarios con lo que cuando una persona es dada de alta del hospital, pueden intervenir rápido. Además Eslovenia, comparada con otros países europeos, está fuertemente institucionalizada (actualmente hay más de 60.000 personas dentro de las estructuras, 18.000 en los servicios comunitarios y 20.000 en diversas formas de ayuda informal). En Eslovenia disponen de diversos servicios como unidades de cuidados a largo plazo, hospitales y casas de curas que reciben a los pacientes después del alta, **en los que hay un buen nivel de integración entre los servicios de asistencia social y la sanitaria**. Los pacientes también tienen la posibilidad de recibir asistencia a domicilio, pero en este caso la integración es más problemática ya que recibirían los tratamientos sanitarios de un enfermero/a (pagado/a por la seguridad sanitaria) y la asistencia personal de los Municipios, encontrando así dos profesionales que dependen de diferentes organizaciones.

Los **currículos** profesionales están **muy orientados al aspecto social o al sanitario**. A nivel práctico, los profesionales trabajan de forma integrada pero no han recibido ninguna formación en este sentido. Ya sea un entorno social o un sanitario se percibe la necesidad de desarrollar **nuevos currículos** que incluyan competencias en la asistencia a largo plazo (por ejemplo que



combinen los conocimientos de enfermería, comunicación y habilidades sociales). Haciendo una comparación del personal con el de otros países europeos, no se siente aún la falta de personal cualificado en el sector de la asistencia pero se espera que este problema se presente en un futuro.

El segundo ponente fue **Davor Dominkuš**, Director del Departamento de Asuntos Sociales del Ministerio de Trabajo y de Políticas Sociales, que en un principio destacó que la actual organización política de servicios en Eslovenia prevé **un nivel estatal y otro local sin niveles intermedios**.

Las comunidades locales son muy pequeñas en Eslovenia, con unos pocos centenares de habitantes y no tienen la capacidad de desarrollar los encargos que se les han pedido. Además, a nivel local, sería muy difícil integrar los diversos servicios porque no hay suficiente personal y no está suficientemente formado para organizar y gestionar esta colaboración. Desde el punto de vista del Ministerio, después, se realizaron diversos acuerdos a nivel estatal pero en la práctica no se ha tenido la posibilidad de llevarlo a cabo. Además existen grandes diferencias en el interior del país. Políticamente han pensado durante mucho tiempo en la posibilidad de integrar un nivel intermedio, el regional, pero todavía se está debatiendo sobre las responsabilidades, las financiaciones, etc. El Dr. Dominkuš ha relacionado la situación actual con la historia del país, explicando que cuando Eslovenia obtuvo su independencia hubo un gran debate de cómo organizar el sistema de protección social. Habrían querido darle mayor responsabilidad a nivel local pero estaban preocupados por el hecho de que las comunidades locales no quisieran afrontar esta tarea. De este modo, se optó por centralizar las responsabilidades y transferirlas posteriormente a un nivel descentralizado pero esto no ha sucedido todavía.

Posteriormente se ha destacado el desafío que produce el sistema de financiación. Los servicios del sistema sanitario están respaldados por el Instituto Nacional de asistencia sanitaria y las personas pagan una contribución a través de la seguridad obligatoria. Por otro lado, los servicios sociales se financian con los impuestos a nivel estatal o local. **Es especialmente difícil combinar la financiación de estos dos sistemas**, sobre todo en el caso de asistencia a largo plazo. Esta diversidad financiera crea dificultades a la hora de integrar el suministro de los servicios porque resulta difícil programarla y coordinarla.

Soy consciente de la importancia de la cooperación y del hecho de que no deberían trabajar por separado pero hace falta un sistema que admitiese esta colaboración. También hacen falta estructuras formales para coordinar el sistema y poder colaborar de una forma óptima. De todas formas, está presente la concienciación de la importancia de trabajar juntos y se busca afianzar esta colaboración con proyectos concretos.

Para finalizar, el Dr. Dominkuš se declaró estar de acuerdo con la idea que para integrar los servicios era **necesario modificar el sistema educativo y formar cuidadores de los dos entornos** (social y sanitario).

Posteriormente se dio la palabra a los participantes del seminario que hicieron comentarios principalmente sobre los puntos siguientes: (1) la necesidad de **impulsar a los cuidadores**, cosa

que debería considerarse como una inversión que se devolverá en términos de capacitación y de asistencia eficaz; (2) el importante papel que juegan las **TIC** a la hora de ayudar en las asistencias a largo plazo.

Seminario en los Países Bajos – Bolduque – 6 de marzo de 2014

El seminario de Holanda fue significativamente diferente a los precedentes dado que se centró en una experiencia específica del Grupo del Distrito del Municipio de Den Bosch (Wijkteam Helftheuvel). Los participantes del seminario eran profesionales que realizaban este servicio junto con tres expertos del Knowledge Center Movisie.

Tras la presentación de las directrices del AIDA, los participantes de Movisie explicaron brevemente que **el tema de la integración social y sanitaria se encuentra actualmente en la agenda política en Holanda**. Por ejemplo, se instituyó una Comisión para revisar todos los currículos formativos del entorno social y sanitario con el objetivo de reforzar las competencias de integración y se planteó un debate sobre la integración social y sanitaria para los cuidadores de familias en el que se debatió la predominancia del aspecto sanitario de los cuidados.

Posteriormente se presentó la actividad del Grupo de Distrito. Es un grupo de profesionales de procedencias diversas que comenzó en mayo de 2013 (asistencia social, asistencia sanitaria, desarrollo de comunidades...) pagados por el municipio, que trabajan en los barrios con dos objetivos principales: a) ayudar a los individuos más vulnerables sobre temas diversos (social, sanitario, económico,...) e b) involucrar y meter en la red a la comunidad local. El grupo, compuesto por 10 profesionales de la sanidad, actúa en una zona de cerca de 20.000 habitantes y siempre que colaboran juntos, cada profesional es responsable de una zona bien definida de aproximadamente 1.000 habitantes para poder crear una relación de confianza con los ciudadanos. El criterio de intervención es principalmente el del coaching y de la responsabilización de los usuarios, juntos para buscar las soluciones más "cercanas" y convenientes. La asistencia especializada solo se activa si es verdaderamente necesaria mientras que generalmente se intenta "normalizar" la situación lo más posible.



El Grupo de Distrito le pareció interesante al AIDA porque puede tomarse como un ejemplo concreto de puesta en marcha de la integración socio-sanitaria a nivel comunitario.

Antes de nada, **el grupo está compuesto por profesionales de diversas disciplinas** (una enfermera de la comunidad, un operador social, profesionales con experiencia en enfermedades mentales y discapacidad,...) que trabajan juntos compartiendo e integrado sus capacidades. Cada semana se realiza una reunión de grupo en la que se presentan y se debaten los nuevos casos pero cada uno de los trabajadores, aunque, es responsable de una zona específica, puede dirigirse a los demás cuando sea necesaria la ayuda de un especialista. El grupo describe el trabajo común como un valor añadido y declaran que nunca se ha dado el caso de tener que enfrentarse a situaciones críticas. Es interesante señalar que no han participado nunca en una formación común antes de comenzar con el programa y que su acercamiento ha sido sustancialmente el de "aprender juntos" dado que al principio han seguido los casos en parejas (un operador social y un sanitario) para "aprender a ver con los ojos de otro".

El servicio hace uso, además, de un **instrumento de valoración multidimensional**, una matriz de 11 "ámbitos de vida". Es importante destacar que este es un instrumento de auto evaluación usado por los usuarios con el apoyo de los profesionales, no es un instrumento de valoración profesional. Esto es porque, como se ha dicho antes, se han dirigido las responsabilidades a los usuarios que confeccionarán su propio Plan de Asistencia Individual. El Plan lo ha esbozado el usuario (o, a veces, algún miembro de la familia) y se ha compartido con el profesional (y no al contrario) que asume el papel de gestor de casos ayudando al usuario a que cumpla con el Plan.

Para hacer esto se busca una solución en la red familiar y en la comunidad, buscando incentivar el apoyo informal de acuerdo con el principio de que no se trata de un voluntariado sino de una situación en la que "cada uno cuida de los demás" en el vecindario. Los voluntarios en este caso pueden ayudar a satisfacer las necesidades básicas como consolar, ayudar en las tareas domésticas, a hacer la compra, a cuidar del jardín, y también a traducir o interpretar para los inmigrantes con escasas capacidades lingüísticas.

Si no se puede encontrar una solución en la comunidad entonces es cuando se activan los servicios profesionales pero un miembro del equipo seguirá en contacto con la familia, asumiendo la tarea de gestor de casos y de mediador.

Por otro lado, **reciben indicaciones de los entornos sanitario y social, por ejemplo de los médicos de cabecera y, en caso de alta hospitalaria, se activan los servicios necesarios.** En el caso en el que se involucren otros profesionales, se aseguran de que el **intercambio de información** se realice de forma que la persona no tenga que volver a ser reevaluada (aunque esto puede suponer algún problema para algún profesional). Pueden actuar de este modo ya que cuando se hacen cargo de un caso le solicitan permiso al usuario para compartir su información con otros operadores.

En lo que respecta al uso de las **TIC**, trabajan con los usuarios usando una tablet. La auto evaluación, por ejemplo, se realiza online usando este instrumento que es el que está considerado como el más *fácil de usar* y el más personal con respecto a un ordenador ya que el trabajador no se tiene que sentar detrás de un escritorio y pueden usarlo las personas con escasos conocimientos tecnológicos.

En un futuro se ha planificado el uso de las TIC también para recoger y compartir información y para crear una base de datos de "necesidades/recursos", pero este proceso está aún en fase de desarrollo.

Los grupos como este existen en todo el país y, aunque no es obligatorio para los Municipios activarlos, el gobierno central lo "sugiere encarecidamente". La innovación y el punto fuerte del grupo de Den Bosch es la división de responsabilidades de los profesionales basándose en las áreas geográficas. Según ellos, esto es lo que marca la diferencia cuando se sale a la calle y se es reconocido por los ciudadanos (llevan puesto un uniforme), haciendo que la recogida de información sea aún más sencilla y supervisar las condiciones del usuario. En 8 meses, el grupo de Den Bosch ha trabajado con aproximadamente 300 y, aunque el servicio es bastante reciente para poder medir el impacto, se cree que los resultados son muy prometedores.

Como conclusión, el grupo ha debatido sobre el tema de la **gestión integrada de fondos** para la asistencia social y sanitaria citada en las directrices como un punto clave para una integración exitosa. Actualmente Holanda está andando en dirección contraria. Desde el 25 de enero las competencias y la financiación de la asistencia serán distribuidas por tres agentes principales: la seguridad sanitaria, la seguridad que cubrirá la asistencia personal y los municipios que tendrán la responsabilidad del bienestar. La idea subyace en la decisión de separar el bienestar y la

asistencia y considerar esta última como un tema complejo que los Municipios no tendrán las capacidades necesarias para llevarlo a cabo.

aida