



boletín

sobre el envejecimiento

perfiles y tendencias

Nº 15

ABRIL 2005

Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea

EDITORIAL

La difusión de experiencias, documentos europeos e investigaciones internacionales que busquen favorecer la calidad de vida de las personas mayores que padecen situaciones de dependencia, es uno de los objetivos prioritarios del Observatorio de Personas Mayores.

En esta ocasión, publicamos un documento elaborado en el seno de una red de investigación internacional coordinada por el Doctor Leichsenring (Centro Europeo de Investigación en Política Social) y cofinanciada por el Quinto Programa Marco de la Unión Europea. En él se exponen varias experiencias pertenecientes a nueve países europeos (lo que supone en la práctica casi 50 modelos de trabajo distintos), poniendo de relieve algunas fortalezas y debilidades de los sistemas de atención a las personas dependientes en territorio europeo. La coordinación en todos los ámbitos donde se puede producir, la prestación integrada de servicios y la complementariedad entre los recursos sociales y sanitarios y las iniciativas que se generan en el ámbito privado para hacer frente a la dependencia, constituyen

el objetivo central de esta red de experiencias innovadoras.

Sus resultados, confirman algunas tendencias ya indiscutibles, como la del intento de facilitar a las personas mayores la posibilidad de permanecer en sus viviendas, o al menos en su entorno cercano, el máximo tiempo posible. Sobre todo, destaca la imperiosa necesidad de coordinación en la prestación asistencial y la necesidad de buscar fórmulas de integración de lo social y lo sanitario en los cuidados de larga duración, y la urgencia de poner en práctica la evaluación pluridimensional. De todo ello se deduce la necesidad de estimular la innovación en este campo.

Asimismo, pone de manifiesto la necesidad de crear estrategias coherentes en relación a los cuidados de larga duración, las dificultades encontradas para evaluar eficiencia y eficacia de modelos y servicios, la necesidad de programas de ejecución concretos con listas de prioridades y objetivos claros.

La mirada más allá de nuestras fronteras que se nos propone, llega en un momento

histórico para nuestro país, cuando se debate un cambio de modelo y la creación de un sistema que afronte con justicia y dignidad las necesidades de las personas dependientes, la coordinación de esfuerzos desde las diferentes administraciones públicas, departamentos ministeriales y profesionales en la búsqueda de fórmulas eficaces de gestión y provisión de servicios es uno de nuestros más complejos retos. Por ello esperamos que la publicación de este documento ayude a tomar nota de algunos aciertos, fracasos y dificultades, que atraviesan países que ya tienen desarrollado un sistema de atención a personas en situación de dependencia, fijándonos específicamente en las más mayores.

Como de costumbre, contamos con sus comentarios y sugerencias, que puede remitir directamente al Observatorio de Personas Mayores o a través de nuestro portal: <http://www.imsersomayores.csic.es>, donde encontrarán otros números de este boletín y amplia información sobre este y otros temas de interés.

Observatorio de Personas Mayores



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



PROCARE

Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: cuestiones, problemas y soluciones

European Centre for Social Welfare Policy and Research - Centro Europeo de Investigación en Política Social

Danish National Institute of Social Research - Instituto Nacional Danés de Investigación Social (SFI)

Research Society for Gerontology – Institute of Gerontology at the University of Dortmund / Sociedad de Gerontología - Instituto de Gerontología de la Universidad de Dortmund

National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) - Centro Nacional de Investigación y Desarrollo del Asistencia social Social y la Salud (STAKES)

Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss) - Unión Nacional Interfederal de Obras y Organismos Privados Sanitarios y Sociales (UNIOPSS)

National Centre for Social Research - Centro Nacional de Investigación Social - Instituto de Política Social (EKKE)

emme&erre s.p.a.

Studio Come s.r.l.

Dr. Hilda Verwey-Jonker Institute - Instituto Dr. Hilda Verwey-Jonker

University of Kent at Canterbury , Centre for Health Service Studies (CHSS) - Universidad de Kent en Canterbury - Centro de Estudios del Servicio de Salud (CHSS)

Dirección de contacto del autor:

Dr. Kai Leichsenring

European Centre for Social Welfare Policy and Research

Berggasse 17

A-1090 Vienna (Austria)

Phone + 43 699 10198092

Fax + 43 1 3194505-19

Mail to: leichsenring@euro.centre.org

<http://www.euro.centre.org/procare>

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

QUINTO PROGRAMA MARCO

CALIDAD DE VIDA Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS VITALES

Acción dominante: El envejecimiento de la población y las discapacidades

Nº del contrato. QLK6-CT-2002-00227

Primera edición: 2005

© IMSERSO, 2005

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
 Secretaría de Estado de Servicios Sociales,
 Familias y Discapacidad
 Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58
 28029 Madrid - Tel.: 91 363 89 35

NIPO: 216-05-006-3

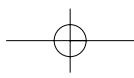
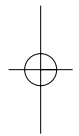
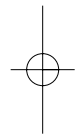
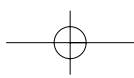
Depósito Legal: BI-1.520-05

Imprime: Grafo, S.A.

Autor: *Kai Leichsenring*
 European Centre for Social Welfare Policy and Research

ÍNDICE

PREFACIO	3
1. INTRODUCCIÓN: ¿UN PROGRAMA COMÚN A PESAR DE LOS DIVERSOS SISTEMAS SANITARIOS Y DE ASISTENCIA SOCIAL DE EUROPA?	5
2. INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL: LOS CONTEXTOS NACIONALES	7
2.1. El marco legal y estructural	7
2.1.1. Barreras legales y estructurales	8
2.2. Debates actuales y nuevas políticas	9
2.2.1. ¿Dificultan los mecanismos del mercado la prestación de asistencia integrada?	10
2.2.2. El papel de la asistencia institucional	10
2.2.3. Cuidados de larga duración: ¿de la “poor law” a los derechos del ciudadano?	11
3. DIFERENTES INTERPRETACIONES DE LA ASISTENCIA INTEGRADA	13
4. DIFERENTES ENFOQUES CON RESPECTO A LA INTEGRACIÓN: ESTRATEGIAS, MÉTODOS E INSTRUMENTOS	18
4.1. Gestión de casos y gestión de la asistencia	18
4.2. Estrategias de asistencia intermedias: la interrelación entre la asistencia hospitalaria y la extrahospitalaria	19
4.3. El comienzo de una relación compleja: evaluación de las necesidades y planificación conjunta	19
4.4. Elección del usuario: presupuestos personales y subsidios de cuidados de larga duración	20
4.5. Trabajo conjunto: ruptura de la división cultural	21
4.6. Apertura de las instituciones: hacia una integración del alojamiento, el bienestar y los cuidados....	22
4.7. Apoyo a los cuidadores informales (familiares)	23
5. EL PAPEL DE LAS DIFERENTES PARTES INTERESADAS	24
El papel de la investigación y el desarrollo	25
6. CONCLUSIONES: AMBIGÜEDADES, DEBATES NECESARIOS Y PERSPECTIVAS FUTURAS	26
Perspectivas: ¿más mercado, gestión y tecnología de la información, o más sociedad civil?	27
7. BIBLIOGRAFÍA	28



Prefacio

Para efectuar estudios relativos a los cuidados de larga duración en las interrelaciones entre la asistencia sanitaria y la social, entre la asistencia institucional y la extrahospitalaria y entre la asistencia sanitaria primaria y la especializada, hace falta un extenso bagaje de experiencias y perspectivas que a menudo trasciende las divisiones académicas clásicas. Esta afirmación es especialmente cierta cuando se trata de proyectos transnacionales con el objetivo de comparar perspectivas. Aun cuando la interdisciplinariedad ha aumentado, no puede negarse que la división social y sanitaria se refleja todavía en diferentes planteamientos y, por lo tanto, duplica o refleja la realidad de las estructuras organizativas, las políticas y las culturas profesionales.

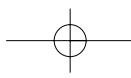
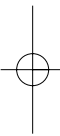
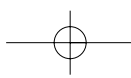
«Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores» (PROCARE) es un proyecto de investigación internacional cofinanciado por el Quinto Programa Marco de la Unión Europea (Calidad de vida y gestión de los recursos vitales: el envejecimiento de la población y las discapacidades). El desafío para PROCARE –y, por consiguiente, también para esta primera visión de conjunto europea– consiste en tener en cuenta los diferentes antecedentes profesionales y organizativos de los investigadores individuales en los distintos equipos nacionales, la mayoría de ellos gerontólogos sociales, unos con un interés especial en las políticas sociales, otros más orientados a la sanidad pública, con formación profesional psicológica o social; además, hay también algunos economistas y profesionales de enfermería. Juntos tenemos que explorar el campo de la asistencia integrada en Europa y averiguar los diferentes enfoques de lo que se ha descrito como uno de los déficit más sobresalientes en los sistemas sanitarios y de asistencia social europeos: la mejora de la prestación de servicios en la interrelación entre el sistema sanitario, por una parte, y el sistema de asistencia social de las per-

sonas mayores, por otra parte. Supuestamente independiente de las tradiciones nacionales y de las peculiaridades estructurales de los sistemas nacionales de asistencia sanitaria y social, en los últimos 20 años se ha obtenido un éxito parcial y algo de innovación, pero un fracaso general en mantener la cooperación entre las organizaciones y las personas implicadas.

La idea de realizar este proyecto surgió porque los nuevos desafíos y el cambio de los contextos políticos y económicos de los Estados miembros de la Unión Europea reclaman un nuevo esfuerzo para definir el concepto de una asistencia sanitaria y social integrada destinada a las personas mayores dependientes y para contribuir a proporcionar un modelo sostenible de este tipo de servicio mediante la comparación y la evaluación de los distintos modos de prestación de asistencia. A partir de intentos similares que se han emprendido en nuestra época¹, nos sentimos respaldados en nuestro objetivo de buscar métodos de incrementar la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Más aún, PROCARE es uno de los primeros intentos de planificar un ámbito en el que la documentación es relativamente deficiente.

La visión de conjunto que se ofrece a continuación es un primer intento de agrupar la información procedente de nueve informes nacionales que fueron elaborados por los equipos de Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, los Países Bajos, y el Reino Unido que participan en el proyecto. Como coordinador y autor de la visión de conjunto europea, debo todos mis conocimientos y resultados a mis colegas, quienes proporcionaron tanto sus datos como sus comentarios para realizar esta primera etapa de un proyecto que continuará realizando estudios detallados de casos sobre modelos de trabajo en los países participantes.

¹ Para nombrar sólo unos pocos ejemplos, nos gustaría llamar la atención del lector sobre las iniciativas en el contexto de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud para los Servicios Integrados de Asistencia Sanitaria (véanse <http://www.euro.who.int/ihb> y <http://www.ijic.org>; Delnoij y col., 2002) y la Red Temática en el 5.º Programa Marco de la Unión Europea «Gestión de la integración de los servicios para las personas mayores» (CARMEN).



1 Introducción: ¿un programa común a pesar de los diversos sistemas sanitarios y de asistencia social de Europa?

Los enfoques comparativos de los sistemas sanitarios y de asistencia social europeos son un intento sumamente fascinante de comparar manzanas y naranjas. Tanto las comparaciones generales (Flora, 1986), como el intento subsiguiente de categorizar los sistemas diferentes (Esping-Andersen, 1990), los ámbitos específicos de las políticas sociales (Cichon y col., 1998), las políticas sanitarias (Freeman, 2000) y los estudios detallados de los sistemas de cuidados de larga duración para las personas mayores (Pacolet y col., 1999), se han explayado en estas diferencias y, por lo tanto, han enriquecido el debate científico y político. También la evolución de la Unión Europea ha contribuido a aumentar el interés en comparar las políticas sociales y en tratar de encontrar rasgos comunes como base de un «modelo europeo».

El hecho de centrarse en la interrelación entre los servicios de asistencia sanitaria y social y los mecanismos potenciales de coordinación e integración parece ser incluso más fascinante cuando abordamos un ámbito que está influido por todas las diferencias entre países arriba mencionadas, pero, sobre todo, dentro de cada uno de ellos. Como se trata de servicios sociales personales, el contexto local llega a ser a menudo más importante que el nacional o el europeo. Además, hemos de tener en cuenta los marcos nacionales y sus diferencias, en especial en relación con la financiación, el desarrollo sistémico, la profesionalización y las culturas profesionales, los valores sociales básicos (la ética familiar) y los enfoques políticos.

No es preciso subrayar que los gastos en materia de asistencia sanitaria disminuyen en los países europeos de Norte a Sur, y sabiendo, incluso, que el nivel del PIB no refleja forzosamente el nivel de los servicios de asistencia sanitaria, todavía ofrece una imagen de su importancia relativa en los distintos países (Kanavos / Mossialo, 1996). Por otra parte, ni siquiera disponemos de esta medida o indicador si se trata de gastos para los cuidados de larga duración, puesto que suelen estar dispersos entre las diversas líneas presupuestarias de los sistemas de asistencia social o

simplemente incluidos en los gastos sanitarios. En cualquier caso, puede decirse que los servicios de asistencia social tienen mucha menor financiación y menos privilegios que los servicios de asistencia sanitaria, lo que conduce a una primera pregunta que será abordada en este resumen:

- ¿Hasta qué punto un sistema integrado de asistencia sanitaria y social puede dar cabida a la asistencia social para que forme parte de este tipo de prestación de asistencia? ¿Podría ser la coordinación un primer paso para la integración con el fin de evitar que los servicios sociales pierdan su autonomía?

En todos los países, los servicios de asistencia social se caracterizan por tener una historia decididamente más breve que los servicios de asistencia sanitaria. Podemos observar diferentes tradiciones y estados de desarrollo sistémico en el contexto de una diferencia general entre el Norte y el Sur. Por una parte, los países nórdicos empezaron a desarrollar servicios sociales específicos ya durante la década de 1950 y, por lo tanto, establecieron una diferenciación notable entre los diferentes tipos de servicios e instituciones y los conceptos y enfoques profesionales respectivos. Por otra parte, en Europa del Sur comprobamos una escasez general de servicios sociales que se presentan a sí mismos todavía en una «fase preparatoria» con las dificultades consiguientes en lo que respecta a financiación y dotación de personal. Esto se encuentra en marcado contraste con el sistema general de asistencia sanitaria, que se caracteriza –a pesar de todas las diferencias relativas a su extensión y calidad– por unas profesiones médicas, unas competencias diferenciadas y unos valores bastante bien definidos.

Estas diferencias entre países y dentro de ellos pueden ponerse de relieve por el simple hecho de que, mientras la medicina, y –en muchos países– también los estudios de enfermería, son estudios universitarios homologados, las profesiones de asistencia social carecen a menudo incluso de reglamentos reconocidos

nacionales, por no mencionar los reconocimientos internacionales (Badelt / Leichsenring, 1998). Además, la diferente situación de las profesiones sociales y sanitarias puede deducirse de las diferencias de ingresos y del deterioro general de las condiciones de trabajo que imperan cuanto más «social» es el servicio definido. Por último, los gastos de investigación con respecto a la asistencia social están muy por detrás del gasto en investigación médica.

- En consecuencia, una cuestión principal que atañe a esta perspectiva europea, y a PROCARE en general, será la de cómo pueden promoverse el trabajo conjunto y los modos integrados de prestación de asistencia, a pesar de estas diferencias, para mejorar la calidad de vida de los usuarios de estos servicios.

Otro rasgo general que ha de considerarse en relación con los sistemas de cuidados de larga duración es el que concierne a los valores sociales y a los enfoques políticos respectivos que permitan hacer frente al desafío creciente de satisfacer las necesidades de cuidados de larga duración en una sociedad que envejece.

- ¿En qué medida los cuidados de larga duración es una tarea de la familia y en qué medida los cuidadores familiares están capacitados y/o preparados para prestar unos cuidados de larga duración? ¿Cuál será el papel de la familia a medida que evolucionen los sistemas de servicios coordinados o integrados? ¿Cómo puede los cuidados familiares o informales como partes integrantes de los cuidados de larga duración?

Estas ambigüedades y cuestiones desconcertantes contrastan, en este momento concreto, con unos avances económicos, demográficos y sociales adicionales que, a primera vista, no parecen favorecer la innovación y la inversión en cuestiones relativas a la asistencia social. Sin embargo, PROCARE tiene que explicar de forma más detallada aquellos aspectos y oportunidades que pudieran emplearse para fomentar más la idea de una prestación de servicios integrada.

Uno de estos aspectos es el programa, sorprendentemente similar, en materia de reformas sanitarias y sociales, en concreto en el ámbito de los cuidados de larga duración. Éste es el motivo de que nos complacería reanudar el discurso de coordinación e integración en el nuevo contexto de los intentos para aumentar los cuidados a domicilio, para elevar la calidad de los servicios y la calidad de las condiciones de trabajo hacia un modelo europeo de bienestar social.

A continuación, en primer lugar se pondrán de manifiesto el marco legal y estructural, los debates actuales y las perspectivas políticas con respecto a la asistencia integrada con algunos detalles más de los países participantes. En segundo lugar, y a partir de estas observaciones generales, la comprensión de la asistencia integrada en los distintos países necesitará algo de clarificación. Así pues, en la Sección 3 intentaremos reflexionar sobre las definiciones y los enfoques descritos en los informes nacionales y en el debate general sobre la asistencia integrada. Este discurso se reanudará en el artículo siguiente (Alaszewski y col., 2003) para conducir a una comprensión más común de asistencia integrada. La misión de la presente visión de conjunto es, (Sección 4) llamar la atención sobre las características más interesantes procedentes de la práctica de la asistencia integrada y/o de los esfuerzos de coordinación en el ámbito de la asistencia sanitaria y social de las personas mayores. Todos los informes nacionales reflejan una gran riqueza de experiencias tanto de los proyectos modelo como de los métodos de trabajo dominantes. Estos conceptos, métodos, puntos fuertes, pero también débiles, deben establecer la base para los avances políticos posteriores y para los procedimientos de evaluación de tales métodos de trabajo. Tras unas breves consideraciones relativas a las diferentes partes interesadas (Sección 5), la visión de conjunto concluirá con algunas reflexiones en torno a las perspectivas y los debates necesarios para la ansiada mejora de la prestación de asistencia integrada.

2. Integración de los servicios de asistencia sanitaria y social: los contextos nacionales

2.1. El marco legal y estructural

La diferenciación entre los servicios de asistencia sanitaria y social arranca, en todos los países, del hecho de que la situación sanitario suele estar regulada por un ministerio específico en el marco de un sistema sanitario nacional (el Reino Unido, Grecia, Italia, los países nórdicos) o de un sistema nacional de seguridad social (Austria, Francia, Alemania, los Países Bajos), mientras que la situación de la asistencia social se aborda dentro de los sistemas de seguridad social que suelen ser administrados, en función de la descentralización correspondiente, por entidades regionales o locales. Así pues, en la mayoría de los países el derecho a la sanidad se define en términos totalmente diferentes que el derecho a la asistencia social.

Aunque la legislación específica relativa a la asistencia integrada es escasa, podemos observar un número creciente de políticas, con su legislación correspondiente, en materia de financiación y organización de los cuidados de larga duración. Por una parte, el número de países con sistemas de cuidados de larga duración ha crecido de modo notable durante la última década (Evers y col., 1994; Pacolet y col., 2000). Mientras que, con respecto a una duración prolongada, sólo los Países Bajos preveían una seguridad social global basada en un dispositivo de financiación de los cuidados de larga duración, países como Austria, Alemania, Francia y el Reino Unido empezaron a implantar sistemas específicos durante la década de 1990. Además, en los Países Bajos se introdujo hace poco un nuevo sistema que prevé un «presupuesto personal».

La tendencia general de estas disposiciones es permitir pagos en metálico a la persona dependiente –no sólo a las personas mayores– y/o a sus cuidadores familiares como forma de reconocer el papel de la atención familiar y porque no será viable una profesionalización completa de los cuidados de larga duración. Además, dichos sistemas tienen que ofrecer a

las personas dependientes la posibilidad de decidir con más independencia los tipos de servicios que van a utilizar. Es evidente que estos sistemas son ambiguos en lo referente a la integración de los servicios, puesto que los clientes pueden elegir ahora con más independencia si usan servicios y de qué tipo. Algunos de estos sistemas, en particular el seguro de cuidados de larga duración alemán y la Ayuda a las Personas Mayores (APA: *Aide aux Personnes Âgées*) de Francia, se basan –al menos en parte– en sistemas de bonos.

No obstante, estas tendencias han demandado mecanismos de coordinación más definidos entre los proveedores o entre los ámbitos nacional y regional. Sobre todo en aquellos sistemas en los que se han introducido mecanismos de mercado libre, hubo que desarrollar sistemas de acreditación y de control de la calidad, puesto que la administración pública tuvo que cambiar su papel de proveedor a «comprador» de servicios (las autoridades de la administración pública procuran ampliar cada vez más sus capacidades de dirección con el fin de garantizar y controlar los servicios, en lugar de producirlos directamente). Aunque en algunos países este enfoque puede basarse en una larga tradición de organizaciones del sector terciario que siempre han prestado una parte importante de los servicios sociales (por ejemplo, Alemania, Austria, los Países Bajos), tanto en los países nórdicos como en los mediterráneos este avance ha cobrado importancia con el título de «privatización» extensa de los servicios que hasta entonces eran públicos. Esta tendencia general hacia una «nueva gestión pública» produce resultados muy llamativos a medida que se aplica en todos los tipos de sistemas sociales y sanitarios de Europa.

Por lo tanto, podemos encontrar iniciativas legislativas destacables en relación con la «subcontratación», el control de la calidad y la promoción de nuevos tipos de proveedores comerciales y, en particular, proveedores sin ánimo de lucro. Por ejemplo, en Italia se promulgó en el año 2000 una ley marco nacional

«para un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales», con el fin de reglamentar, por una parte, la relación entre la administración pública y los proveedores privados sin ánimo de lucro y, por otra parte, para buscar una planificación integrada y el suministro coordinado de los servicios sanitarios y sociales dentro de las denominadas «zonas sociales» (comarcas que abarcan varios municipios dentro de un distrito sanitario). Desde 2004/5 en adelante, los presupuestos sanitarios y sociales regionales se basarán en los planes de las zonas sociales correspondientes, de manera que a todos los agentes se les da un incentivo para participar en mesas redondas y en otros procedimientos de planificación participativa.

En otros países puede observarse también una «regulación mediante incentivos». En Alemania, donde el mercado libre de los servicios de asistencia se inició con la introducción del seguro de cuidados de larga duración (LTCL: *long term care insurance*), los proveedores tienen que cumplir unas normas mínimas y son invitados a participar en «conferencias de cuidados» («*care conferences*») regionales y en negociaciones en curso relativas al aseguramiento de la calidad. En los Países Bajos, donde el gobierno intenta ejecutar una política que responda cada vez mejor a la demanda, se promueven «distritos favorables a los cuidados» («*care-friendly districts*»), es decir, zonas en las que se concede una atención explícita a la mejora de los entornos vitales, de la infraestructura y de los centros, mediante proyectos modelo. Los proyectos que pretenden mejorar las interrelaciones entre el alojamiento, la asistencia y el servicio reciben subvenciones, con lo que se refuerza la cooperación entre los organismos.

También en Finlandia, la búsqueda de mecanismos de coordinación se basa más en los incentivos que en legislación general. El Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad finlandés –uno de los pocos ejemplos en Europa donde ambas competencias están combinadas en un solo ministerio– ha abordado las cuestiones relativas a la calidad mediante el establecimiento de un «Marco Nacional de Asistencia y Servicios de Alta Calidad para las Personas Mayores» que forma parte del actual «Objetivo y Plan de Acción» nacional. En Francia, el Ministerio de Empleo y Solidaridad Social promueve los Centros Locales de Información y Coordinación (CLIC: *Centres Locaux d'Information*

et de Coordination) como vehículo para introducir una orientación más sistemática hacia el trabajo conjunto (información, evaluación, ejecución y seguimiento) de equipos médico-sociales.

2.1.1. Barreras legales y estructurales

Todas estas iniciativas de los gobiernos centrales indican que aumenta la concienciación hacia la necesidad de una prestación de asistencia integrada. Sin embargo, estos servicios, en general, están regulados y se proporcionan dentro de estructuras descentralizadas. Así pues, las competencias no sólo están divididas entre «ministerios» (sanidad por una parte y asuntos sociales por otra), sino también, en especial, entre los ámbitos centrales, regionales, comarcales y locales. La falta de legislación federal es sólo una carencia de segundo orden, dadas las enormes diferencias regionales en la prestación de servicios dentro de los países. Incluso en Dinamarca, un país pequeño con una política asistencial para las personas mayores muy perfeccionada, las responsabilidades de ejecutar la política sanitaria y social se han delegado a las comarcas y municipios, con el resultado de desigualdades y diferencias locales en cuanto a los presupuestos y la calidad.

Algunos ejemplos ilustrativos de las barreras a la coordinación e integración que se derivan de la toma de decisiones descentralizada son los que facilitan el informe austriaco y el alemán. En ambos países, la descentralización está «duplicada» porque los seguros sociales y sanitarios son organismos «de autogobierno» con estructuras de poder especiales (corporativas). En Alemania, por ejemplo, las empresas de seguros médicos pueden concluir ahora contratos directamente con ciertas redes intersectoriales de proveedores (médicos con consulta privada, hospitales, servicios de asistencia y rehabilitación para pacientes ambulatorios, etc.) con el fin de «integrar» la asistencia ambulatoria y la hospitalaria. El interés primario es, desde luego, poner freno a la expansión de los costes, pero, sin embargo, la aplicación de la reglamentación no se ha fijado aún, puesto que siguen existiendo reglamentos financieros diferentes y presupuestos segmentados para las prestaciones a los pacientes ambulatorios y hospitalarios. En Austria, la división entre servicios de «cura» y «cuidados de

larga duración» es especialmente estricta. Por ejemplo, el seguro social de salud sólo financia un pequeño segmento de servicios ambulatorios, que son los que prescriben los médicos de medicina general y se definen como preventivos de la asistencia hospitalaria.

También en Francia, los incentivos nacionales para difundir los Centros Locales de Información y Coordinación suelen entrar en conflicto con la organización establecida de servicios sociales en el ámbito local / regional, en especial con la aplicación regional del «subsidio de autonomía» (ayuda económica a las para favorecer al autonomía de las personas mayores).

La falta de presupuestos conjuntos y las diferencias con respecto a la financiación de la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración se identifican, en general, como los problemas más significativos relativos a la integración de la prestación de servicios en todos los países. Los problemas simultáneos a la financiación de la asistencia sanitaria y las diversas reformas sanitarias para poner freno a la expansión de los costes han sido siempre difíciles de combinar con consideraciones en torno a los cuidados de larga duración, aunque se ha identificado que lo que impulsa en mayor medida los costes son hechos como el «bloqueo de camas»*, los reconocimientos repetidos, las referencias innecesarias, las estrategias de tratamiento selectivo, los efectos perversos de las altas precoces que requieren hospitalizaciones continuas, la orientación tecnológica, etc. Sin embargo, los presupuestos para los cuidados de larga duración, si llegan a reflejarse en los presupuestos nacionales, forman una fracción del cinco al veinte por ciento de los gastos sanitarios generales en los países participantes. El «recién llegado» de los sistemas de protección social, constituido por el sector de los cuidados de larga duración, sigue subdesarrollado y a la sombra de los problemas de financiación de la asistencia sanitaria.

* El *bedblocking* se produce cuando se obliga a las personas mayores a permanecer en un hospital, a pesar de que se les podría dar de alta clínicamente para pasar a otro nivel asistencial de menor complejidad clínica (residencia, centro de día...), debido a la ausencia de plazas o servicios en dicho nivel. [N. del T.]

² Este fenómeno también se ha comunicado de Suecia (véanse Andersson / Karlberg, 2000), donde la reforma «Ädel» tuvo éxito en la reducción del número de personas en espera de salida del hospital, pero desencadenó cargas cada vez más pesadas para las residencias asistidas y la asistencia extrahospitalaria.

2.2. Debates actuales y nuevas políticas

Dado el contexto descrito, si se trata de debates referentes a la prestación de asistencia integrada sanitaria y social, el discurso general se centra, ante todo, en las reformas de la asistencia sanitaria y en los instrumentos correspondientes para impedir la expansión de los costes. En un contexto más amplio, estos tipos de discursos reformistas se han basado progresivamente en consideraciones orientadas al mercado con el objetivo de reducir la oferta, por ejemplo, de camas hospitalarias mediante financiación de los grupos relacionados por el diagnóstico (DRG: *diagnosis related groups*), y de regular la demanda, por ejemplo, mediante la introducción de cuotas del usuario (o el aumento de las mismas) y otros mecanismos para impedir el acceso. Sin embargo, la introducción de cuasimercados en el ámbito sanitario no condujo automáticamente a una concepción «integrada». Más bien condujo a los dirigentes sanitarios (y a los políticos) a mantenerse en su concepción de asistencia sanitaria, y a externalizar los costes hacia el sector de los cuidados de larga duración sin los cambios correspondientes en cuanto a financiación y pagos. Por ejemplo, algunos informes (véanse Austria, el Reino Unido, Alemania) revelaron que la reducción de camas hospitalarias y de financiación de los grupos relacionados por el diagnóstico en todos los países llevó a ejercer una presión creciente sobre los servicios de asistencia de larga duración, en particular la asistencia extrahospitalaria, que se enfrentó a más clientes necesitados de más atención médica.² En comparación con el sector de asistencia sanitaria, hay únicamente pequeños grupos con menos influencia política que abogan a favor de asuntos de asistencia social.

Así pues, lo que podemos observar es la evolución de dos «cuasimercados» separados, uno en el sector sanitario y el otro en el sector de la asistencia social.

Como los planteamientos de la nueva gestión pública han llegado ahora también a los sectores de los servicios sociales, la competencia, la eficiencia del coste y la gestión de la calidad han contribuido a una gestión más competitiva también en la asistencia social y, por lo tanto, quizás a crear un lenguaje común básico que ha de ser adoptado en la prestación de asistencia integrada.

2.2.1. ¿Dificultan los mecanismos del mercado la prestación integrada de la asistencia?

A primera vista, sin embargo, parece que los mecanismos del mercado impiden por ahora la prestación de asistencia integrada. Por ejemplo, en el Reino Unido la introducción de mercados competitivos –en ausencia de un presupuesto único de asistencia sanitaria y social– planteó un problema a quienes tenían que adquirir «asistencia continuada» para pacientes con necesidades de cuidados de larga duración. Se han comunicado tensiones entre las unidades de agudos y otros servicios, entre proveedores diferentes y en relación con «el papel director» en la evaluación y aplicación de paquetes asistenciales (Lock, 1996; Hudson / Henwood, 2002; véanse Alaszewski y col., 2003), lo que subraya que la asistencia social y sanitaria divide en vez de crear incentivos para el trabajo conjunto. Esta experiencia de mecanismos del mercado sin reglas y presupuestos comunes, en la que el Reino Unido es el ejemplo más sobresaliente, debe evitar que en otros países se produzca un desarrollo similar que, no obstante, podría ser necesario para desencadenar el debate que se sigue en Gran Bretaña. Con su Ley Sanitaria de 1999, el gobierno británico ha intentado superar los impedimentos existentes para articular el trabajo, teniendo en cuenta los presupuestos mancomunados, dirigiendo su puesta en marcha e integrando a los proveedores.

Estos avances han alimentado nuestra impresión general de que empieza una nueva fase en los debates en torno a la asistencia integrada. Lo que en la mayoría de los países se criticó durante mucho tiempo como mera palabrería sobre la prevención de la asistencia institucional, ha cobrado ahora importancia con respecto al desarrollo de nuevas políticas que, ante todo, puede encontrarse en declaraciones polí-

ticas y cambios de la retórica, como, por ejemplo, en el discurso de la «asistencia ininterrumpida» (Burda, 1992) que ahora puede leerse en muchos documentos normativos (Reino Unido, Finlandia), de la concentración en la «asistencia intermedia» (Vaughan / Lathlean, 1999; Departamento de Salud, 2002; véase el informe del Reino Unido) y del trabajo conjunto (véase el informe de los Países Bajos para ampliar el enfoque de la «desinstitucionalización»; véanse también Jedeloo y col., 2002). Del mismo modo, la multitud de proyectos modelo en el ámbito de la coordinación y la integración podría interpretarse como un hito más hacia posibles soluciones, aunque estos proyectos todavía suelen carecer de estrategias de seguimiento, de aprendizaje organizativo y de traducción en prácticas de integración.

2.2.2. El papel de la asistencia institucional

Un rasgo antiguo dentro del discurso en torno a la integración de los servicios es la dicotomía entre asistencia institucional y extrahospitalaria. Bajo el lema general de «la asistencia domiciliaria es mejor que la institucional» se han impedido a menudo los procesos integradores en vez de facilitarlos. Desde luego, una serie de escándalos, e incluso homicidios, en residencias asistidas han sacado a la luz las consecuencias potenciales de la institucionalización y hospitalización. Sin embargo, estos incidentes también han desencadenado numerosas reformas, innovaciones y mejoras en el sector residencial. Con todo, no es fácil motivar y mantener al personal en la asistencia institucional si los profesionales tienen ante sí constantemente la imagen penosa de las residencias de mayores o las residencias asistidas. El discurso en torno a la asistencia integrada debe ayudar a superar el debate de «entre lo uno o lo otro» mediante una nueva definición del papel de la asistencia institucional en la «cadena asistencial».

No obstante, desde una perspectiva europea hemos de ser conscientes de que existen realidades diferentes cercanas entre sí. Mientras que en los países nórdicos la asistencia institucional conforma hasta el 12% de la prestación –y todavía se enfrentan al problema de las listas de espera (véase el informe de los Países Bajos: Ex y col., 2003)– en los países de Europa

del Sur se ofrecen índices mucho más bajos de asistencia institucional (alrededor del 3% de las personas mayores vive en instituciones en Italia, y bastante menos del 1% en Grecia; véanse los informes italiano y griego; Nesti, 2003; Sissouras, 2003). Así pues, el desarrollo posterior de la asistencia institucional aparece más en el programa de estos países. Mientras que en Dinamarca la construcción de centros quedó inhibida por ley y, por lo tanto, se ha interrumpido, en los Países Bajos se han puesto en marcha reformas importantes del sector institucional («desinstitucionalización»), en Francia y en otros países se han promovido «unidades de convivencia», los responsables de las políticas de Europa del Sur se esfuerzan, ante todo, por un aumento cuantitativo, en especial en el sector de la asistencia residencial privada.

En esta situación, ha llegado el momento de elaborar normas generales (también a escala europea) con respecto a los criterios de acreditación y al aseguramiento de la calidad y normas relativas a la inclusión de los centros residenciales en las redes locales de servicios. Están en juego tanto las mejoras cualitativas como las cuantitativas, en especial las referentes a la interrelación entre los centros residenciales y la asistencia extrahospitalaria, pero también entre las residencias asistidas y los hospitales.

2.2.3. Cuidados de larga duración: ¿de la «poor law» a los derechos del ciudadano?

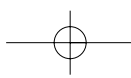
Es interesante trazar un enlace directo desde las mejoras en el sector residencial a las consideraciones sobre los derechos del ciudadano y la prestación de servicios integrados. La estricta división entre el derecho a «curar» y las disposiciones discrecionales de los servicios de asistencia social se ha hecho cada vez más cínica, sobre todo en los países con un sistema sanitario bien establecido (ya sea en lo referente a la seguridad social –Austria, Alemania, Francia–, ya sea tomando como base un sistema sanitario nacional –Italia–). Por lo tanto, fue especialmente en estos

países donde las políticas comenzaron a cambiar las cuestiones en materia de cuidados de larga duración desde las disposiciones de una «poor law»³ hacia los sistemas legales respaldados por los derechos en cuanto a la calidad y la financiación. En Alemania, el seguro de asistencia de larga duración introdujo directamente los cuidados de larga duración de acuerdo con los servicios de asistencia sanitaria, aunque se hayan aplicado diferentes mecanismos de garantía de los servicios. También Francia se mueve en la misma dirección, mientras que en Austria se reforzó la tradición de los subsidios en metálico –basada todavía en los derechos del ciudadano– y se garantizó la financiación mediante el presupuesto general, en lugar de la seguridad social. Un caso especial es Finlandia, donde un «Programa nacional de servicios sociales para reforzar los derechos de las personas mayores a los servicios» subraya el compromiso de mejorar la asistencia a las personas mayores (Salonen / Haverinen, 2003).

Sin embargo, muchas de estas iniciativas plantean de distinta forma las cuestiones en materia de cuidados de larga duración, en vez de tratar de integrar los fondos y los mecanismos de financiación. Esto podría deberse a que la mayoría de los responsables de las políticas tratan de gobernar la creciente demanda mediante políticas y mecanismos regidos por la oferta. Pero podemos observar que poco a poco florecen las primeras tendencias hacia las políticas «regidas por la demanda», es decir, las iniciativas que comienzan la integración desde una perspectiva del usuario y a partir de las necesidades expresadas por los usuarios. Pueden encontrarse ejemplos en Dinamarca, donde la prevención se toma en serio mediante «visitas preventivas a las personas mayores en sus domicilios»; en los Países Bajos, donde se trata de buscar la «demanda asistencial oculta», y en el Reino Unido, en cuyo programa se contemplan los presupuestos conjuntos («consorcios asistenciales»).

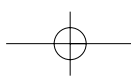
Aún así, muchas, si no la mayoría, de las iniciativas a favor de la prestación de asistencia integrada siguen todavía en la fase de proyectos piloto, y muchas continúan en ella. Desde luego, existe ya una larga tradi-

³ El término «Poor law» se refiere a un conjunto de normas destinadas al alivio y socorro de los pobres ingleses, que configuraban un sistema de beneficencia con algunas prestaciones asistenciales participadas por el Estado.



ción de proyectos piloto (con y sin estudios de evaluación) en casi todos los países participantes. En muchos casos, estos proyectos se marchitaron al cabo de dos o tres años, aunque sus resultados parecieran prometedores. En otros casos, y no los menos, los proyectos de integración fracasaron de todos modos porque se había omitido y/o no se había respetado una u otra variable. En ambos casos, sin embargo, las experiencias se desvanecieron junto con las personas que se habían implicado, y los seguimientos fueron poco frecuentes. Las estrategias de aprendizaje orga-

nizativo real no pudieron encontrarse, pero no es ninguna coincidencia que muchos informes nacionales se refieran a una «nueva ola» de proyectos piloto que se han de ejecutar actualmente. Pero, antes de resumir algunas de estos nuevos avances, será necesario describir y clasificar por categorías los distintos enfoques de la asistencia integrada, influidos por las tradiciones nacionales, la fase de desarrollo del sistema y los fundamentos profesionales de quienes promueven y organizan las nuevas formas de prestación de servicios.



3. Diferentes interpretaciones de la asistencia integrada

El concepto de asistencia integrada consiste en la prestación de servicios asistenciales en la que las unidades individuales actúan de manera coordinada y con el propósito de garantizar la rentabilidad, mejorar la calidad y aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y de los proveedores de la asistencia. Como instrumentos de este objetivo figuran la reducción del despido por exceso de personal, el reforzamiento de la continuidad y la personalización de los servicios dentro del proceso de prestación de asistencia, así como la capacitación de los usuarios de los servicios asistenciales.

En este contexto, el término «unidad» puede tener una multitud de significados; por ejemplo, proveedores de asistencia, estrategias de prestación de asistencia o servicios asistenciales. El proceso de integración puede aspirar a vincular las partes dentro de un único nivel de asistencia, por ejemplo, la creación de equipos multiprofesionales (integración horizontal) o la vinculación entre los diferentes niveles de asistencia, por ejemplo, la asistencia primaria y especializada (integración vertical). Estas vinculaciones pueden trabajar en una dirección o incluir un mecanismo de intercambio de información. El concepto de asistencia integrada puede encontrarse en distintos países y con diversos nombres, por ejemplo, asistencia ininterrumpida, atención compartida o «*transmural care*», gestión de casos, gestión e interconexión de la asistencia (Gröne / García-Barbero, 2001; Delnoij y col., 2002; Kodner / Spreeuwenberg, 2002).

La integración dentro de los servicios asistenciales y entre servicios adquiere una importancia especial cuando se trata de prestar servicios a las personas mayores. Los pacientes mayores suelen tener enfermedades crónicas y estar sujetos a una morbilidad múltiple. En consecuencia, es preciso satisfacer un espectro amplio de necesidades durante un período de tiempo prolongado. Para cumplir esta función, puede elegirse entre un gran número de posibilidades: asistencia sanitaria y social, proveedores de asistencia profesionales y no profesionales, servicios hos-

pitalarios (intramuros) y ambulatorios (extramuros) y muchos más (Ewers / Schaeffer, 2000: 8f.; Steiner-Hummel, 1991: 162; Wendt, 2001: 166f.). Si se considera esta situación, resulta evidente lo esencial de la integración y la diversidad de los conceptos para realizarla.

En general, podemos observar dos grandes corrientes dentro del discurso de la asistencia integrada. Por una parte, se ha producido un perfeccionamiento que se inició dentro del campo de la asistencia sanitaria, y por otra parte, hay un enfoque más amplio que da una importancia creciente a los servicios sociales y a la integración social.

En particular, los expertos en salud pública y la literatura en materia de gestión sanitaria, cuando analizan los «*managed care*» (sistemas de gestión de los cuidados) y otras formas de asistencia integrada, se apartan mucho más de una perspectiva de asistencia sanitaria. También la Organización Mundial de la Salud ha adoptado este enfoque, sobre todo mediante el establecimiento de una «Oficina Europea para Servicios Integrados de Asistencia Sanitaria» en Barcelona. Esta institución sugirió la siguiente definición operativa de asistencia integrada:

«... un concepto que reúna las aportaciones, la prestación, la gestión y la organización de servicios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, la asistencia, la rehabilitación y la promoción de la salud. La integración es un medio de mejorar los servicios en lo que se refiere al acceso, la calidad, la satisfacción del usuario y la eficiencia» (Gröne / García-Barbero, 2001: 10).

También Kodner / Spreeuwenberg (2002), quienes contribuyeron con una participación importante en el ejercicio de definición, pueden ser situados en esta corriente de pensamiento, puesto que adoptan una «visión de la asistencia integrada centrada en el paciente», aunque teniendo en cuenta la «prestación de asistencia sanitaria, servicios sociales y ayudas co-

nexas (por ejemplo, el alojamiento) en el momento y lugar correctos» (Kodner / Spreeuwenberg, 2002: 3).

Este enfoque más amplio es exactamente el que han considerado la mayoría de los informes nacionales de PROCARE, a la vista de las oportunidades para crear una inclusión más igualitaria del ámbito de los servicios sociales en el discurso de integración. Como ocurre dentro de casi todos los conceptos, a pesar de todo podemos encontrar una variedad de significados, enfoques, teorías y prácticas en los países participantes de PROCARE. Desde una perspectiva geográfica, el enfoque podría interpretarse como «europeo del Norte», según dijo Niskanen (2002: 1 y sg.):

«La asistencia integrada incluye los métodos y las estrategias para vincular y coordinar los distintos aspectos de la asistencia proporcionada por diferentes ámbitos asistenciales, de asistencia primaria y especializada. En Finlandia, el concepto de integración se aplica también a los servicios sociales, puesto que los pacientes que reciben cuidados de larga duración son especialmente los que necesitan ayuda, lo cual también es un deber del sector social».

Desde una óptica pragmática, el informe danés ilustra este enfoque del modo siguiente:

«La integración de los servicios sanitarios y sociales implica que equipos integrados de auxiliares a domicilio, enfermeras a domicilio, etc., presten los servicios a todas las personas mayores, con independencia de donde vivan. Cada persona mayor necesitada de ayuda tiene un gestor del caso en el municipio, que es el asesor individual de la persona mayor que solicita ayuda. El gestor del caso coordina los servicios y los suspende cuando el cliente está hospitalizado, de vacaciones o cuando visita a sus familiares. La decisión con respecto a la ayuda se toma a petición de los médicos de medicina general, los hospitales, las personas mayores o sus familiares» (Colmorton y col., 2003: 6).

El informe finlandés (Salonen / Haverinen, 2003) se refiere a la asistencia integrada como cadenas de servicios ininterrumpidos, es decir, como «un modelo operativo donde los servicios de asistencia social y de asistencia sanitaria que recibe un

cliente se integran en una entidad flexible que satisfará las necesidades del cliente con independencia de cuál sea la unidad operativa que proporcione o lleve a cabo los servicios» (Ranta, 2001: 274, 275).

Esta definición está muy próxima a la idea holandesa de que, tanto en teoría como en la elaboración de las políticas, se tiende a la construcción de sistemas asistenciales «regidos por la demanda» y que, en resumen, promocionan la prestación de asistencia integrada:

«La asistencia regida por la demanda significa simultáneamente asistencia integrada; cuando se satisfacen las peticiones y necesidades que el cliente puede experimentar en distintos ámbitos, se proporcionan asistencia integrada. Desde la perspectiva del cliente, la integración tiene lugar cuando puede disponer de los recursos necesarios, de los tipos adecuados y de la cantidad exacta, y le son entregados en el orden apropiado y en el momento correcto» (Ex y col., 2002).

Este concepto se sitúa en el individuo como punto de partida e intenta desmedicalizar los cuidados de larga duración, para lo cual se centra en la interrelación entre el alojamiento independiente y la asistencia («atención compartida o *transmural care*»; véanse también van der Linden y col., 2001), el trabajo conjunto intersectorial y el desarrollo de redes de servicios para garantizar la participación de las personas mayores en la sociedad.

En Austria, el discurso científico en torno a la asistencia integrada está influido principalmente por el enfoque de «Asistencia Pública» (integración entre la asistencia primaria y especializada) pero se amplió con la intención de incluir los niveles vertical y horizontal y la prestación de servicios sociales. La definición de asistencia integrada expresada en el informe austriaco (Grilz-Wolf y col., 2003) está, por lo tanto, en clara concordancia con las descritas hasta aquí. La idea de integración se refiere a un proceso que pretende garantizar la orientación a la demanda, la continuidad de la prestación y un nivel de calidad elevado (Grundböck y col., 1997; Kain, 1994; LBI, 2000). En el centro de la atención se encuentra en particular la interrelación de la asistencia hospitalaria

PROPORCIONAR UNA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL INTEGRADA A LAS PERSONAS MAYORES: PERSPECTIVA EUROPEA

/ extrahospitalaria. Este punto central es comparable al alemán: también en este país, la transición del hospital a la atención subsiguiente es el ámbito donde, por ejemplo, se han llevado a cabo un gran número de proyectos modelo, muy próximos a lo que se ha denominado «asistencia intermedia» en el Reino Unido, es decir, una gama de servicios para «facilitar la transición del hospital al domicilio, y de la dependencia médica a la independencia funcional, en que los objetivos de la asistencia no son sobre todo médicos, se prevé de antemano el destino del alta del paciente y se desea un resultado clínico de recuperación (o restablecimiento de la salud)» (Steiner, 1997: 18).

En el Reino Unido, se ha utilizado una variedad similar de términos para describir la asistencia integrada, entre ellos 'trabajo conjunto', 'asociación' y 'colaboración', pero el significado real de 'asistencia integrada' no se definió nunca con claridad en los documentos políticos (hay una sensación de que la comprensión de este término y de otros relacionados con él se dan por admitidos o asumidos). El informe del Reino Unido (Alaszewski y col., 2003) se refiere a una definición reciente dada por la Comisión de Auditoría que ha desarrollado un 'modelo de sistemas' de asociación organizativa. Según esta definición, «el funcionamiento de todo el sistema tiene lugar cuando los servicios se organizan en torno al usuario, todos los agentes reconocen que son interdependientes y comprenden que la acción en una parte del sistema ejerce un efecto en otra parte» (Comisión de Auditoría, 2002: Sección 1.2). Los usuarios deben percibir los servicios como «continuos» y los proveedores comparten «visión, objetivos, acción (incluido el rediseño de servicios), recursos y riesgo» (*op. cit.*). Este concepto es, sin duda, el más notable, aunque su traslado a la práctica exigirá grandes esfuerzos en relación con el desarrollo organizativo y la comunicación entre los actores. Esta definición como tal podría ayudar, en todo caso, a crear una visión compartida por científicos, analistas políticos y profesionales médicos.

Queda pendiente la pregunta de si esta definición significa en realidad «integración», en lugar de «coordinación» o «interconexión». Como el informe nacional francés recuerda, «los servicios integrados son un conjunto de servicios puestos a disposición de un grupo de población específico en una zona geográfica,

o de la población de una zona geográfica, por parte de una empresa u organización única, agrupada bajo un solo organismo con poderes de decisión» (Frossard y col., 2003: 14). Así pues, por «integración real» se entendería la creación de una organización estable que se ocupase de la cobertura completa de las necesidades de atención sanitaria de una población dada (que, con toda probabilidad, sería el sistema sanitario); queda la preocupación con respecto a los servicios sociales, que perderían parte de su identidad y autonomía y/o llegarían a estar más «medicalizados». Con motivo de la fragmentación de los sistemas de asistencia sanitaria y social existentes hasta ahora, las diferentes unidades difícilmente estarían dispuestas a aceptar un organismo único con poder de decisión e integrado verticalmente. Por esta causa, el concepto de integración en la forma de un «Modelo Consolidado de Servicios Directos» (Zawadski, 1983; Davies, 1992; 1996) no es muy aconsejable en Francia. En cambio, podemos observar en este país una larga historia de teoría y práctica de «coordinación gerontológica» e interconexión:

«Interconexión o coordinación significa una organización voluntaria de profesionales (entre los que pueden incluirse trabajadores voluntarios) que ponen en común sus medios y recursos para desarrollar información, asistencia social y sanitaria y servicios de prevención diseñados para resolver problemas complejos o urgentes que se han identificado como prioridades en una zona geográfica dada, de conformidad con unos criterios decididos por adelantado basados en consultas (...) una colaboración temporal o permanente entre organizaciones diferentes que trabajan a favor de un objetivo específico» (Frossard y col., 2003: 14).

La tríada de *coordinación, cooperación e interconexión* se suele usar como relación mutua entre sus componentes. Los tres términos se refieren a modos de trabajar juntos, lo mismo dentro que entre los diferentes sectores. La diferencia entre las tres expresiones es el grado de trabajo conjunto, que se incrementa desde la coordinación a través de la cooperación hasta la interconexión: aunque la coordinación podría implicar todavía la existencia de una jerarquía, la cooperación invita algo más a trabajar juntos o en el mismo nivel, mientras que la intercone-

xión exige, además, una determinada proximidad y continuidad (Block / Skrobacz 2002: 21; Mutschler 1998: 49).

Dadas las definiciones anteriores, en concreto el «modelo de sistemas» de la Comisión de Auditoría y el «enfoque centrado en el cliente», parece, sin embargo, que ni la «asistencia ininterrumpida» ni los enfoques «centrados en el cliente» se orientan hacia una «absorción hostil» del sector social por parte del sistema sanitario. Sólo es el empleo de términos diferentes lo que parece crear confusión, si bien el significado es más o menos compatible. La coordinación también aspira a un grado determinado de integración estructural (por ejemplo, una oficina para todo o «ventanilla única» a la que los clientes puedan ir a formular sus preguntas), un proceso de trabajo conjunto y de aprender a trabajar juntos y, como resultado, una asistencia ininterrumpida centrada en la persona (véase también Alaszewski, 2003).

Aparte de los países nórdicos, sólo hay un país donde podemos encontrar directrices legales, claramente definidas, relativas a la asistencia integrada. De hecho, Italia, como «recién llegada» al desarrollo de los estados del bienestar europeos, ofrece una serie de experiencias interesantes relativas a la integración de los servicios sanitarios y sociales. Es más, cuando el Sistema Sanitario Nacional fue por fin implantado en 1978, las «Unidades Locales de Sanidad» fueron diseñadas como «Unidades Locales de Sanidad y Servicios Sociales», con la organización de servicios sociales delegada por la mayoría de los municipios. En consecuencia, se creó por ley una especie de modelo consolidado de servicio directo, con el resultado de que, aparte de diversos problemas de ejecución, los municipios quedaron en su mayoría insatisfechos con el nivel cuantitativo y cualitativo de servicios que habían delegado en las «Empresas Locales de Sanidad», nuevo nombre que recibieron durante la década de 1990. Frente a una estandarización obligatoria del sector sanitario, también en la realidad italiana actual, el sector social se caracteriza aún por una enorme variedad regional y local de modelos operativos, profesionales, enfoques y métodos de intervención. Llevó hasta el año 2000 introducir una reforma que diera respuesta a estas distorsiones culturales, financieras, dimensionales y organizativas. La «Ley marco para un sistema integrado de intervenciones y

servicios sociales» definió el proceso de integración entre la asistencia sanitaria y la social fruto de la cooperación y coordinación entre los diferentes niveles territoriales de gobierno y entre los agentes públicos y privados. Se concede una atención especial a las personas mayores que necesitan asistencia, para quienes se ha previsto la realización de una red local integrada de servicios. Se definen, además, el proceso de previsión (evaluación geriátrica, planes asistenciales individuales personalizados, coordinación de los diferentes ámbitos de la administración y gobernanza de los agentes públicos y privados) y los principios fundamentales (derecho individual a la asistencia social, no discriminación, universalidad) (véanse Nesti y col., 2003).

En Grecia, conocida como otra «recién llegada» al desarrollo del bienestar social, la asistencia de las personas mayores se consideraba «un asunto familiar» (Sissouras y col., 2003). Dos mecanismos distintos –el Sistema Sanitario Nacional y el Sistema Nacional de Asistencia Social– han contribuido a una prestación de servicios completamente segregada. Dos acontecimientos han mejorado la situación durante los últimos años, y han contribuido también a una definición de la prestación integrada de servicios. Por una parte, los «Centros Asistenciales Abiertos» (KAPI) para las personas mayores han introducido servicios sanitarios preventivos y ayuda psicosocial para tales personas en un solo edificio y cerca de los ciudadanos (Sissouras y col., 1998; Emke-Poulopoulou, 1999). El personal de los Centros Asistenciales Abiertos está constituido por un equipo que comprende trabajadores sociales, personal médico, personal de enfermería que efectúa visitas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y ayudantes familiares. Por otra parte, el informe griego (Sissouras y col., 2003) subraya otro aspecto de la integración, que es la integración de los diferentes tipos de proveedores, cuestión que se ha debatido en la mayoría de los países en relación con los diferentes «agregados del bienestar» (Evers / Wintersberger, 1990; Evers / Olk, 1996). En particular, en los países donde la subsidiariedad ha sido uno de los principios rectores de la evolución del estado del bienestar (por ejemplo, Austria, Alemania, en grado creciente Italia y todos los demás países donde se aplican mecanismos del mercado y de libre elección), el argumento no debe subestimarse, puesto que los diferentes tipos de pro-

PROPORCIONAR UNA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL INTEGRADA A LAS PERSONAS MAYORES: PERSPECTIVA EUROPEA

veedores añaden algo más de complejidad a un ámbito que ya se ha descrito como «una de las entidades conocidas más complejas e interdependientes de la sociedad» (Kodner / Spreeuwenberg, 2002: 2). De hecho, durante los últimos años se han desarrollado mecanismos de dirección en relación con el sector terciario y otros proveedores privados, en especial donde estos nuevos proveedores sólo habían empezado a florecer (por ejemplo, Italia; véanse Nesti y col., 2003).

Como corolario de esta sección, podemos considerar que el término «asistencia integrada» es un concepto que ayuda a describir la coordinación, cooperación e interconexión entre los servicios de asistencia sanitaria y social con el objetivo de mejorar los servicios y la calidad de vida desde la perspectiva del usuario (para un análisis más detallado, véase Alaszewski, 2003; véanse también Kodner / Spreeuwenberg, 2002: 4).

4. Diferentes enfoques con respecto a la integración: estrategias, métodos e instrumentos

Como sugirió Delnoj (2001), tiene sentido distinguir los diferentes niveles de integración. Su tipología incluye la integración clínica como primer nivel, es decir, el micronivel del proceso primario, las 'cadenas asistenciales' y la asistencia compartida. En segundo lugar, tiene que considerarse la integración profesional entre las diferentes clases de profesionales (y entre ellos y las instituciones para las que trabajan). Otro nivel es el relativo a la integración organizativa, que puede tener lugar con respecto al agregado de bienestar específico de un país, mediante la creación de redes o, incluso, mediante fusiones de distintas organizaciones. Y, por último, la integración funcional puede describirse como un continuo de curación, asistencia y prevención.

Así pues, las políticas y estrategias desplegadas para alcanzar la integración pueden intentar recurrir a diferentes formas de apalancamiento y a diversos puntos de partida para tender a la creación de sistemas de asistencia integrada. Kodner y Spreeuwenberg (2002) han sugerido un continuo de estrategias con respecto a la asistencia integrada, abordando los problemas que hemos mencionado antes, en cinco ámbitos interdependientes: el financiero, el administrativo, el organizativo, el de la prestación de servicios y el clínico.

Además, en el intento de «desmedicalizar» más el discurso, nos gustaría resaltar los métodos y las estrategias que atañen a las distintas «interrelaciones» entre los ámbitos de la asistencia sanitaria y de la asistencia social, y las estructuras y los procesos que han de superar estos cuellos de botella.

4.1. Gestión de casos y de la asistencia

El método más genuino dentro del discurso de la asistencia integrada quizá sea el que se ha descrito como gestión de casos y de la asistencia, una técnica derivada del sector de la asistencia social que aspira a hacer coincidir la oferta y la demanda para las personas

en situaciones complejas. La idea es construir una red de servicios (recursos) a lo largo del tiempo y a través de los servicios y capacitar al paciente y a sus familiares para que la empleen de forma autosuficiente. Los métodos utilizados están orientados al cliente y, por lo tanto, a la demanda. Debe subrayarse que en este contexto el término caso se refiere a la situación en que se encuentra la persona, no a la persona en sí misma (Davies, 1992; 1996; Wendt 1991; 2001; Ewers / Schaeffer, 2000). Este planteamiento fue abordado también en otros ámbitos, tales como el sector sanitario en particular, donde es más conocido con el nombre de *gestión de la asistencia* o «sistemas integrados de salud», con el fin principal de introducir mecanismos de dirección y consideraciones económicas en la asistencia médica (Haubrock y col., 2000). La idea consiste en elevar al máximo las prestaciones derivadas de una cantidad de dinero determinada. Este objetivo se alcanzará mediante la coordinación de la prestación de asistencia, que evite la pérdida de información y los tratamientos dobles y –finalmente– un recorte de la utilización de los servicios asistenciales. Está en disputa si esta estrategia conduce, incluso, a un recorte en la utilización de los servicios necesarios, aunque caros (Barr, 1996; Huntington, 1997; Seng, 1997). Otro problema de definición se refiere al término «gestión de la asistencia» que, según las fuentes alemanas (Roth / Reichert, 2003), denota la coordinación de la ayuda y de redes de proveedores de servicios a escala general en una región asistencial, mientras que en otros contextos significa la gestión del proceso de asistencia individual.

En cualquier caso, casi todos los informes nacionales hacen referencia a la gestión de casos y de la asistencia. Este instrumento se usa en la mayoría de los países, aunque con interpretaciones diferentes. Mientras que en el Reino Unido, los Países Bajos y los países nórdicos, los gestores de casos podrían estar caracterizados como un servicio convencional, en Alemania, Austria, Italia y Francia, la gestión de casos se aplica principalmente en los proyectos modelo. Otras diferencias atañen a los objetivos, a la financiación y

al marco organizativo. Por ejemplo, en el Reino Unido los gestores de casos (trabajadores clave, trabajadores de enlace) tienen que cumplir también una función de guardianes y, por lo tanto, se sitúan a menudo cerca del médico general. En Austria y Alemania, los gestores de casos suelen trabajar en proyectos en la interrelación entre la asistencia hospitalaria y la extrahospitalaria.

En teoría, los gestores de casos deben seguir la situación del cliente desde el momento inicial en que la persona necesitada de cuidados solicita ayuda. Así, en algunos países se han desarrollado «ventanillas únicas» y centros de información, muchos de los cuales se basan en proyectos de diferentes ámbitos organizativos (municipio, centro de asistencia sanitaria, residencia de ancianos).

En relación con otros instrumentos de la asistencia integrada, hay que analizar quiénes son los «gestores de casos y de la asistencia», qué conocimientos profesionales tienen (¿enfermería en vez de trabajo social?), qué clase de formación han obtenido y si se les conceden recursos y competencias reales para «dirigir» los procesos y actuar a modo de «defensores» del cliente (véase, por ejemplo, el «*omtinker*» –asesor de las personas mayores– que se menciona en el informe holandés; véanse Ex y col., 2003). Otras cuestiones relativas a la gestión de la asistencia se refieren a su papel de «guardianes» y/o su dedicación a la planificación de la asistencia individual y a la supervisión de los resultados: ¿Cómo debe organizarse la gestión de casos? ¿Debe permanecer la gestión de casos como una responsabilidad pública? ¿Podría servir la fijación de objetivos como un modo de dirigir a los gestores de casos? ¿Cómo y quiénes deben implicarse para desarrollar la misión de los gestores de casos?

4.2. Estrategias de asistencia intermedias: la interrelación entre la asistencia hospitalaria y la extrahospitalaria

Como la necesidad de cuidados suele cambiar de un momento a otro (casi siempre en relación con una salida del hospital), y como las personas mayores dependientes (y sus familias) no suelen saber a dónde recurrir, una intervención rápida y una ayuda inmediata y carente de burocracia es un factor importante

para conseguir la orientación al cliente y, por lo tanto, un indicador del aseguramiento de la calidad. En esta interrelación, los equipos de respuesta rápida (véase el informe del Reino Unido: Alaszewski y col., 2003) pueden ser un instrumento que evite ingresos innecesarios en el hospital y/o la petición de una plaza en una residencia asistida. Este método forma parte de toda una serie de intervenciones relativas a la «asistencia intermedia» que podría complementarse con servicios de rehabilitación intensiva (situados en los hospitales) que ayudasen a las personas mayores a recuperar su salud e independencia, con instalaciones de recuperación (asistencia de corta duración en una residencia asistida u otro alojamiento especial para facilitar la transición) y con intercambio rápido de información (formas de transición).

Aunque estos instrumentos están incluidos en la estrategia gubernamental del Reino Unido para mejorar los servicios de asistencia sanitaria y social de las personas mayores (Alaszewski y col., 2003), también pueden encontrarse en otros países. En Dinamarca, se han introducido las visitas preventivas en el domicilio de todas las personas mayores. Además, los sistemas de aviso temprano, los contratos entre municipios y hospitales relativos a los procedimientos de alta, las reuniones entre el personal de enfermería a domicilio y el personal del hospital, y los equipos geriátricos que realizan el seguimiento de las personas mayores en sus propios domicilios forman parte de la estrategia danesa para aumentar la integración entre la asistencia hospitalaria y la extrahospitalaria (Colmorton y col., 2003: 13f).

Desde luego, los gestores de la asistencia situados en los hospitales pueden contribuir también a una mejor preparación del alta del hospital si son capaces de crear una red adecuada en torno a las necesidades del cliente (véase, por ejemplo, el informe austriaco: Grilz-Wolf y col., 2003).

4.3. El comienzo de una relación compleja: evaluación de las necesidades y planificación conjunta

Si es importante fijar un único punto de referencia para las personas que se han convertido en enfermos crónicos y/o dependientes de asistencia, es al menos

igualmente importante contar con una evaluación de las necesidades que considere ambos aspectos, el social y el médico, y tanto los factores psicológicos y mentales como los corporales, es decir, un equipo interdisciplinario y pluridimensional. Con el fin de proporcionar una asistencia integrada, parece de todo punto lógico que desde el mismo momento en que un organismo proveedor de servicios se haga cargo de una persona, sus necesidades generales sean evaluadas y contrastadas con los recursos existentes. Si las necesidades sólo se evalúan en relación con los requerimientos médicos, lo más probable es que únicamente se prescriban remedios médicos (enfermería a domicilio, medicinas, etc.), y viceversa, si sólo se evalúan las necesidades sociales, se propondrán dispositivos del instrumental del ayudante social. Además, si la evaluación de las necesidades no fuera correcta, los clientes / pacientes podrían tender a hacer uso del servicio más caro, pero quizás menos eficiente y menos satisfactorio.

Así pues, muchos países han introducido equipos y/u organismos de evaluación interdisciplinarios, responsables de guiar al ciudadano en la «jungla» de los proveedores de servicios. Las «unidades de evaluación geriátrica» multidimensionales dentro del sistema sanitario italiano (Nesti y col., 2003) son un ejemplo, pero, en realidad, sólo suelen iniciar su actividad cuando las personas mayores solicitan una plaza en un centro residencial. En los Países Bajos (Ex y col., 2003), los Consejos Regionales de Evaluación son un punto de partida muy importante para las estrategias de asistencia integrada: sus miembros interdisciplinarios deciden a qué clase de asistencia, de servicios o de ayuda tiene derecho la persona. Una función similar es la asignada a los Equipos Municipales de Evaluación y Rehabilitación del Reino Unido y a los «Centros Locales de Información y Coordinación» de Francia. En la mayoría de los demás países, el proceso de evaluación sigue estando totalmente medicalizado y fragmentado. Por ejemplo, en Austria y Alemania, médicos especializados llevan a cabo la evaluación de las necesidades, es decir, comprueban los derechos de acceso al seguro de cuidados de larga duración (Alemania) y al subsidio de cuidados de larga duración de Austria. Por lo tanto, las perso-

nas que, de acuerdo con sus derechos, eligen servicios como ayuda a los cuidados familiares, a menudo tienen que someterse a una evaluación posterior en relación con las necesidades de servicios y la planificación individual. Un enfoque integrado podría servir para reducir esta clase de «acciones paralelas».⁴

4.4. Elección del usuario: presupuestos personales y subsidios de cuidados de larga duración

La evaluación de las necesidades por parte de expertos (médicos) es un asunto que ha estado sujeto a un debate tan variado, al menos, como las prestaciones en metálico para las personas dependientes. Pero mientras la primera ha sido siempre una parte fundamental del debate sobre la asistencia integrada, «la asistencia regida por el consumidor parece ser la antítesis de la asistencia integrada» (Kodner, 2003: 1). La entrega de dinero a las personas con necesidades de asistencia es, de hecho, un fenómeno que se ha difundido a lo largo de los últimos 15 años (Evers y col., 1994). Está enraizado en las reclamaciones de vida independiente, un movimiento que comprende, sobre todo, a personas con discapacidades en edad de trabajar, pero también a sistemas tradicionales de prestación en metálico para las personas con discapacidad (subsidios de invalidez) que han existido en muchos países. Además, las prestaciones en metálico se destinaban también a apoyar a los cuidadores no profesionales y familiares en algunos sistemas en los que los cuidadores tienen derecho a subsidios específicos. Y, desde luego, las prestaciones en metálico son un medio atractivo que facilita el control presupuestario a los responsables de las políticas.

En la práctica, podemos encontrar enfoques bastante diferentes, ya sea en el grado de financiación, ya sea en relación con los derechos, que varían entre los pagos únicos de 150 euros hasta 1.700 euros mensuales en función de las necesidades evaluadas, la clase de servicios o los centros utilizados. En Alemania, las personas que tienen derechos pueden elegir entre los subsidios en metálico o los bonos para

⁴ Para no hablar de los procedimientos adicionales de evaluación relativos a las pensiones / prestaciones de invalidez.

PROPORCIONAR UNA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL INTEGRADA A LAS PERSONAS MAYORES: PERSPECTIVA EUROPEA

servicios en especie; la mayoría de los usuarios opta por los subsidios en metálico. En Austria, es privativo del beneficiario decidir si usa los subsidios para adquirir servicios o para «pagar» a cuidadores no profesionales o a familiares. En Francia, la Ayuda a las Personas Mayores se asemeja más a un sistema de bonos, puesto que el subsidio tiene que emplearse en el pago de los cuidados (no profesional) o en la cofinanciación de la asistencia residencial. También las diferentes formas del «presupuesto individual» holandés están más o menos destinadas a los cuidados; sólo una pequeña fracción de este presupuesto individual puede usarse a discreción del beneficiario, si bien la fracción principal debe emplearse en adquirir servicios, por lo general con el apoyo de un Organismo Asegurador. Sin embargo, también esta forma de subsidio está orientada a aumentar la libre elección del usuario y su independencia.

Con miras a la asistencia integrada para las personas mayores, es evidente que este mecanismo podría conducir a una situación en la que la persona con necesidades de cuidados (y/o su cuidador familiar) se convierte en una especie de gestor de casos, cambiando así la carga. Otra consecuencia podría ser que el subsidio termine por formar parte de los ingresos periódicos familiares, de manera que su uso específico para los gastos relacionados con los cuidados no pueda ser rastreado y, por lo tanto, genere un supuesto «mal uso» de fondos públicos y que incluso sirva para fomentar el «trabajo clandestino». Al mismo tiempo, los subsidios en metálico podrían ser un primer paso hacia un enfoque más general con respecto a la orientación a la demanda y a una mayor diferenciación, en lugar de una orientación a los grupos objetivos pretendidamente homogéneos, como el de las «personas mayores». Con el fin de aprovechar todas las ventajas de los servicios dirigidos al consumidor, tienen que cumplirse determinadas condiciones previas (véanse también Kodner, 2003; Ex y col., 2003: 15f):

- La libre elección de los consumidores sólo puede garantizarse si estos consiguen una considerable visión de conjunto de la oferta; dado que la transparencia perfecta no existe, esto podría realizarse mediante una «consulta paritaria», un asesoramiento independiente, los centros de contacto inicial, información y agencia (véase Alemania) o un «*omtinker*» (véanse los Países Bajos).

- La competencia suficiente entre los proveedores es otro aspecto importante, y en particular debe fomentarse una diferenciación de servicios suficientemente garantizada.
- El personal tiene que ser formado para capacitar a los usuarios, y los proveedores de servicios tendrán que desarrollar más servicios orientados al usuario.
- Deben diseñarse servicios dirigidos al consumidor mediante la mayor implicación posible de los grupos objetivo, y
- Los subsidios en metálico deben combinarse con otras herramientas de prestación de asistencia integrada (gestión de casos y de la asistencia, presupuestos conjuntos, trabajo conjunto etc.).

4.5. Trabajo conjunto: ruptura de la división cultural

Quien haya trabajado alguna vez con grupos mixtos compuestos por médicos y profesionales médicosociales y sociales, conoce las divisiones culturales entre estos grupos, pero también en torno al hecho de que las divisiones estructurales y jerárquicas suelen ser mucho más significativas. Una vez que los distintos profesionales comienzan a hablar entre sí, es frecuente que los conflictos y las diferentes perspectivas puedan resolverse. Sin embargo, las jerarquías siguen siendo decisivas si se trata de establecer una comprensión común, por ejemplo, la definición de «autonomía», o un concepto de asistencia compartida. En particular, la orientación médica hacia la «curación» choca a menudo con las necesidades de las personas que dependen de los cuidados de larga duración. También los incentivos equivocados presentados, por ejemplo, por la financiación hospitalaria de los grupos relacionados por el diagnóstico, han contribuido a la denominada división «cultural» entre los sistemas de asistencia sanitaria y social. Además, las diferencias de situación y de jerarquía, que cada vez son más cuestionadas por las profesiones de enfermería, complican la cooperación entre las profesiones de medicina y enfermería (Roth / Reichert, 2003: 19).

Un grupo específico al que hay que abordar en esta conexión es el de los médicos de familia (médicos de medicina general) quienes, aun teniendo un papel potencialmente decisivo en cuanto a recuperar, guiar y apoyar a las personas que necesitan cuidados de

larga duración, se abstienen de cumplir el papel como persona de referencia general («piloto») para los clientes / pacientes y otros proveedores de servicios.

El sistema danés de cuidados de las personas mayores ofrece algunas soluciones potenciales para estos aspectos. En primer lugar, los municipios tienen que pagar por los pacientes de hospitales que han terminado su tratamiento y están a la espera de una plaza en una residencia asistida. En segundo lugar, algunos municipios han celebrado contratos de cooperación con hospitales en los que se estipula que los servicios de asistencia extrahospitalaria tienen que ser comunicados al menos 3 días antes de dar de alta a un paciente, si éste necesita asistencia sanitaria o social en su domicilio. En tercer lugar, las experiencias con los «equipos geriátricos», las «reuniones mixtas antes del alta hospitalaria», la asistencia extrahospitalaria integrada las 24 horas del día y la formación conjunta, presentan algunos primeros pasos hacia el trabajo conjunto en pie de igualdad. Pero por lo que respecta a los médicos de medicina general, el modelo danés rara vez los ha hecho participar en una cooperación formalizada con el hospital o el municipio, a menos que hayan de curarse enfermedades específicas.

También se informa de resultados positivos en relación con el trabajo conjunto y la mejora de la comprensión recíproca en casi todos los proyectos modelo que intentan combinar, de una u otra forma, los servicios de asistencia social y sanitaria. El mero hecho de reunir a las diferentes partes interesadas en torno a una mesa, ayuda muchas veces a crear un intercambio de ideas intensivo, a confiar en las capacidades del otro y a «una nueva comprensión del trabajo de los demás sectores (...) ambos grupos de personal aprenden uno del otro y pueden mejorar su rendimiento» (Grilz-Wolf y col., 2003: 25). En Francia, las políticas reglamentarias tienen una dilatada historia de incentivos para respaldar los «mecanismos de coordinación». Tomando como base las experiencias de los proyectos de ejecución local que promueven la «coordinación gerontológica», el informe francés subraya en esta conexión que, por desgracia, el proceso de mejora de la comunicación exige bastante tiempo y necesita jefes de proyecto muy comprometidos. En un proyecto, llevó alrededor de dos años conseguir que los médicos y los trabaja-

dores sociales trabajaran juntos y obtener una nueva visión en determinadas situaciones (Frossard y col., 2003: 16).

Otro enfoque del trabajo conjunto en el ámbito del fomento del flujo de información y coordinación entre las diferentes organizaciones e instituciones implicadas, es el relatado desde Alemania, donde se han establecido, en varias zonas, conferencias, mesas redondas y grupos de trabajo en torno a la asistencia coordinada. En un sentido más amplio, esto atañe también a la planificación y estructuración de la provisión de asistencia, y a los acuerdos sobre procedimientos a escala regional o local (Roth / Reichert, 2003: 21).

4.6. Apertura de las instituciones: hacia una integración del alojamiento, el bienestar y los cuidados

Las tendencias futuras de la política social y sanitaria han de tener en cuenta que la importancia tradicional concedida a los grupos objetivo y a las soluciones correspondientes contrastará cada vez más con la atención concedida a la solución de los problemas sociales y sanitarios que afectan a diferentes grupos objetivo con el mismo tipo de necesidades. Además, la creciente movilidad de los miembros de la familia provocará la necesidad de nuevos tipos de sistemas de ayuda dentro de la vecindad y del municipio. Las tradicionales residencias asistidas o de mayores («instituciones totales») sobrevivirán a duras penas en este escenario, a menos que se conviertan en centros vecinales, abiertos e innovadores que proporcionen toda clase de servicios e instalaciones al público.

El planteamiento del gobierno holandés con respecto a la asistencia orientada a la demanda trata de hacer frente a este desafío mediante la promoción del concepto de 'distritos favorables a los cuidados', es decir, zonas en las que se concede una atención explícita a la mejora del hábitat, la infraestructura y las instalaciones existentes (Ex y col., 2003). En general, este planteamiento afecta a la interrelación entre el alojamiento y los cuidados que, en los conceptos medicalizados, se descuida a menudo. De hecho, si se ha de apoyar a los cuidados a domicilio, tanto las políticas

PROPORCIONAR UNA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL INTEGRADA A LAS PERSONAS MAYORES: PERSPECTIVA EUROPEA

de alojamiento como las organizaciones de alojamiento se convierten en factores importantes para proporcionar la asistencia integrada. En la realidad holandesa, las políticas correspondientes han conducido a asociaciones interesantes, por ejemplo, entre el Ministerio de Vivienda, Planificación y Medio Ambiente, y Salud, Asistencia social y Deportes. Los «acuerdos de estímulo de la vivienda protegida» respectivos han dado por resultado que los proveedores de asistencia hayan puesto en funcionamiento varias iniciativas. Por ejemplo, las corporaciones de alojamiento, en cooperación con los municipios y las instituciones de asistencia y bienestar, modernizan las residencias de personas mayores y las residencias asistidas existentes para convertirlas en nuevos centros asistenciales. También crean nuevas instalaciones asistenciales protegidas, preferentemente en cooperación con los financiadores privados (op. cit.).

También los «Centros Asistenciales Abiertos para las Personas Mayores» (KAPI) griegos ponen el acento en la vecindad y su capital social para reconstruir la solidaridad social como parte de la prestación de asistencia integrada. Los KAPI pretenden evitar el aislamiento de las persona mayores y deben contribuir a incrementar la capacidad de los ciudadanos mayores para seguir siendo miembros activos de la sociedad. Como centros mediadores, los KAPI conectan a las personas mayores dentro de su entorno social y con la sociedad exterior y, por lo tanto, fomentan así un centro integrado para la prevención, la promoción de la salud y la integración social (Sissouras y col., 2003: 17).

4.7. Apoyo a los cuidadores informales (familiares)

El papel de las familias y/o de los cuidadores no profesionales en la creación de redes de asistencia inte-

grada es decisivo para alcanzar el éxito. Esto afecta tanto a la prevención como al proceso de asistencia real, puesto que ningún sistema asistencial será nunca capaz de cubrir todas las necesidades de cuidados de larga duración mediante unos servicios profesionalizados. Aunque durante mucho tiempo los cuidados informales no fueran suficientemente valorados por los proveedores de servicios, ahora se informa de numerosas iniciativas que mejorarán la situación. También en este caso, los mecanismos de respaldo pueden variar desde las prestaciones en metálico (el Reino Unido, algunas regiones de Italia) y las concesiones de pensiones (Alemania), hasta la formación e información, el empleo (los países nórdicos), y los servicios de respiro, como la asistencia diurna o las estancias temporales, que pueden encontrarse en casi todos los países, pero sólo a pequeña escala.

La integración de los cuidados no profesionales sigue siendo, en consecuencia, un ámbito decisivo para la prestación de asistencia integrada, en parte porque los cuidadores familiares no suelen definirse a sí mismos como tales, y en parte porque los profesionales con frecuencia consideran al cuidador de la persona necesitada de cuidados, más como un adversario que como un recurso. Con el aumento del número de cuidadores no profesionales ajenos a la familia, a menudo inmigrantes de fuera de la Unión Europea –y de los problemas relacionados de «trabajo irregular», «inmigración ilegal» y falta de continuidad⁵–, se hace cada día más urgente desarrollar estrategias de integración y colaboración con el sistema profesional de asistencia sanitaria y social (véanse también Motel-Klingebiel y col., 2002). Hasta la fecha, no se ha desarrollado aún ninguna estrategia convincente, aparte de algunas experiencias ambiguas con los profesionales sanitarios (personal de enfermería) que se «importan» de Filipinas, China, Túnez u otros países de fuera de la Unión Europea.

⁵ Una práctica relativamente difundida parece ser la de que personas de terceros países se ocupen de atender a tiempo completo a las personas mayores en los países de la Unión Europea, adonde acuden con visado de turista (válido para 3 meses). Hay agencias especializadas que se encargan de su sustitución cada 3 meses (véanse, por ejemplo, Nesti y col., 2003).

5. El papel de las diferentes partes interesadas

Si se quiere comprender la complejidad de desarrollar redes de asistencia integrada, es esencial hacer un análisis de los diferentes participantes y de los intereses, preocupaciones, inquietudes y expectativas que han creado. Ya se han mencionado antes muchos aspectos de la complicada relación entre las diferentes partes interesadas. Por lo tanto, nos complacería destacar únicamente algunas características que se mencionaron en los informes nacionales en relación con los grupos de interés.

Dado el enorme número de interrelaciones, donde las diferentes partes interesadas cooperan en lo referente a financiación, contratación, prestación y control, hay dificultad en reunir las en torno a una mesa y ponerlas de acuerdo con respecto a las visiones, los procedimientos y los objetivos mutuamente convenidos. Dirigir a estos agentes por medio de los mecanismos del mercado –estratega seguida en muchos países– no produce necesariamente resultados positivos para todas las partes. Evidentemente, es tanto más difícil conseguir temas de interés mutuo cuanto más agentes se encuentren presentes. En Alemania, por ejemplo, una larga tradición de las organizaciones del sector terciario ha dado como resultado una fragmentación posterior de las ya quebradas responsabilidades entre la seguridad social, las regiones y el estado. Por lo tanto, debe abordarse con precaución el aumento de proveedores mediante la introducción de un mercado libre en materia de asistencia; en cualquier caso, es indispensable establecer mecanismos de dirección (acreditación, aseguramiento de la calidad) que sean capaces de dirigir a los proveedores hacia objetivos acordados en común. La competencia es una característica poco sana si se trata de prestar servicios integrados, en especial si se carece de directrices y reglas de trabajo comunes.

De todos modos, debe tenerse en cuenta que ninguna de las partes interesadas crea deliberadamente resultados insatisfactorios.

Un fenómeno común relativo a la financiación es el traspaso de las cargas financieras de un donante de

fondos a los demás. La combinación específica de financiación privada y pública y los distintos tipos de cotizaciones del usuario en la asistencia sanitaria y social serían una cuestión política interesante. Sin embargo, determinados sistemas, en vez de proporcionar datos precisos para abrir un diálogo público fructífero, carecen de transparencia. Tampoco los seguros o las prestaciones de cuidados de larga duración que se han introducido recientemente (Alemania, Austria) han sido capaces de iniciar un debate, aunque ambos sistemas han subrayado que las previsiones de estos sistemas sólo podrán cubrir una parte de los costes en los que se incurre en caso de dependencia.

Así pues, la cuestión de «quién hace qué» permanece sin resolver tanto en el ámbito estructural (político) como en el ámbito de la mano de obra. Por una parte, por ejemplo, los proveedores o incluso los simples grupos profesionales suelen verse obligados a ser contratados y pagados por diferentes organismos por la misma actividad. Por otra parte, en la mayoría de los países, las residencias para válidos y las residencias para asistidos tienen que «luchar» por la financiación procedente de la misma línea presupuestaria que los servicios municipales. En lugar de usar esta clase de contratación para establecer una política coordinada o integrada en cooperación con los proveedores, las administraciones públicas parecen preferir la doctrina del *«divide et impera»*. En particular, esta doctrina se adopta para dividir a los diferentes grupos profesionales, con respecto a los profesionales de la asistencia sanitaria que tienen tradicionalmente un perfil educativo y laboral mejor reglamentado, un salario más alto y una situación más elevada que el personal del ámbito de los cuidados de larga duración para las personas mayores. Pueden deducirse con facilidad las consecuencias respectivas para la capacidad y la disposición de los grupos profesionales de la sanidad y de los cuidados de larga duración con objeto de cooperar y trabajar juntos.

Además, la escasez real y/o inminente de mano de obra en las profesiones relacionadas con la asistencia

podría ayudar a reducir las preocupaciones del personal a perder sus puestos de trabajo, a aumentar la calidad de las condiciones laborales y a mejorar la imagen de las profesiones de los sectores social y sanitario. A este respecto, sigue abierta la pregunta de cómo integrar la prestación de cuidados no profesionales (e ilegal) en la red.

Avanzar hacia una prestación de asistencia integrada y orientada al usuario debe ser un empeño crucial que implique a los ciudadanos, los clientes y los usuarios de servicios en la elaboración de las políticas, en los debates locales y en conferencias regionales en materia de asistencia. Es sumamente difícil organizar a los cuidadores y/o a las personas dependientes de cuidados, pero si se quiere reunir información, preguntar a los usuarios por sus necesidades, consultar a los cuidadores como defensores y respaldar las conexiones existentes dentro del municipio, es el único medio de crear un equivalente funcional de la tradicional solidaridad intrafamiliar. Los ejemplos de los Países Bajos (ventanillas únicas y centros de vecindad), de Grecia (KAPI) y de Francia (pequeñas unidades de alojamiento) muestran algunos enfoques interesantes hacia la implicación de la sociedad civil y de las propias personas mayores en desarrollar los servicios y participar en la toma de decisiones. Las futuras generaciones de personas mayores estarán sin duda mejor informadas y se prepararán para expresar sus necesidades y expectativas como pacientes o clientes críticos y bien informados.

El papel de la investigación y el desarrollo

Ya se ha mencionado que dirigir proyectos innovadores es una de las estrategias más aplicadas para desarrollar redes de asistencia integrada. Dichos proyectos suelen estar estimulados, acompañados y evaluados por estudios científicos. No obstante, muchos de estos proyectos quedan sin ninguna documentación o evaluación, y en la mayoría de los casos no hay financiación suficiente para una evaluación real de los resultados y de las lecciones que hay que aprender. En comparación con la investigación médica, la investigación científica relativa a la asistencia extrahospitalaria o a la prestación de servicios integrados tiene una financiación débil y casi no se publica en absoluto. Dinamarca, Finlandia y el Reino Unido son países donde pueden encontrarse programas objetivos de investigación y desarrollo, con algo de influencia en la práctica de la organización de servicios. En la mayoría de los demás países, la investigación sigue siendo algo distinto de la práctica, y los proyectos de desarrollo en el ámbito de la organización de asistencia integrada dependen, en gran medida, de los responsables individuales de la toma de decisiones y de la financiación selectiva de los proyectos. Con el fin de desarrollar soluciones basadas en datos probados, sería necesario mejorar la investigación y el desarrollo, en especial en cuanto a los métodos de evaluación y en relación con el hecho de que los complejos procesos de cambio necesitan conocimientos especializados y las correspondientes medidas de acompañamiento (véase, por ejemplo, Broome, 1998).

6. Conclusiones: ambigüedades, debates necesarios y perspectivas futuras

Lo que en teoría se interpreta como bastante lógico y convincente no significa por fuerza que en la práctica siga la trayectoria supuestamente «lógica». Las ventajas hipotéticas de las redes y la prestación de asistencia integrada no sólo son difíciles de evaluar en lo que se refiere a los diseños de investigación científica. Para obtener pruebas globales de la eficiencia y la eficacia relativas del coste de los servicios en los países estudiados, la modelización y evaluación de las funciones de producción de los servicios de asistencia social sería complejo y caro, y precisaría de estudios longitudinales de grandes muestras nacionales (Davies y col., 2000). Por otra parte, incluso con muestras más pequeñas y un diseño adecuado del grupo de control, a menudo ocurre (no siempre) que los mejores resultados no puedan conectarse claramente con el sistema de prestación (véanse, por ejemplo, Hultberg y col., 2002). A pesar de todo, los documentos normativos subrayan, en la mayoría de los países, la necesidad de los servicios integrados, puesto que ponen de relieve que «la asistencia a domicilio es mejor que la asistencia institucional». Sin embargo, son escasas las estrategias y soluciones de larga duración que se basan en la experiencia y las pruebas obtenidas en los proyectos modelo únicos. Como excepción, en Dinamarca, el «Proyecto Skaevinge» sirve de inspiración válida para la organización de la asistencia sanitaria y social en otros municipios, con el Ministerio de Asuntos Sociales como promotor y diseminador de prácticas correctas. En la mayoría de los demás países, los proyectos innovadores están poco documentados, no siempre evaluados y a menudo detenidos sin ninguna actividad de seguimiento.

Sin embargo, parece lógico aumentar los esfuerzos en vincular el desarrollo de las políticas de asistencia sanitaria y social integrada (estructuras, formación y financiación conjuntas) con el suministro de los servicios integrados. Hasta la fecha, las políticas supuestamente unánimes de Europa en relación con los cuidados de larga duración carecen de estrategias coherentes. Desde luego, no hay un documento norma-

tivo de interés que deje de subrayar que las personas con necesidades de asistencia deben ser ayudadas lo más posible a vivir en su domicilio: las residencias deben reducirse, debe respaldarse a las diferentes clases de proveedores y servicios (asistencia de diurna, asistencia de corta duración), tienen que desarrollarse nuevos servicios, debe garantizarse la inclusión social y hay que ampliar los servicios preventivos y la orientación y el asesoramiento dirigidos a la persona. Además, es preciso robustecer la asistencia familiar y no profesional, y debe «coordinarse» todo el sistema de proveedores.

Sin embargo, faltan a menudo programas de ejecución concretos con listas de prioridades y objetivos claros. En el contexto de las restricciones generales del gasto público, siguen siendo escasos los fondos de innovación y/o las inversiones específicas. Por lo común, las estrategias siguen restringidas a los proyectos piloto (o incluso a los programas) con un marco temporal limitado, unas finanzas restringidas y, escasas actividades de seguimiento. Como corolario, los proyectos suelen estar sometidos a presión para «producir» resultados y no disponen de tiempo para el diálogo entre las personas / organizaciones implicadas a fin de desarrollar temas de interés mutuo y una visión compartida.

Los diálogos en la línea operativa, por ejemplo los que implican al personal, los usuarios y la sociedad civil, no se han usado aún con eficiencia para debatir las prioridades y necesidades locales. Sin embargo, los casi 50 modelos de trabajo reunidos en los nueve informes de país, también permiten aprender algunas lecciones generales:

- Las reformas para integrar los servicios sanitarios y de asistencia social tienen que fundamentarse en la integración de los sistemas de financiación y en la superación de las barreras institucionales, en especial entre la asistencia ambulatoria y hospitalaria, entre los servicios sanitarios y de asistencia social, y entre la asistencia profesional y no profesional.

PROPORCIONAR UNA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL INTEGRADA A LAS PERSONAS MAYORES: PERSPECTIVA EUROPEA

- El reconocimiento geriátrico y la evaluación pluri-dimensional forman parte de la modernización del sistema en muchos países (por ejemplo, Alemania, Italia, Francia, los Países Bajos, el Reino Unido y Dinamarca), pueden incorporarse a la práctica sin demasiada dificultad, cuentan con un alto grado de aceptación, y ayudan a implicar a diferentes clases de profesiones y a mejorar la comunicación entre ellas.
- La asistencia integrada, regida por la demanda, tiene que esforzarse por aumentar el control de los clientes sobre el proceso asistencial, por ejemplo mediante «presupuestos individuales» u otros instrumentos que incrementen su poder de compra y de negociación.
- Los programas de innovación promovidos por el gobierno central pueden provocar un número de iniciativas privadas y locales; es decisiva una visión de apoyo que vaya más allá de la noción tradicional de asistencia, y que integre asistencia y enfermería, viviendas adaptadas, recursos locales y servicios de asistencia social. Las iniciativas descendentes sólo deben servir de apoyo a los procesos de cambio ascendentes.
- Un punto central de servicio para asesorar, informar y ayudar es útil para apoyar a los clientes en la clarificación de sus necesidades de asistencia y para mejorar la cooperación entre las diferentes organizaciones que operan según lógicas distintas y tienen tipos de personal diferentes. Es de la máxima importancia ayudar al personal a desarrollar una nueva comprensión del trabajo de los demás sectores.
- El éxito de los proyectos piloto depende a menudo del compromiso del personal implicado y del marco estructural de los proyectos; para funcionar con éxito hace falta contar con claridad de objetivos, competencias y directrices. La estructura institucional puede facilitar el proceso de integración, por ejemplo: si la asistencia institucional, la ayuda a domicilio y la asistencia sanitaria a domicilio las gestiona el mismo organismo, como puede ser un municipio (Dinamarca). También en Grecia, las responsables del desarrollo y de la puesta en marcha de proyectos integrados (KAPI) son las entidades locales, puesto que son las que tienen conocimientos de primera mano de las necesidades y particularidades de las personas mayores que habitan en su zona.
- Los procesos de cambio consumen mucho tiempo, pueden pasar años hasta tener un proyecto iniciado y para acordar temas de trabajo de interés mutuo.
- La evaluación ha llegado a ser una práctica común. En Francia, por ejemplo, la evaluación de los proyectos privados y públicos en materia de asistencia social y sanitaria se ha hecho obligatoria. La inversión ha de ir acompañada de un programa de reforma y modernización que incluya el desarrollo de una mayor cooperación y colaboración dentro del mismo sector y entre sectores, y prácticas de trabajo conjuntas.
- La colaboración entre los hospitales y los municipios puede organizarse de muchas formas, en función de la motivación y la cooperación existentes. Sin embargo, no es posible poner de relieve la mejor práctica o el mejor modelo de cooperación o esperar que pueda aplicarse un modelo general en todos los países.

Perspectivas: ¿más mercado, gestión y tecnología de la información, o más sociedad civil?

Es imposible predecir los acontecimientos futuros, pero, a pesar de todo, deben esbozarse algunas tendencias y sus efectos potenciales. La senda de la mercantilización seguramente se incrementará con más sistemas de bonos, pagos para asistencia y mecanismos de dirección que traten de hacer uso de los mecanismos de la demanda y la oferta. Pero sabemos que la sanidad y la asistencia no más que cuasimercados con sus características y criterios propios. Así pues, será importante aumentar la regulación (mecanismos de acreditación, aseguramiento de la calidad) en relación con los proveedores y, en particular, con la evolución del empleo y de los recursos humanos, para reducir «el trabajo irregular» y aumentar el control de los clientes sobre el proceso asistencial.

A este respecto, también se difundirá la importancia de la gestión y de las tareas conexas. Por una parte, tanto el personal social como el sanitario tendrán que realizar más trabajo de gestión además de dirigir la asistencia, lo que también podría conducir a nuevas especializaciones y nuevos perfiles laborales, por ejemplo, en lo referente a la gestión de casos y de la

asistencia. Por otra parte, la necesidad de aplicar mecanismos de dirección a escala nacional, regional y local exigirá más tomas de decisiones de los directivos relacionadas con la puesta en marcha de los mecanismos de contratación, adquisición, planificación, evaluación y aseguramiento de la calidad.

Estos acontecimientos podrían ir acompañados de una introducción más entusiasta de la tecnología de la información, también en el ámbito de la asistencia social. Desde luego, la «senda tecnológica» empieza a aceptar argumentos en relación con los dispositivos de teleasistencia, la informatización de los procesos y la construcción de «residencias inteligentes».

Pero ni siquiera la tecnología más avanzada será capaz de sustituir los recursos humanos y la inclusión social local. Por lo tanto, otras dos sendas evolutivas podrían ser de interés para el desarrollo de la asistencia integrada. Por una parte, nuevos tipos de voluntariado y nuevas clases de solidaridad (intrageneracional e intergeneracional) podrían ser, respectivamente, recursos interesantes para repuntar. Por otra

parte, la escasez de mano de obra en las profesiones asistenciales, la inmigración ilegal y el trabajo irregular en la asistencia necesitan nuevas formas de integración e, incluso, una amplia noción de las redes de asistencia integrada.

Mucho dependerá de la evolución general de los mercados del trabajo y del comportamiento de las mujeres en relación con los cuidados familiares: ¿seguirán los países mediterráneos el patrón de los países nórdicos? Y, en caso afirmativo, ¿en qué medida se desarrollarán políticas integradas para compensar la pérdida del trabajo femenino no remunerado?

Es en este contexto donde PROCARE llevará a cabo investigaciones posteriores, en especial mediante la consideración de los modelos de trabajo que hayan demostrado superar las barreras existentes y resolver los problemas cotidianos en la cooperación entre los servicios sanitarios y sociales. En último término, serán estos ejemplos los que conformarán el desarrollo futuro de la prestación de servicios integrados.

7. Bibliografía

- Andersson, G. / Karlberg, I. (2000) «Integrated care for the elderly. The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly» en: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 0 /November (<http://www.ijic.org>).
- Badelt, Ch. / Leichsenring, K. (1998) *Analyse und mögliche Neustrukturierung der Sozialausbildungen in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr/Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten.
- Ballew, J.R. / Mink, G. (1991) «Was ist case management?» en: Wendt, W.R. (Hg.) *Unterstützung fallweise: Case management in der Sozialarbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus: 56-83.
- Barr, O. (1996) «A Consideration of the Nature of "Needs-Led Service" Within Care Management in the UK» en: *Online Journal of Issues in Nursing* (http://www.nursingworld.org/ojin/tpc2/tpc2_1.htm).
- Block, S. / Skrobacz, W. (2002) «In Dialog treten: Dienstleistungen vernetzen. Hilfen effektiver und effizienter anbieten» en: *Häusliche Pflege*, N.º 3: 21-24.
- Broome, A. (1998²) *Managing Change*. London: MacMillan Press (Essentials of nursing management).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2000) *Case Management - Erfahrungen aus neun Ländern: Materialband und Workshop-Diskussion*. Köln: Kohlhammer.
- Burda, D. (1992) «"Seamless" Delivery» en: *Modern Healthcare*, Vol. 19: 38-42.
- Challis, D. y col. (eds) (2002) *Care management in social and primary health care: the Gateshead Community Care Scheme*. Aldershot: Ashgate.
- Cichon, M. / Jesse, A. / Pal, K. (1998) «Preparing for ageing societies? An attempt to evaluate pension and long-term care reforms in Europe» en: ISSA (ed) *Social security documentation. European series*, Nº 26: 23-58.
- Daatland, S.O. y Herlofson, K (eds.) (2001) *Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life - an introduction to the OASIS project*. Oslo: NOVA.
- Davies, B. (1992) *Care management, Equity and Efficiency: The International Experience*. Kent: University of Kent at Canterbury / PSSRU.
- Davies, B.P. / Fernandez, J.L. y Nomer, B. (2000) *Equity and Efficiency Policy in Community Care: needs, service productivities, efficiencies and their implications*. Aldershot: Ashgate.
- Delnoij, D. / Klazinga, N. / Glasgow, I.K. (2002) »*Integrated Care in an international perspective: EUPHA proceedings December 2001*» en: *International Journal of Integrated Care*, nº 2 (http://www.ijic.org/cgi-bin/pw.cgi/2002-3/000122/article_content.htm).
- Department of Health (2000) *The NHS Plan: A Plan for Investment. A Plan for Reform*. London: Department of Health.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, New York: Polity Press.
- Eva-Lisa Hultberg, E.-L. / Lönnroth, K. / Allebeck, P. (2002) «Evaluation of the effect of co-financing on collaboration between health care, social services and social insurance in Sweden» en: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2 / october (www.ijic.org).

- Evers, A. / Ungerson, C. (eds.) (1994) *Payments for Care. A European Overview*. Aldershot: Ashgate.
- Evers, A. / Olk, T. (1996) «Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellen Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen» en: Evers, A. / Olk, T. (Hg.) *Wohlfahrtspluralismus*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 347-372.
- Ewers, M. / Schaeffer, D. (Hg.) (2000) *Case Management in Theorie und Praxis*: 7-28. Bern: Huber.
- Flora, P. (ed.) (1986) *Growth to Limits: The Western Welfare States Since World War II*. Berlín, New York: de Gruyter.
- Freeman, R. (2000) *The Politics of Health in Europe*. Manchester: Manchester University Press.
- Glendinning C. / Rummery K. / Clarke R. (1998) «From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services» en: *British Medical Journal*, Vol. 317:122-125.
- Gröne, O. / Garcia-Barbero, M. (2001) «Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services» en: *International Journal of Integrated Care*, n.º 3 (http://www.ijic.org/cgi-bin/pw.cgi/2001-6/000076/article_print.html).
- Haubrock, M. / Hagmann, H. / Nerlinger, T. (2000) *Managed Care. Integrierte Versorgungsformen*. Bern: Hans Huber.
- Hudson, B. / Henwood, M. (2002) «The NHS and Social Care: the Final Countdown?» en: *Policy and Politics*, Vol. 30, Nº 2: 153-166.
- Hultberg, E.-L. / Lönnroth, K. / Allebeck, P. (2002) «Evaluation of the effect of co-financing on collaboration between health care, social services and social insurance in Sweden» en: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2 / October (www.ijic.org).
- Huntington, J.A. (1997) «Health Care in Chaos: Will We Ever See Real Managed Care?» en: *Online Journal of Issues in Nursing* (http://www.nursingworld.org/ojin/tpc2/tpc2_7.htm).
- Jedeloo, S. / De Witte, L.P. / Schrijvers, A.J.P. (2001) 'Quality of regional individual assessment agencies regulating access to long-term care services: a client perspective' en: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2 / June (www.ijic.org).
- Kanavos, Panos / Mossialos, Elias (1996) *The Methodology in International Comparisons of Health Care Expenditures: Any Lessons for Health Care Policy?* London: LSE Health (Discussion Paper, Nº 3)
- Kodner, D.L. (2003) «Consumer-directed services: Lessons and implications for integrated systems of care» en: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 3 / June (www.ijic.org).
- Kodner, D.L./Spreeuwenberg, C. (2002) «Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A Discussion Paper» en: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2 / November (www.ijic.org).
- Lock, K. (1996) «The Changing Organisation of Health care: Setting the Scene» en: Twinn, S. / Roberts, B. / Andrews, S. (eds.) *Community Health Care Nursing: Principles for Practice*, Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Mätzke, N. / Wacker, E. (2000) *Beratung und Fallmanagement: Information und Hilfeplanung für ältere Menschen und ihre Angehörigen*. en: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, Nº 9/10: 220-222.
- Motel-Klingebiel, A. / Tesch-Roemer, C. / von Kondratowitz, H.-J. (2002) «The role of family for quality of life in old age - A comparative perspective» en: Bengtson, V. / Lowenstein, A. (eds.) *International Perspectives on Families, Aging, and Social Support*. New York: de Gruyter.

- Motel-Klingebiel, A. / von Kondratowitz, H.J. / Tesch-Römer, C. (2001) «Unterstützung und Lebensqualität im Alter» en: A. Motel-Klingebiel, H.- J. v. Kondratowitz, y C. Tesch-Römer (Hg.) *Lebensqualität im Alter*. Opladen: Leske + Budrich: 201-227.
- Mutschler, R. (1998) «Kooperation ist eine Aufgabe Sozialer Arbeit: Zusammenarbeit und Vernetzung als professionelle Verpflichtung - Regionale Arbeitsgruppen als Standard beruflicher Sozialarbeit» en: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, N° 3/4: 49-52.
- Niskanen, J. (2002) «Finnish care integrated?» en: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2 / june (www.ijic.org).
- Pacolet, J. / Bouten, R. / Lanoye, H. / Versieck, K. (1999) *Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway*. Leuven: HIVA.
- Ranta, H. (ed) (2001) *Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 2001* (Statutory social welfare and health care services 2001). Helsinki: Kauppakaari; Talentum Media Oy.
- Schnetzler, R. (2000) «Die Case-Managerin/der Case-Manager: ein neuer Beruf» en: *Managed Care* 8: 20-23.
- Seng, T. (1997) «Managed Care - Instrumente und institutionelle Grundlagen» en: *Sozialer Fortschritt* 12: 289-293. Southworth, 1992.
- Steiner-Hummel, I. (1991) «Case Management in der Altenhilfe» en: Wendt, W.R. (Hg.) *Unterstützung fallweise: Case Management in der Sozialarbeit*. Freiburg i.B.: Lambertus: 162-180. Vaughan / Lathlean, 1999
- Wendt, W.R. (1991) «Die Handhabung der sozialen Unterstützung. Eine Einführung in das Case Management» en: Wendt, W.R. (Hg.) *Unterstützung fallweise: Case Management in der Sozialarbeit*. Freiburg i.B.: Lambertus: 11-55.
- Wendt, W.R. (2001) *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen*. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Wendt, W.R. (2002) «Case Management - Stand und Positionen in der Bundesrepublik» en: Löcherbach, P. y col. (Hg.) *Case Management: Fall- und Unterstützungssysteme in Theorie und Praxis*. Neuwied: Luchterhand: 13-36.

Informes nacionales de PROCARE:

- Alaszewski, A. / Baldock, J. / Billings, J. / Coxon, K. / Twigg, J. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom. National report*. Canterbury/Kent: CHSS (www.euro.centre.org/procare).
- Colmorten, E. / Clausen, T. / Bengtsson, S. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Denmark. National report*. Copenhagen: SFI (www.euro.centre.org/procare).
- Ex, C. / Gorter, K. / Janssen, U. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands. National report*. Utrecht: Instituto Verwey-Jonker (www.euro.centre.org/procare).
- Grilz-Wolf, M. / Leichsenring, K. / Strüempel, Ch. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Austria. National report*. Vienna: European Centre (www.euro.centre.org/procare).
- Michel Frossard, M. / Genin, N. / Guisset, M.-J. / Villez, A. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in France - An old idea with a great future. National report*. Grenoble / Paris: UNIOPSS (www.euro.centre.org/procare).

Nesti, G. / Campostrini, S. / Garbin, S. / Piva, P. / Di Santo, P. / Tunzi, F. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Italy. National report. National report* Padova/Roma: emme&erre/Studio Come (www.euro.centre.org/procare).

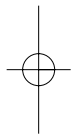
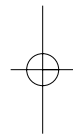
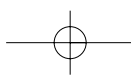
Roth, G. / Reichert, M. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Germany. National report.* Dortmund: Institute for Gerontology (www.euro.centre.org/procare).

Salonen, P. / Haverinen, R. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Finland. National report.* Tampere/Helsinki: University of Tampere/Stakes (www.euro.centre.org/procare).

Sissouras, A. / Ketsetzopoulou, M. / Bouzas, N. / Fagadaki, E. / Papaliou, O. / Fakoura, A. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Greece. National report.* Athens: EKKE (www.euro.centre.org/procare).

OTROS NÚMEROS DE ESTE BOLETÍN

0. Las percepciones sociales sobre las personas mayores. Actitudes. Recomendaciones de la Royal Commission on Long Term Care del Reino Unido. Normativa. Proyectos.
1. El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo. El nuevo Plan español de I+D y el envejecimiento.
2. Dependencia y atención sociosanitaria.
3. La soledad de las personas mayores.
4. y 5. La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento: Salud y envejecimiento. Un documento para el debate.
6. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.
7. Naciones Unidas y envejecimiento.
8. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2002.
9. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España.
10. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia.
11. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas.
12. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados.
13. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional.
14. Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.



Observatorio de Personas Mayores

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación

Avda. de la Ilustración, s/n c/v a Ginzo de Limia, 58

28029 MADRID

Tlfn: +34 913 638 523

Fax: +34 913 638 942

E-mail: opm.imserso@mtas.es

VISITE EL PORTAL MAYORES: <http://www.imsersomayores.csic.es>



Observatorio
de personas Mayores



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD

