



- 1) La atención integrada social y sanitaria es más factible si se basa en relaciones entre profesionales, que, entre estructuras y organizaciones, y si se lleva a cabo a nivel local, comunitario, dónde es más fácil organizar los servicios, partiendo de las necesidades, preferencias y derechos de las personas y de las comunidades.
- 2) El equipo integrado social y sanitario precisa liderazgo. Liderazgo compartido, del tipo "*primus inter pares*". Pero liderazgo, en definitiva, capaz de compartir responsabilidad y también autoridad. Y también toda la información clínica y social disponible, entre los distintos profesionales de los diferentes ámbitos y niveles asistenciales.
- 3) Complementariamente, hay que dar voz, estimular, la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el diseño y co-definición de los servicios.
- 4) No hay que dejar de perseguir el objetivo de disponer de una única puerta de entrada al sistema.
- 5) En este sentido, en esta edición, se ha considerado de forma especial la figura del gestor de caso y del domicilio como el "*homecare-hub*", es decir, el centro de operaciones ideal para que el gestor dirija el tránsito del mayor, por el complejo entramado de recursos y niveles asistenciales sociales y sanitarios.
- 6) No olvidemos, por otra parte, que la mayoría de personas quieren vivir y acabar sus vidas en sus casas. Una buena gestión de caso retrasa la institucionalización -logrando controlar los síntomas- y cuando esta se produce, suele estar bien indicada.
- 7) Igualmente, mejora el estado emocional de los cuidadores informales y disminuye los síntomas depresivos que aparecen a lo largo del tiempo.
- 8) La selección del gestor de caso debe basarse más en competencias que en profesiones y en criterios corporativos.
- 9) Los principales obstáculos, derivan de la complejidad organizativa y del entramado político-administrativo, caracterizado por una distribución de responsabilidades que hace difícil hacer efectiva la atención integrada.
- 10) Si se quiere alcanzar la integración de cuidados hay que evitar ser absorbido por estructuras organizativas farragosas y modelos de gobernanza obsoletos.
- 11) Durante el congreso se ha evidenciado una vez más que la financiación de los recursos sociales, sanitarios y sociosanitarios es insuficiente, de forma variable en todos los países, y claramente en España.
- 12) Hay que priorizar, por lo tanto, una financiación sostenible y equitativa.

Con el apoyo de – Amb el suport de – With the suport of:



- 13) Invertir en atención a personas dependientes con cronicidad, evita los elevados costes de no hacerlo, como así lo demuestran múltiples estudios que nos han sido presentados. Se ha estimado, por ejemplo, que la dedicación semanal de los cuidadores informales puede superar las 55-60 horas que, en España, con una renta media de 22.000 € anuales, supondría un coste de 33.000 €.
- 14) Ligado con lo anterior, hay que mejorar las estrategias de formación y retención del personal. El déficit de personal y la alta rotación no redundan en beneficios para el paciente/dependiente.
- 15) Hay que hacer atractivas las carreras profesionales y evitar que -según indica, por ejemplo, un estudio del NHS- el 40% de los profesionales no se sientan infelices al acudir al trabajo.
- 16) Sin perjuicio de la profesionalización del sector, hay que prestar apoyo integral a los cuidadores informales.
- 17) Hay que hacer realmente efectivo el derecho a la valoración integral de necesidades y a disponer de un plan de cuidados individualizado, de las personas mayores dependientes, con comorbilidad, con cronicidad.
- 18) Sin innovación, no solamente tecnológica, también innovación organizativa y social, no hay integración.
- 19) La innovación conduce al debate nacional-local y a concluir que suele ser un proceso *bottom-up*. De ahí que el nivel local, comunitario, sea el nivel ideal para innovar en materia de integración sociosanitaria.
- 20) Innovación local implica alta adaptabilidad a entornos que pueden ser muy distintos. Ello significa pasar de las, simplemente, mejores prácticas a la capacidad de adaptarlas a cada entorno y a las necesidades, valores y preferencias de cada comunidad.
- 21) Sin rendición de cuentas, evaluación de resultados y transparencia, es imposible determinar qué es o no, una buena práctica y si está adaptada o no al entorno.
- 22) La atención integrada social y sanitaria requiere, como han demostrado otros países -Escocia, por ejemplo-, transformaciones en la gobernanza interdepartamental y territorial, cambios legislativos, nuevas regulaciones y financiación de cartera de servicios, orientada a la atención integrada.
- 23) El envejecimiento saludable constituye un objetivo irrenunciable, que debe ser incorporado de forma patente en las agendas políticas y en los presupuestos públicos.

Con el apoyo de – Amb el suport de – With the suport of:



- 24) La promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la priorización de los más vulnerables, deben abarcar la totalidad de la vida de las personas y más allá de lo social y lo sanitario, han de constituir objetivos políticos transversales de Estado.
- 25) La detección precoz de la fragilidad y su abordaje, por ejemplo, debe ser un objetivo prioritario para prolongar el bienestar de la población mayor, retardar los efectos de la comorbilidad sobre la funcionalidad y, por lo tanto, la dependencia.
- 26) La fragilidad es reversible con intervenciones adecuadas y realizadas a tiempo. La discapacidad, difícilmente lo es.
- 27) En el congreso se han presentado resultados de una experiencia (en concreto de Nottingham) de uso diario masivo de datos (*Big data*) como herramienta predictiva de identificación de poblaciones de riesgo, sobre las que actuar preventivamente.

CONCLUSIONES COVID

- 28) La COVID, simplemente ha puesto de manifiesto de forma cruda los déficits del sistema. Los que todos conocíamos.
- 29) Dentro de esas evidencias ha resaltado la limitación, de la mayor parte de sistemas de protección social del mundo, en (a) la capacidad de proporcionar respuesta adecuada, (b) en la prevención de la pérdida de capacidades y en (c) la compensación del impacto de la cronicidad.
- 30) La COVID ha evidenciado la reducida accesibilidad de las personas que viven en residencias, a los sistemas de salud de la mayor parte de países del mundo. En este caso, todo el mundo ha podido comprobar que la falta de integración sociosanitaria extrema, comporta consecuencias graves de todo tipo y muerte.
- 31) El impacto de la COVID sobre los profesionales del cuidado -en el conjunto de países del análisis presentado en el Congreso- ha sido superior al que ha tenido el virus sobre los profesionales sanitarios y ha sido el doble que el que ha tenido sobre el conjunto de trabajadores.
- 32) Se ha evidenciado también, en todos los países, la baja prioridad política otorgada a los sistemas de cuidados, exacerbándose el carácter coyuntural y oportunista de la toma de decisiones.
- 33) La integración sociosanitaria "ha hecho aguas", por todas partes, en todos los ámbitos, durante la crisis COVID.

Con el apoyo de – Amb el suport de – With the suport of:





- 34) El hecho de que España tenga, como consecuencia de la COVID, el objetivo político de "disponer de un censo de residencias" para 2022, evidencia la escasa priorización del sector.
- 35) La COVID ha provocado en España -y en muchos otros países- una crisis de confianza en el sistema residencial.
- 36) Sin embargo, no es descabellado dudar de la implementación de las lecciones derivadas de la COVID. El riesgo de aplicar el conocido "muerto el perro, muerta la rabia" -ya estamos vacunados, no pasa nada, todos a sus puestos-, es inquietante.
- 37) Por ese motivo se enfatiza el riesgo de cerrar en falso el debate -y no aplicar soluciones- sobre, más allá de la falta de integración social y sanitaria, simplemente la falta de respuesta de los servicios de salud en las residencias en España.
- 38) La COVID también ha evidenciado que la innovación tecnológica, no substituye el contacto humano. Las experiencias de final de vida y muerte en soledad han sido terribles.
- 39) Se ha puesto de manifiesto la urgencia de mejorar los sistemas y modelos de comunicación y de gestión de las emociones, tanto de residentes, como de sus familiares y de los profesionales.
- 40) El contexto COVID ha dado pie a insistir especialmente, en la necesidad de formar y profesionalizar el sector de cuidados. Ha servido para refrescar el recuerdo de que los profesionales, los trabajadores, todos, tanto del sector social como del de salud, SON PERSONAS.
- 41) Así si la vocación, la motivación, no es condición suficiente, si es necesaria ya que el lado humano del profesional determina la calidad de la conexión con la persona dependiente y pluripatológicas. Las experiencias vividas de muerte en soledad, han constituido un revulsivo dramático para recordarlo.

Con el apoyo de – Amb el suport de – With the suport of:



CONCLUSIONES SESIONES PARALELAS

- 42) Las 12 SESIONES PARALELAS del Congreso, han tratado sobre la disfagia, revisión de políticas sanitarias, bienestar de los cuidadores, utilización de la tecnología en la atención sociosanitaria, modelos de evaluación de calidad, modelos innovadores de atención domiciliaria, robótica e inteligencia artificial, papel de los centros de mayores y seguridad del paciente o persona atendida
- 43) Han evidenciado el gran apoyo por parte del sector empresarial, sanitario y científico, que lo interpretamos como un compromiso por parte de estas entidades, todas privadas, con el avance y la innovación, así como una apuesta por la calidad de la atención sociosanitaria integrada y porqué se traduzca en una mejora de la calidad de vida de las personas a las que atienden.
- 44) En definitiva, han puesto de manifiesto, estas entidades, su disposición a trabajar de manera colaborativa y coordinada tanto con las administraciones públicas, como con otras entidades privadas y los representantes de las personas a las que se dirige su actividad, para tratar de optimizar los resultados, el bienestar de todos y la sostenibilidad del sistema.

CONCLUSIÓN FINAL

- 45) "¡Lo que hay que hacer es hacerlo!" Con flexibilidad y apertura de mente y aceptando la incertidumbre".

Con el apoyo de – Amb el suport de – With the suport of:



VIII Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida
"Integración sociosanitaria: la atención del futuro"

VIII Congrés Internacional Dependència i Qualitat de Vida
"Integració sociosanitària: l'atenció del futur"

The 8th International Congress of Disability and Quality of Life
"Long term care integration: care for the future"

DOCUMENTO DE CONCLUSIONES

Con el apoyo de – Amb el suport de – With the suport of: