



ETORKIZUNA
ERAIKIZ

think tank

**NUEVOS FUTUROS DEL ESTADO DEL
BIENESTAR
MEMORIA DE LA REUNIÓN N° 3**

24/09/2020

Contenido

1.	Programa	3
2.	Personas participantes	3
3.	Introducción y presentación del taller	4
4.	Presentación de proyectos: Ok en casa y Etxean Bizi	5
5.	El futuro del nuevo modelo de cuidados de larga duración	9
6.	Dinámica de reflexión y debate.....	12
	Resultados de la dinámica:	13
7.	Valoración y cierre	15
8.	Anexos	16
	a. Documento de Trabajo nº 3	16
	b. Informe Nº1	20
	c. Plantilla de resultados de la dinámica	42
	d. Presentación de Maite.....	45
	e. Presentación de Mayte Sancho	52

1. Programa

Tema	Presenta/dinamiza
Introducción y presentación del taller	Maite Peña
Presentación de proyectos: Ok en casa y Etxean Bizi	Iñigo Kortabitarte y Álvaro García
El futuro del nuevo modelo de cuidados de larga duración	Mayte Sancho
Dinámica de reflexión y debate	Javier Castro
Valoración y cierre	Maite Peña

2. Personas participantes

- Grupo 1
 - 1.- Maite Peña.
 - 2.- Joseba Zalakain
 - 3.- Adriana Martinez
 - 4.- Josu Gago
- Grupo 2
 - 1.- Carlos Alfonso
 - 2.- Iker Uson
 - 3.- Maria Muñoz
 - 4.- Javier Sancho
- Grupo 3
 - 1.- Eva Sánchez
- 2.- Garikoitz Agote
- 3.- Ander Arzelus
- 4.- Patxi Leturia
- Grupo 4
 - 1.-Xabier Barandiaran
 - 2.- Julian Florez
 - 3.- Andoni Zulaika
 - 4.- Mikel Malkorra
- Grupo 5
 - 1.- Belen Larrion
 - 2.- Rakel San Sebastian
 - 3.- Iñigo Kortabitarte
- 4.- Javier Castro
- Grupo 6
 - 1.- Sebas Zurutuza
 - 2.- Gerardo Amunarriz
 - 3.- Koldo Aulestia
 - 4.- Miren Larrea
- Ponentes

Alvaro Garcia
Mayte Sancho

3. Introducción y presentación del taller

La Diputada de Políticas Sociales abre la sesión indicando que esta terminará un cuarto de hora más tarde de lo previsto por haber comenzado con retraso.

“Hoy vamos a tratar tres puntos. El primero va a ser el balance de la COVID con 2 materiales: primero todas las contribuciones que habéis realizado y la recopilación de las mismas. Son muy diversas e interesantes y no podemos olvidar que tenemos encargada la elaboración de un informe de impacto en las políticas sociales en la primera ola en Gipuzkoa. Va a ser un informe muy completo que ha tenido en cuenta la participación de las personas de la gestión del sistema social, más familias, usuarios... Yo creo que es interesante que os lo adjuntemos y presentemos en la próxima sesión para integrar las recomendaciones. Esto es lo que os queríamos plantear como discusión permanente del Think Tank y como la COVID ha venido para quedarse un ratito, pues podemos dedicarle un ratito al principio de cada sesión del Think Tank para ponernos al día”.



Continúa diciendo lo siguiente: *“Soy pesada con la metodología, pero es importante. Tenemos claro que el contexto ha cambiado y las viejas recetas no valen así*

que hemos apostado por la experimentación. Hoy vamos a abordar la determinación de las partes del problema que abordaremos. Tenemos un compromiso institucional con la transformación y entendemos que también lo hay a título personal por vuestra parte”.

Indica que se pretende hacer un giro hacia la experimentación: “tenemos claro que tenemos que cambiar hacia otras formas de hacer. Para eso vamos a usar la experimentación. Hay dos claves para posibilitarla: la primera es el impulso del modelo de atención centrado en la persona. La segunda es el impulso de los ecosistemas localizados de cuidado. Los cajones desastre se han acabado y si queremos dar un giro experimental hay que generar ecosistemas interdisciplinares que trabajen en conjunto. Solo si estas dos premisas se cumplen podemos hablar de paradigma de la experimentación social”.

“Conectamos el Think Tank con las políticas sociales de esta forma y hablamos en las sesiones anteriores de la importancia de tener charlas con personas expertas en el tema para poder darle perspectiva a nuestra agenda de experimentación. Para ello viene Mayte Sancho”. Agradece su presencia “es un lujo”. “Y también hay que saber qué se está haciendo ya y para eso vienen Álvaro e Iñigo para hablar sobre los proyectos que ya están trabajando”.

“Luego ya pasaremos a la dinámica de experimentación. Es muy interesante escuchar, pero lo que más nos interesa es trabajar sobre las agendas que queremos construir”.

4. Presentación de proyectos: Ok en casa y Etxean Bizi

Álvaro García presenta el proyecto Etxean Bizi. Comienza agradeciendo a Adinberri, Diputación Foral de Gipuzkoa y Etorbizuna Eraikiz la invitación y el impulso de la presentación de estos proyectos.

Comenta que presentará los resultados y la metodología del estudio brevemente para saber cómo hemos llegado a estos resultados. *“Es difícil comprimir en 10 minutos un proyecto tan rico y completo que supone una manera diferente de ver el modelo de previsión y cuidados”.* El proyecto se ha llevado a cabo en los municipios de Elgoibar, Pasaia y Renteria objetivo permitir que las personas mayores con necesidades de apoyo pudieran permanecer en sus casas en caso de que lo deseen. Las claves del proyecto han sido plantear un modelo diferente de coordinación de servicios sociosanitarios y

comunitarios. No se ha realizado mediante una Investigación Acción Participativa, pero sí que promueve la participación y la recoge en sus bases. Añade que se busca incluir la acción voluntaria y participación comunitaria en el proyecto.



Realiza una serie de apuntes metodológicos sobre el estudio que presenta: el criterio de inclusión de los casos en el estudio es de tenencia de un grado de dependencia 2 en las personas participantes. Los análisis se han realizado teniendo en cuenta diferentes criterios mediante una metodología pre-post test con grupo control y grupo experimental aleatorios.

El perfil medio de las personas participantes es de mujeres de 83 años. Casadas o viudas con familiar como persona cuidadora principal, una salud percibida generalmente regular o buena con deterioro cognitivo moderado o incluso grave y con al menos 3 condiciones médicas crónicas con medicación.

“En el estudio se ha llevado a cabo un procedimiento mediante el cual se ha realizado una valoración longitudinal durante meses. Se ha realizado un control cada 2 meses y un total de 5 valoraciones. Las dos del inicio y del final son idénticas y exhaustivas. Se valoró a las personas con dependencia, a familiares y las trabajadoras sociales del municipio. La mayor parte de los instrumentos son instrumentos validados

excepto los que se tuvieron que generar ad hoc. Los objetivos de análisis: sobre la persona en situación de cuidados, sobre cuidadora y municipio o programa”.

Resultados cuantitativos obtenidos:

Hay mucha mortalidad (cese de la participación en el estudio) en la muestra por ingreso en residencia, fallecimientos o abandono. Se observa que las personas en grupo experimental ingresan menos en residencias. Además, la gente pasa a sentirse mejor de salud de forma percibida. En general el estudio obtiene buenos resultados cuantitativos en depresión, salud percibida, calidad de vida promedio, número de visitas al médico, en ingresos en agudos, satisfacción con los cuidados.

En la persona cuidadora no se han percibido cambios generales, sí los ha habido en horas de cuidado, la sobrecarga, el estado de ánimo ha mejorado. La relación con los servicios sociales ha cambiado. Todos los cambios han sido a mejor.

Conclusiones cuantitativas:

El marco de la Atención Centrada en la Persona es un marco ético, se busca modelo diferente al actual para avanzar en el bienestar, con base en la integración y coordinación de servicios, buscando el enfoque participativo, inclusión de la sistematicidad en la investigación y la metodología.

Conclusiones cualitativas:

Como conclusiones cualitativas del estudio se comentan el retorno al trabajo social, el conocimiento de la persona, la proactividad en lugar de respuesta burocratizada, mayor conocimiento y ejercicio de derechos de las personas y mayor satisfacción.

Toma la palabra Iñigo Kortabitarte que presenta OK en casa. *“En este proyecto han participado alrededor de 400 personas en un trabajo de campo de nueve meses”.*

“¿Cuál es la propuesta de valor del modelo? Se dirige a dos vertientes: 1 cuidadoras familiares para ofrecer un sistema de capacitación, acompañamiento psicosocial y apoyo logístico en el cuidado con dos objetivos: cuidar al cuidador, y ofrecer un cuidado de mayor calidad a la persona cuidada. Se han coordinado dos administraciones públicas y herramientas de inteligencia de datos que permiten pasar a una gestión preventiva desde una reactiva para generar las condiciones para el cuidado”.

“Lo hacemos por medio de la creación de un canal directo de comunicación mediante la aplicación Zaindoo que les permite crear una adherencia adecuada, una mejora en su bienestar que se ha validado por un estudio científico de la UPV. Hemos demostrado que es válida la tecnología y vale para las personas que no conocían la tecnología”.



Continúa dando una explicación sobre el modelo:

1. Se identifica a las personas cuidadoras
2. Se evalúa periódicamente la evolución de cada persona cada 4 meses y en qué fase del cuidado se encuentran.
3. Se plantea un plan de intervención socioeducativa sobre cómo cuidar y auto cuidarse y apoyo psicosocial online que se compone de actividades para el entrenamiento de habilidades, herramientas de organización logística del cuidado y servicios útiles en condiciones ventajosas.

Para visualizar los resultados del programa se han realizado dos estudios diferentes uno económico sobre coste de efectividad y otro cualitativo. En síntesis, se han hallado efectos positivos de intensidad media en bienestar, sobrecarga, ansiedad (menor mejora que en las demás variables), depresión, intensidad (horas de cuidado al

día) y frecuencia (días de cuidado a la semana) y suben satisfacción con el cuidado y la autoeficacia.

En el coste económico tiene diferentes costes laborales se ahorra en el ámbito laboral, el de servicios públicos y en la calidad de vida de la persona.

Han desarrollado RADAR que es una herramienta que les permite hacer un seguimiento de la evolución de las familias, objetivando los patrones de cuidado y gestionando de forma preventiva.

El modelo se está ampliando y haciéndose llegar a más gente con la intención de hallar el nivel de escalabilidad de este modelo.

5. El futuro del nuevo modelo de cuidados de larga duración

Mayte Sancho da gracias y dice que después de estas dos presentaciones hablar de futuro es difícil porque ya estamos en el futuro. Su exposición se va a centrar en hacer propuestas a futuro a 10-20 años vista.

Como acercamiento al contexto plantea las siguientes cuestiones: *“El primer asunto que necesitamos tener en cuenta es ¿Qué quieren las personas? Y parece sencillo, pero al planificar nos olvidamos de esto. Nos hemos desviado de los deseos de las personas y en Euskadi el 90% de las personas quiere vivir en su casa. Partimos de modelos familistas en los que la familia tiene una importancia vital. Como posicionamiento inicial tenemos que hablar de cuidados y apoyos”*. Distingue cuidados de apoyos haciendo alusión a que los cuidados se dan cuando hablamos de personas mayores y los apoyos cuando hablamos de personas con discapacidad.



Destaca la evidencia de que tenemos un sistema de servicios sociales consolidado. *“Otra cosa es que el sistema actual esté pensado para las necesidades actuales; porque no se atienden y hoy en día que seguimos en un modelo antiguo”*. En un contexto de pervivencia de recursos institucionales clásicos, explica, la experimentación está en crecimiento, pero la innovación es dispersa hoy en día y el desarrollo tecnológico es creciente

“La coordinación entre el sector sanitario y de los cuidados es escasa y necesitamos financiación porque esta es insuficiente. Hay que reformularla”.

Mayte procede a mencionar aspectos estratégicos para el cambio:

Sobre el modelo de gobernanza, *“antes no lo había. Y el de hoy en día ha cambiado y el apoyo a los cuidados hoy en día es social y colaborativo y transversal”*. Indica que *“es necesario disponer de iniciativas de ciudadanía activa y hablar de entornos amables, urbanismo y diseño son cosas relacionadas. Es necesario hablar sobre el asunto competencial porque el modelo que depende de varias instituciones públicas no se sostiene y el municipio debe ser el centro de la gestión de cuidados. Todo esto se basa en el entorno comunitario como espacio natural de provisión y coordinación de cuidados”*.

Sobre la prevención multidimensional indica que existe una necesidad de servicios de orientación y consejo que garanticen una información fiable para la toma de decisiones. *“Tomar decisiones a tiempo nos puede ayudar”.*

Menciona también la promoción de la innovación social y tecnológica y la innovación en los cuidados.

Comenta que los componentes de un modelo de cuidado de apoyos son los siguientes: la colaboración de Servicios Sociales y comunitarios. Cree que estamos haciendo algo mal y cree en la necesidad de dimensionar convenientemente la necesidad de los sistemas sanitarios. No ve excesiva relación necesaria entre el sistema de cuidados y el sanitario porque medicalizar residencias, por ejemplo, supondría medicalizar la casa de las personas que viven en las mismas.

“La Atención Centrada en la Persona es un mantra que usamos todos y es un cambio cultural en construcción permanente. Mi experiencia es que este es un proceso continuo. Primero la Atención Centrada en la Persona es un enfoque ético que exige un cambio cultural en profundidad porque es un cambio en las actitudes de las personas. Si no cuidamos a las personas que cuidan que ese cambio se produzca es imposible”.

“Otro cambio cualitativo que es muy difícil de lograr es que las personas gestoras de caso son las que coordinan los recursos y necesidades que tienen las personas. Solo gestionan los recursos públicos, los privados no aplican. Lo eficaz es que la persona gestora de caso controle el caso en todos los aspectos. Pero claro una persona gestora de casos solo puede gestionar 30 con gran esfuerzo, no 100”.

“Luego hay otro gran tema que es el tránsito desde el modelo residencial al modelo de vivienda. Estamos delante de un modelo ecosistémico de carácter comunitario integrado en un espacio territorial determinado y es en este en el que se coordinan todo el conjunto de atenciones que una persona necesita. Necesitamos una colaboración. Nadie se plantea un modelo de vivienda con grandes especialidades sanitarias. Es de gran importancia el equilibrio y la prioridad de la atención domiciliaria. Los datos cuantitativos dicen que el dinero que invertimos en atención domiciliaria es muy poco. Y necesitamos invertir en ello porque es el modelo más natural. Las viviendas deben estar integradas en el espacio territorial. Necesitamos volver a la mayor financiación y a la garantía por parte de la administración de los modelos de gestión y transparencia en el gasto del dinero por parte de las instituciones”.

Sobre la remodelación de las actuales residencias, para Mayte tiene los siguientes componentes:

- Aspectos ambientales, organizativos y de intervención
- La vida cotidiana normalizada a través de la actividad significativa.
- Organización flexible, basada en relaciones de confianza, horizontalidad.
- Diversificación de responsabilidades y financiación. Distribución de las competencias y responsabilidades a las administraciones competentes.

Sobre la reformulación del modelo de atención domiciliaria: *“Se ha comentado ya”*. Enfatiza en la asistencia personal porque lo ve el modelo del futuro. Cree que el camino es el apoyo y promoción de la acción voluntaria como apoyo a la actividad profesional. Y añade que aquí es escasísimo por resistencia profesional.

Concluye diciendo *“he intentado abrir el abanico y haceros una enorme oferta y creo que la dificultad de abordar un cambio de este tipo es enorme pero ilusionante”*.

6. Dinámica de reflexión y debate

El dinamizador toma la palabra: *“estamos mal de tiempo y la idea era hacer una discusión por mesas sobre si el modelo de la Atención Centrada en las Personas puede aplicarse en otros ámbitos de las políticas sociales. Y una segunda cuestión mediante la que se recogerán tres ejes de propuestas para abordar en las próximas sesiones del Think Tank”*.



La dinámica deliberación tiene una duración de 15 minutos.

Resultados de la dinámica:

El dinamizador toma la palabra para dársela a los grupos que exponen sus conclusiones:

Grupo 1:

Destacan la importancia de modelos de gestión en las organizaciones para poder llevar a cabo el modelo de Atención Centrada en la Persona. También han hablado sobre otros modelos de atención residencial. Creen que a futuro el modelo de atención residencial de la infancia debe cambiar. Han hablado también de la importancia de la evaluación y los programas y actuaciones basadas en la evidencia. *“Hay que tener en cuenta que muchas entidades pequeñas van a tener muchas dificultades con esto. Igual tiene que ser la propia administración quien lidere y apadrine este movimiento de la evidencia para permitir que todas las entidades puedan participar en el modelo de forma homogénea”*.

Grupo 3:

Creen que sí, que la Atención Centrada en la Persona es posible en conjunto: lo ven posible en el ámbito de la mujer, menores, exclusión... *“No sólo posible sino recomendable y referente”*. Los tres ejes propuestos por el grupo son:

- Gobernanza en sentido horizontal (diferentes sistemas: políticas sociales, educación, salud...) y vertical (diferentes niveles de la administración: estado español, CAPV, Diputaciones Forales y municipios)
- Cuidados de larga duración no solo centrados en las personas mayores, sino incluyendo más colectivos
- Integración social contra la disparidad y la polarización social .

Grupo 6:

Creen que la Atención Centrada en la Persona es posible en todos los ámbitos.

“Es necesario pero también la propia pregunta nos orienta a la segregación y falta de coordinación sociosanitaria que buscamos”. Observan una necesidad de visión de sistema.

El grupo propone los siguientes ejes:

- La importancia del aspecto humanista contrapuesto al mercantil. No solo en términos de costes sino de actitudes. Proponen el ejemplo de las cuidadoras que piden aumentos salariales pero no hablan de un cambio de actitudes.
- La importancia de la atención sociosanitaria en el estatus individual de las personas que trabajan en el ámbito sociosanitario.
- *“La dificultad que supone la mentalidad competitiva que tenemos. No sólo en empresas sino también en asociaciones del tercer sector. La interacción se dificulta y la colaboración también”.*

Grupo 5

Creen que la Atención Centrada en la Persona es posible en otros ámbitos.

El grupo propone los siguientes ejes partiendo de un contexto paraguas de las diferentes áreas de actuación y rompiendo los compartimentos estancos para hacer que la Atención Centrada en la Persona sea un criterio que transversalice el enfoque de aproximación del diagnóstico a la persona:

- *“Cómo diagnosticamos la situación de la persona independientemente del área”.*
- Sobre la personalización desde los criterios a la aplicación de estos: *“¿qué es personalización?, ¿qué umbrales tiene?”*
- Sobre metodologías de gestión e intervención: *“¿Como bajamos al terreno de juego la pelota? ¿Qué implicaciones tiene la Atención Centrada en la Persona?”*

Grupo 2

Comentan que la Atención Centrada en la Persona *“es posible, deseable, un deber, obligatorio, ético... Sería interesante que ofreciera un paradigma para el sistema de políticas sociales. Traería cambios hacia afuera y hacia adentro”*.

Grupo 4

Sobre la Atención Centrada en la Persona creen que se puede trasladar a otros contextos siempre y cuando se faciliten medios y herramientas para ello.

El grupo propone los siguientes ejes:

- La relación entre el servicio público y las prestaciones. Consideran necesario tener *“Poder de decisión sobre los servicios que recibes como fomento de la autonomía personal. No hay progresividad hoy en día en el seguimiento como hay en el Servicio de Atención Domiciliaria. En las prestaciones por dependencia no es así”*.
- *“Cómo se hace la Atención Centrada en la Persona? ¿Cómo se coordinan los sistemas? En el sistema sanitario tienes un historial. ¿Por qué no se hace en Servicios Sociales?”* En este sentido, comentan, la tecnología tiene un papel determinante.
- *“Con la información que pueden dar las tecnologías se podrán medir y hacer valoraciones”*.

7. Valoración y cierre

La Diputada de Políticas Sociales toma la palabra haciendo una broma sobre el tiempo. Y recuerda que la próxima cita es el 29 de octubre *“os mandaremos el informe y en la próxima sesión abordaremos la agenda compartida y un cachito para el COVID. Muchas gracias y nos vemos en un mes. Mila esker”*.

8. Anexos

a. Documento de Trabajo nº 3

THINK TANK

Proceso de deliberación sobre el trabajo del futuro: Documento de Trabajo nº 3

(24 de septiembre, 2020)

EL GIRO EXPERIMENTAL DE LAS POLÍTICAS SOCIALES

1. Contexto para la reflexión

1.1. Envejecimiento y cuidados de larga duración

En el año 2031 el 46% de la población guipuzcoana tendrá más de 55 años y 35.900 personas tendrán algún grado de dependencia. En la actualidad, los cuidados a las personas mayores, aunque siguen siendo protagonizados por las familias, la presencia de servicios profesionales públicos y privados son cada vez más importantes, configurando así un modelo mixto basado sobre todo en el binomio servicios domiciliarios/ residenciales (cuando la dependencia es muy elevada) que en Guipúzcoa está sufriendo un interesante proceso de transformación.

Los cuidados de larga duración se pueden entender como un conjunto de actividades llevadas a cabo por personas cuidadoras informales (familias, amigos o vecinos) o por personas profesionales (sanitarios, sociales y otras), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación y realización personal en condiciones de dignidad humana (OMS). Así, los cuidados de larga duración se desarrollan en base a un modelo que favorece la mayor calidad de vida posible.

1.2. Emergencia del enfoque ecosistémico

En los últimos años emerge con claridad la necesidad de impulsar un modelo de Atención Centrada en la Persona desde una perspectiva ecosistémica. Así, se pueden identificar experiencias piloto que incorporan a múltiples agentes profesionales e informales en la satisfacción de las necesidades de apoyos de las personas necesitadas de cuidados de larga duración: Servicios sanitarios, servicios sociales, iniciativas comunitarias, acción voluntaria, servicios de proximidad, orientación y diseño de entornos físicos amables y accesibles, desarrollo e integración de

tecnologías adecuadas a necesidades específicas (tecnologías digitales, domótica, robótica, etc.), apoyo psicológico a cuidadores familiares, replanteamiento de modelos formativos para profesionales del cuidado y para personas no profesionales (familias y otros).

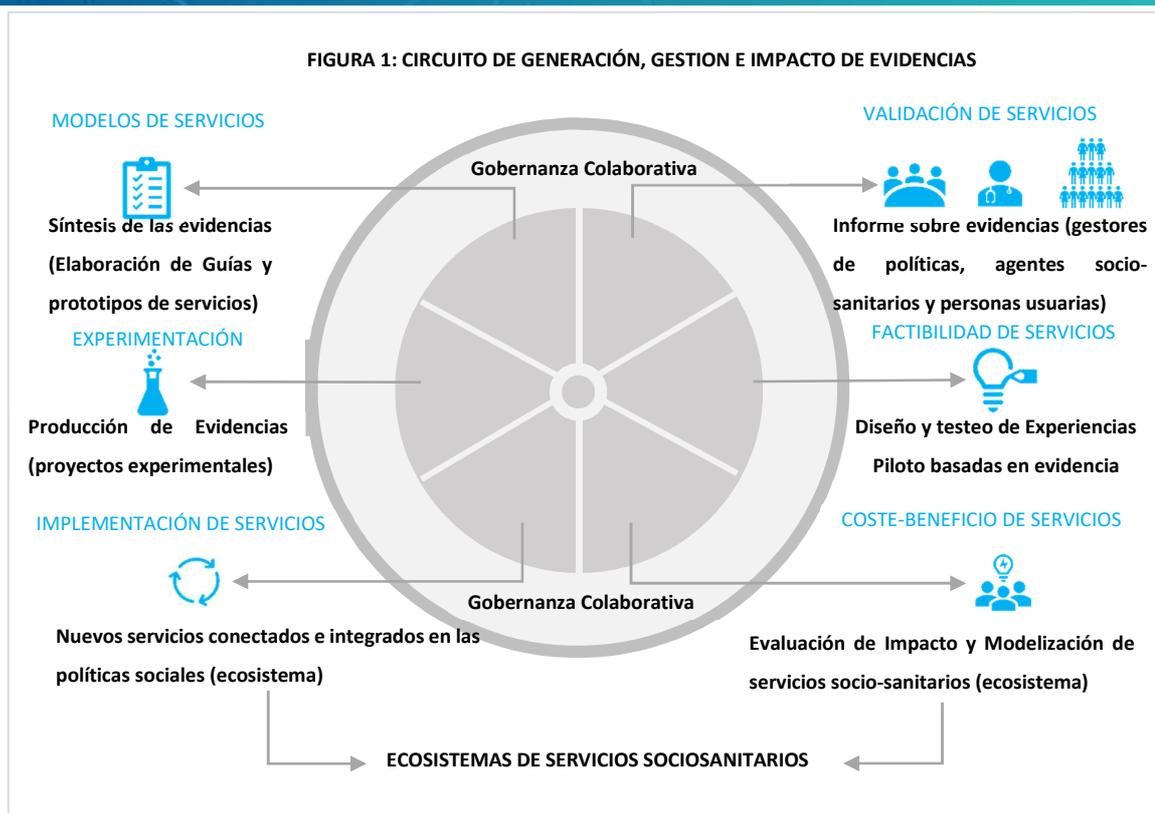
La “gestión de casos” es un enfoque de trabajo que garantiza la continuidad de la atención y el acompañamiento a las personas y familias mientras duran los cuidados de larga duración. Esta metodología permite gestionar de manera transversal diferentes prestaciones sociales públicas, privadas y comunitarias adaptadas a las necesidades de cuidado y atención (tanto sanitaria, social y familiar). Se trata de un enfoque práctico orientado a promover la autonomía de la persona cuidada y su calidad de vida.

2. Experimentación y políticas sociales

La figura 1 propone un circuito para estructurar la relación entre experimentación y políticas sociales.

1. Producción de Evidencia. La ejecución de proyectos experimentales es una estrategia relevante para generar evidencias. Los proyectos experimentales mediante metodologías *ex ante* /*ex post* y grupos control y grupos de experimentación permiten estimar relaciones causales.

2. Síntesis de las evidencias. Los proyectos experimentales no solo buscan establecer o comprender relaciones causales sino sobre todo diseñar “nuevos servicios” o “mejora de servicios existentes” que conecten servicios sociales, servicios sanitarios, servicios comunitarios en base a los modelos de atención centrada en la persona. El resultado de los proyectos son prototipos de servicios o productos, expresados en guías capaces de ser comprendidas y adaptadas/adaptadas por agentes privados, públicos o comunitarios.



3. Informe sobre evidencias. Los proyectos experimentales, cuyos resultados son modelos de servicios (sociales, tecnológicos, sanitarios, comunitarios, etc.), deben ser validados desde la perspectiva de los gestores de políticas (factibilidad), gestores de organizaciones sociosanitarias (pertinencia), las personas usuarias (usabilidad).

4. Diseño y testeo de servicios. Los servicios validados por los agentes claves del sistema sociosanitario son escalados como “Experiencias Piloto” en las que se exploran, en condiciones reales, la factibilidad de los servicios diseñados en base a la evidencia en las etapas anteriores.

5. Evaluación de impacto. Los servicios testados en las experiencias piloto (contextos reales) son evaluados desde la perspectiva de las personas usuarias (usabilidad de los servicios), factibilidad (coste-beneficio) y conectividad (articulación con otros servicios, ecosistema).

6. Implementación de servicios. En la fase final, los servicios testados (contextos reales) y evaluados (factibilidad y conectividad) permitirán integrar este servicio como parte de la oferta de servicios sociosanitarios de un entorno territorial.

3. Invitación a la reflexión

En base a estas consideraciones, en la sesión del 24 de septiembre se espera abordar las siguientes reflexiones:

1. Los nuevos modelos de atención y cuidados ¿Cuáles son los principales desafíos de futuro?
2. ¿Qué agenda de experimentación se necesita?
3. ¿Cuáles son los resultados esperados de los procesos experimentales?
4. ¿Cómo conectar la experimentación social con las políticas sociales? (herramientas de aprendizaje)

THINK TANK

Informe n°1

Recomendaciones para afrontar la crisis de la COVID-19 en la sociedad guipuzcoana

1. Introducción

Las políticas sociales constituyen un campo muy heterogéneo y complejo que incluye un amplio abanico de acciones y estrategias para diferentes dominios de las problemáticas sociales. El papel de las personas usuarias en el desarrollo de las políticas sociales, el impulso del paradigma de cuidados centrado en la persona, la gobernanza colaborativa, la experimentación social y el impulso de ecosistemas locales de servicios sociosanitarios, representan el núcleo de la estrategia de bienestar y cohesión social del modelo guipuzcoano de políticas sociales.

La crisis sanitaria desatada por la COVID-19 va a afectar a muchas personas y plantea un futuro incierto en los ámbitos social, económico y sanitario. Por ello es necesario explorar el futuro de las políticas sociales en el marco de un profundo debate sobre el lugar del Estado de Bienestar en el contexto europeo. La crisis desatada por el COVID-19 no ha hecho más que acelerar este debate. Por un lado, la crisis ha dejado al descubierto los flancos débiles de las políticas sociales exigiendo innovaciones públicas en la capacidad de anticipación, eficiencia y comunicación eficaz de las políticas sociales y sus servicios. Por otro lado, la crisis del COVID-19 ofrece nuevas perspectivas y nuevos aprendizajes derivado de la alianza inédita entre sociedad civil (ciudadanía, organizaciones sociales y sanitarias, sector empresarial comprometido con el país) y el Estado del Bienestar (administración pública). La crisis ha mostrado, como pocas veces, la prioridad por la salud y seguridad de la ciudadanía impulsando una nueva perspectiva para las políticas sociales. Por último, los impactos de la crisis de la COVID-19 generarán nuevos retos y nuevas necesidades sociales que, sin duda, han de impulsar políticas de apoyo que deben ser exploradas en el marco de una necesaria recuperación económica del Territorio.

Este informe, realizado en el marco del Etorbizuna Eraikiz Think Tank, ofrece los resultados de una reflexión colectiva sobre la crisis sociosanitaria derivada de la COVID-19 y las opciones de política para desarrollar en el marco de un rebrote de la pandemia.

El informe está organizado de en cuatro secciones. La primera sección, define los objetivos y la metodología seguida para co-generar una perspectiva común sobre las políticas sociales a desarrollar en el corto y medio plazo en caso de rebrote de la pandemia. La segunda sección, presenta los resultados obtenidos por el análisis de la experiencia internacional. Este análisis puede ofrecer respuestas novedosas útiles para ser aplicadas al contexto guipuzcoano. En la sección tercera, se describen las estrategias y recomendaciones de políticas sociales en caso de un rebrote de la pandemia. En la sección cuarta, se ofrece un grupo de políticas priorizadas en el marco del taller COVID-19 del que participaron los integrantes del Think Tank. Por último, el finaliza con un conjunto de lecciones aprendidas de la crisis que pueden ser útiles de cara a explorar el modelo futuro de políticas sociales en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

2. Objetivos y metodología

La sesión del Think Tank dedicada al análisis de la crisis de la COVID-19 tuvo el siguientes objetivo general y específicos.

Objetivo general

Comprender las debilidades y fortalezas del sistema de atención guipuzcoano (tanto en residencias como en domicilios) emergentes de la crisis sociosanitaria derivada de la COVID. En base a escenarios de rebrote, la sesión busca co-generar conocimiento entre los integrantes del Think Tank con el fin de abordar los desafíos que afrontan las políticas sociales post-pandemia.

Objetivos específicos

O.E.1. Explorar las experiencias internacionales (buenas prácticas) con el fin de explorar de manera comparada las acciones y políticas potenciales para ser aplicadas al territorio de Gipuzkoa.

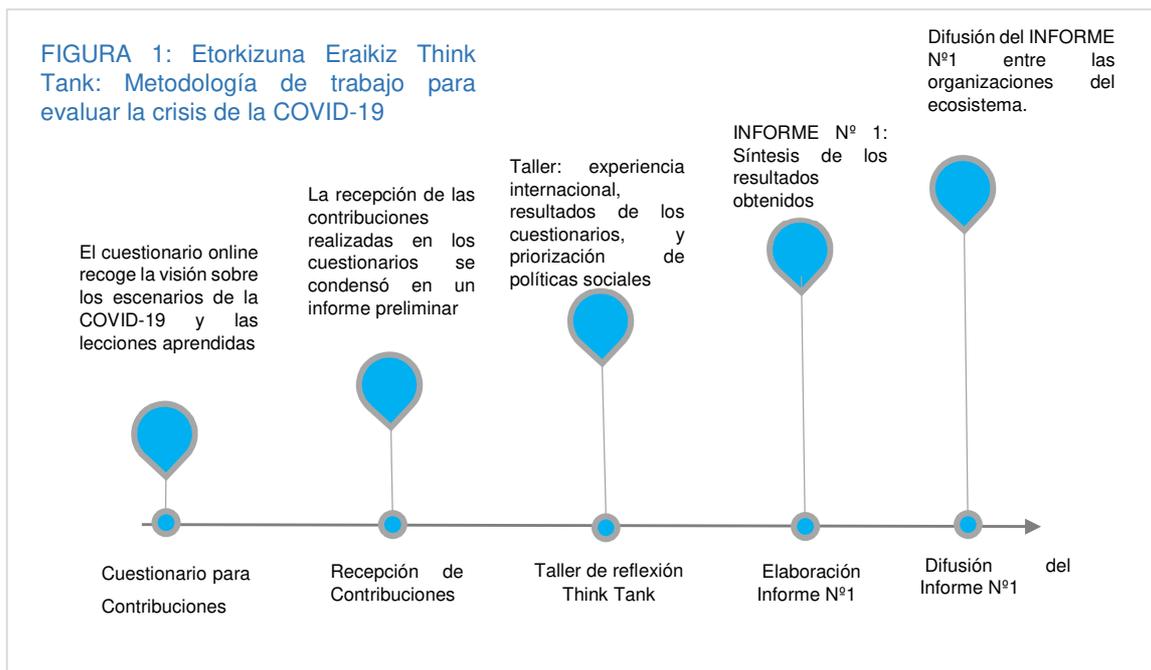
O.E.2. Explorar los escenarios posibles de rebrote de la pandemia con el fin de identificar las acciones de política de corto y medio plazo para afrontar los posibles rebrotes.

O.E.3. Elaborar y priorizar las acciones de política pública frente a un rebrote de la crisis sanitaria a través de un taller de co-generación de políticas sociales en el marco del Think Tank.

Metodología

La metodología propuesta para conducir este proceso deliberativo se describe en la figura 1. Así, en un primer momento, se diseñó y envió a las personas participantes del Think Tank un pequeño cuestionario online que recoge la visión sobre los escenarios posibles de un rebrote, así como las lecciones aprendidas de la crisis. En un segundo momento, se recibieron y procesaron las contribuciones recibidas por parte de las personas integrantes del Think Tank. Esta elaboración se sintetizó en un primer borrador del informe N° 1 y en una síntesis distribuida entre las personas participantes. En un tercer momento, se realizó un taller de reflexión con el objetivo de presentar los resultados obtenidos y consensuar las prioridades de políticas sociales en caso de un rebrote. En un cuarto momento, se procedió a elaborar un informe final con las conclusiones del proceso y recomendaciones de políticas. Por último, se ha procedido a distribuir el informe entre los agentes relacionados con las políticas sociales. Las recomendaciones de

política generadas durante este proceso serán integradas en las actuaciones del Departamento de Políticas Sociales en caso de rebrote de la COVID-19.



3. Experiencia internacional

Conocer la experiencia internacional es relevante para identificar medidas novedosas que pueden ser adoptadas/adaptadas por las políticas sociales del territorio de Gipuzkoa. El análisis consiste en explorar las medidas que se han puesto en marcha durante la epidemia de la COVID19 en otros países y Comunidades Autónomas del Estado español. El análisis se centra en las siguientes áreas:

- Medidas relacionadas con los cuidados y la atención a la dependencia (especialmente en relación con las personas mayores, con discapacidad y/o con problemas de salud mental);
- Medidas contra la pobreza y la exclusión social (empleo, garantía de rentas y cobertura de las necesidades básicas);
- Medidas en el ámbito de la infancia, las familias y la conciliación.

Este análisis tiene sus limitaciones:

- Dificultad para diferenciar las fases en las que se aplican las medidas (algunas pueden ya no estar en vigor, pues en general se trata de medidas temporales);
- Dificultad para diferenciar medidas relacionadas con la epidemia, con el confinamiento y con las consecuencias sociales y económicas de la crisis

- Dificultad para encontrar medidas estructurales (la mayoría de las medidas son muy coyunturales) o de gran alcance (la mayoría tienen un alcance local);
- Medidas diferentes (incluso contradictorias) en los diversos países.
- Dificultades para delimitar lo que se entiende por protección social.

3.1. Cuidados y atención a la dependencia

Medidas destinadas a residencias

- Medidas de aislamiento; testeo sistemático (tanto de sintomáticos como de asintomáticos; tanto profesionales como residentes); sistemas de trazabilidad; sectorización de los centros; y otras medidas de protección frente al virus.
- Refuerzo de la intervención sanitaria que se realiza en las residencias y cambios en las derivaciones desde o hacia el sistema de salud.
- Incremento de la financiación de los centros y servicios (compensación a las empresas por los gastos adicionales en Irlanda o Alemania, financiación adicional de la atención sanitaria en residencias en Francia...).
- Provisión de apoyo psicológico a trabajadores/as, familiares y personas usuarias y refuerzo de los sistemas de cuidados paliativos, así como de los sistemas de comunicación con el exterior, para evitar el efecto del aislamiento.
- Medidas para facilitar la contratación de profesionales y la disponibilidad de personal (rebaja de las cualificaciones mínimas exigidas, movilización de personal jubilado o inactivo, mayores posibilidades para la reasignación de tareas, sistema de “préstamo” de trabajadores/as, reubicación de profesionales SAD en residencias...).
- Incremento de salarios y mejora de las condiciones laborales (incremento del salario mínimo, paga extraordinaria adicional e introducción de más días festivos en el sector residencial en Alemania; incentivos y primas a la actividad en Australia).
- Mejoras en las coberturas de las bajas por enfermedad, especialmente en los países con sistemas más débiles, como USA.
- Medidas de limitación de la movilidad de los profesionales (como la posibilidad de trabajar en más de un centro, por ejemplo) o de confinamiento en el propio centro.

Medidas destinadas a domicilios

- Aunque ha habido excepciones, ha predominado el cierre de los servicios ordinarios de apoyo a las personas que residen en sus domicilios (centros de día, centros ocupacionales, servicios de respiro, etc.).
- Programas de identificación de necesidades y de apoyo psicológico a distancia (por medios telefónicos, virtuales, etc.)
- Refuerzo de la teleasistencia y la telemedicina (tanto en los domicilios como en los centros residenciales).
- Refuerzo de los programas para la cobertura de las necesidades de alimentación de las personas dependientes en domicilio.
- Medidas específicas de provisión de material de protección, de apoyo psicológico y de formación para el personal del SAD, incluyendo financiación adicional de los servicios.

- Captación de personas con experiencia (profesionales, cuidadores familiares y otras personas voluntarias) para intervenir como cuidadores/as profesionales de personas dependientes que residen en sus domicilios.
- Mejoras en los salarios y en condiciones laborales de las profesionales del SAD (500 euros a trabajadoras extranjeras en Austria, 500 libras en Gales, seguro de vida en Inglaterra, mejoras en la cobertura de las bajas por enfermedad...).
- Cambios en las condiciones de acceso y/o de abono de las prestaciones para cuidadores familiares

Medidas destinadas a apoyar a las familias

- Lo más habitual ha sido la puesta en marcha de servicios de identificación de necesidades, de formación y de apoyo a personas cuidadoras con soportes virtuales.
- También ha sido muy habitual la publicación de guías, manuales y otros materiales de formación y apoyo.
- Algunos países (Inglaterra, Alemania, Irlanda...) han introducido cambios para mejorar las prestaciones económicas orientadas a las personas cuidadoras. También se han extendido en algunos casos los programas y prestaciones de conciliación orientados a cuidadores/as de personas mayores.
- Priorización de las personas cuidadoras familiares en los programas de tests y en la distribución de material de protección (por ejemplo, en Inglaterra u Holanda).

3.2. Medidas relacionadas con la pobreza, desigualdad e inclusión social

- Subsidios salariales y compensaciones a los trabajadores que suspenden o reducen su actividad laboral (ERTES y similares en España, Francia, Alemania, Reino Unido, y prácticamente todos los países de la OCDE).
- Mejora o extensión de las prestaciones por desempleo y de las prestaciones de garantía de ingresos (incremento del RSA en Francia y del UC en Reino Unido; reducción de criterios de condicionalidad en Italia; creación del IMV en España; aplicación de las AES en Euskadi...).
- Creación de prestaciones económicas de emergencia de carácter incondicional y casi universal (en USA 1.200 \$ por adulto hasta ingresos de entre 75.000 y 150.000 \$; ingreso universal de 857 euros en Japón).
- Programas de atención a las necesidades básicas (reparto de comida a domicilio, vales y tarjetas-monedero, etc.) y medidas para el acceso a los suministros básicos, incluyendo ayudas especiales para el pago de productos farmacéuticos (USA).
- Prestaciones económicas orientadas a la dinamización del comercio local (vales de compra en comercios, etc.).
- Moratorias en desahucios de viviendas, pago de alquileres en viviendas sociales, cortes de suministro y pago de impuestos.
- Programas específicos de seguimiento y apoyo telefónico a mujeres víctimas de la violencia de género
- Medidas específicas en relación con el acogimiento de personas inmigrantes y refugiadas
- Medidas de emergencia para el realojamiento de personas sin hogar

3.3. Medidas relacionadas con la infancia, familias y conciliación

- Ayudas a la conciliación, especialmente durante el periodo de cierre de los centros escolares (permiso remunerado de tres semanas de duración para los trabajadores/as con hijos/as a cargo menores de 14 años en Austria; prestación de 37,5 euros diarios en Corea; permiso de hasta 15 días, con una remuneración de hasta el 50% del salario anterior en Italia...)
- Ayudas especiales para la alimentación durante el cierre de los colegios durante el confinamiento (mediante ayudas económicas, vales de comidas a domicilio, etc.).
- Otras medidas relacionadas con la infancia en situación de desprotección o con otras necesidades especiales, y el apoyo educativo para la prevención de la brecha digital y las desigualdades socioeducativas.

Síntesis

- Las medidas que han tenido un mayor impacto tienen que ver con las prestaciones económicas para mantener el poder adquisitivo de las personas directamente afectadas por la crisis.
- En el ámbito de los cuidados, el énfasis se ha puesto en proteger a los centros residenciales del impacto del COVID y en reforzar la atención domiciliaria a las personas mayores que residen en sus domicilios
- Lógicamente, los recursos que han tenido mayor desarrollo son los relacionados con la identificación de necesidades y el apoyo a distancia, la telemedicina y la teleasistencia.
- Se ha producido también un refuerzo de las redes comunitarias y de voluntariado de proximidad en diversos ámbitos (mayores, necesidades básicas, etc.).
- La mayor parte de los cambios han buscado dar una respuesta de emergencia a las necesidades planteadas por el COVID19, la crisis económica y el confinamiento, y se han aplicado de momento pocas medidas que supongan cambios permanentes de gran alcance.

4. Estrategias y recomendaciones

Estrategias para el corto plazo (6 meses)

Estrategia 1: Concienciar para proteger

Acción: Lanzar campañas de sensibilización

Impulsar una campaña de comunicación orientada a la concientización y solidaridad intergeneracional sobre la crisis de la COVID-19 que facilite la toma de conciencia sobre la pandemia y sus impactos.

Dispositivo: Campañas digitales

Diseñar y lanzar 3 campañas de comunicación para informar sobre la pandemia y las formas de protección. Estas campañas podrían desarrollarse con soporte digital (sitios web, redes sociales, videos). Los videos “testimoniales” que dan cuenta de la crisis y sus consecuencias ofrecen un “storytelling” que facilite la concientización por sensibilización. Pero sobre todo que garantice la calidad de la información para evitar el filtrado de información falsa, ambigua o de dudoso origen.

Resultado: Incremento de la concientización y calidad de la información

Comunicar lo que se está haciendo bien y prestigiar a las personas y comunidades que tienen comportamientos positivos. Adicionalmente, mejorar la calidad de la información sobre la pandemia (orígenes, efectos y modos de cuidarse y cuidar a otras personas). Se trata de armonizar los mensajes y las estrategias de comunicación. Impulsar una campaña poniendo en valor el trabajo realizado por el personal de las residencias (videos, por ejemplo) y fortalecer la propia estrategia de comunicación del Departamento de Políticas Sociales.

Estrategia 2: Creación de equipos autogestionados y mesas territoriales

Acción: Impulsar la generación de equipos autogestionados y mesas territoriales

Impulsar la generación y despliegue de equipos multidisciplinares autogestionados y autosuficientes con un perfil mixto entre profesionales y sociedad civil organizada. Estos equipos colaborarían con la administración pública en el desarrollo de mesas territoriales a el fin de identificar y apoyar a las personas de mayor vulnerabilidad a nivel local. Las mesas territoriales facilitarían la toma de decisiones a nivel local y la armonía en las fuentes de información.

Dispositivo: Diseño de equipos autogestionados y mesas territoriales

- Diseñar los equipos autogestionados (mixtos entre profesionales y sociedad civil organizada) coordinados a través de mesas territoriales
- Desplegar los equipos autogestionados y las mesas territoriales en caso de rebrote de la pandemia como una forma de soporte a nivel local de las políticas territoriales para luchar contra el rebrote de la pandemia

Resultado: Mejora de la capacidad de resiliencia territorial

Mejorar la capacidad de resiliencia del sistema institucional y social para afrontar un posible rebrote de la pandemia con la colaboración público-social gracias a los equipos autogestionado y mesas territoriales de coordinación. La organización de estas infraestructuras de coordinación debe diseñarse y planificarse en el muy corto plazo y ser impulsadas por la propia administración pública como un modo de fortalecer su capacidad de respuesta a nivel local.

Estrategia 3: Impulsar el diseño de planes de contingencia

Acción: Impulsar el diseño de planes de contingencia

En caso de rebrote es relevante que las entidades socio-sanitarias y organizaciones del tercer sector dispongan de planes de contingencia prediseñados y adaptables. El sector público debería ofrecer asistencia técnica para la implementación de planes de contingencia y los recursos necesarios para ponerlos en marcha (stock de EPIS, recomendaciones precisas sobre rotación de personal, creación de salas COVID, etc.).

Dispositivo: Planes de contingencia (asistencia técnica)

Diseñar e implementar un sistema de asistencia técnica desde el sector público hacia las entidades socio-sanitarias para gestionar e implementar planes de contingencia de cara a afrontar nuevas crisis o rebrotes de la pandemia.

Resultado: Mejorar la capacidad de gestión de las entidades socio-sanitarias

Los planes de contingencia facilitarían la capacidad de gestión de las entidades sanitarias y entidades del tercer sector para implementar planes de contingencia que permitan gestionar rebrotes de pandemia. Esta asistencia técnica permitiría armonizar los protocolos de gestión de riesgo sanitario y psico-social así como fortalecer los sistemas de información sobre posibles rebrotes.

Estrategia 4: Ventanilla única de información sobre servicios y ayudas

Acción: Concentrar en un único espacio la información sobre servicios y ayudas

Es necesario que la información sobre servicios, recursos y ayudas para afrontar la pandemia y sus efectos esté centralizada. Este espacio único (ventanilla única) es útil para la planificación y seguimiento de las ayudas y cartera de servicios tanto para organizaciones como para la ciudadanía.

Dispositivo: Diseñar e implementar una única ventanilla de información

Diseñar y poner en marcha una única ventanilla para informar y acceder a las ayudas disponibles para que tanto las organizaciones como la ciudadanía pueda afrontar nuevos rebrotes de la pandemia, así como afrontar las consecuencias en el corto plazo de la COVID19. Entre estos servicios: a) Crear una plataforma para centralizar la información sobre medidas y ayudas, b) Asegurar la orientación laboral en línea, c) Asegurar la gestión de los subsidios y beneficios según perfiles diferenciados, d) Brindar la posibilidad de consultas telemáticas a fin de recibir ayuda financiera, entre otros servicios de información.

Resultado: Mejorar el acceso a información relevante

Mejorar el acceso a la información y la gestión de las ayudas y subsidios forma parte de la estrategia de mejorar de la calidad de la información frente a la crisis de COVID-19. La integración de toda esta información en una única ventanilla mejoraría el acceso y gestión a las ayudas y subsidios según diferentes perfiles organizacionales y de personas usuarias.

Estrategia 5: Facilitar la gestión del duelo (personal y familiar)

Acción: Implementar un dispositivo de ayuda psico-social para gestionar el duelo

La gestión del duelo por las personas fallecidas y el sostén en el final de la vida son una de las consecuencias emocionalmente más complejas de la crisis del COVID-19. En el caso de las residencias de ancianos y colectivos vulnerables (personas sin hogar, etc.) esta situación es más dramática que en otros tipos de grupos sociales. Para atender a este problema es preciso diseñar e implementar un dispositivo / manual operativo de ayuda psico-social en estos casos.

Dispositivo: Manual para gestión del duelo y final de la vida

Diseñar e implementar un protocolo o manual elaborado por profesionales, integrando la perspectiva de las personas usuarias, con el objetivo de formar al personal socio-sanitario e instituciones para ofrecer asistencia a personas/familias que necesitan ayuda psico-social para el final de la vida y gestión del duelo en condiciones de pandemia.

Resultado: Ayudar a personas en el final de la vida y familias en duelo

Un manual operativo elaborado por profesionales, y basado en la experiencia de las personas usuarias durante de la pandemia, que sería puesto a disposición de instituciones y profesionales para asistir a personas en el final de la vida y familias en duelo durante procesos de confinamiento o similares.

Estrategia 6: Ampliar y fortalecer el servicio a domicilio

Acción: Ampliar y fortalecer el servicio a domicilio

Las políticas de confinamiento han sido una de las más complejas decisiones de política pública. El confinamiento ha afectado particularmente a las personas mayores, especialmente aquellas que viven solas, y también otros colectivos que poseen diferentes grados de dependencia. Los servicios a domicilio (SAD) son claves en condiciones de pandemia (junto con el soporte y despliegue de programas comunitarios y redes vecinales de apoyo).

Dispositivo: Fortalecer los servicios a domicilio

Este dispositivo consiste en crear un grupo de trabajo público/privado capaz de evaluar y rediseñar los servicios a domicilio con el fin de ampliar la oferta y la intensidad de la atención (recibir más horas de servicio por día). El objetivo de esta acción es que las personas puedan permanecer en casa el mayor tiempo posible y bien cuidadas. En una situación potencial de rebrote de la pandemia, la ampliación y desarrollo de nuevos servicios a domicilio es fundamental para atender adecuadamente a la población vulnerabilizada por el virus COVID-19.

Resultado: Mejorar el servicio a domicilio

La mejora de los servicios a domicilio es clave para atender a las nuevas necesidades de las personas mayores y personas con diferentes grados de dependencia en caso de un rebrote de la pandemia. Adicionalmente, esta ampliación puede ofrecer un campo experimental para testar nuevos y mejores servicios con el fin de fortalecer la atención en domicilio en el largo plazo.

Estrategia 7: Diseño y despliegue de programas comunitarios

Acción: Implementar programas de intervención comunitaria y redes vecinales

Los programas de intervención comunitaria y redes vecinales (como el programa RADAR en Barcelona) facilitan la conexión entre la oferta de apoyos y su demanda por parte de la ciudadanía, en particular, las personas frágiles y vulnerables quienes por su condición no tienen acceso regular a nuevas tecnologías. Estos programas y redes cubren la zona de atención y cuidado que la tecnología no puede cubrir, ya sea por falta de acceso, competencias para su uso y otros motivos.

Dispositivo: Programa de intervención comunitaria y redes vecinales

El programa de intervención implica información, formación y conexión entre profesionales, personas ligadas al entorno de los cuidados y redes vecinales (incluyendo las farmacias y entidades locales como parte del programa) con el fin de atender a las demandas no cubiertas por el entorno tecnológico.

Resultado: Cubrir el espacio de la atención basada en tecnologías

En condiciones de emergencia sanitaria las tecnologías se han mostrado muy eficaces e inéditas para cubrir muchas de las necesidades de cuidado durante la pandemia, cuando los recursos tecnológicos están disponibles. Pero en caso de indisponibilidad (falta de acceso, baja competencia en el uso de tecnologías, etc.), y particularmente en el caso de las personas frágiles y vulnerables, es necesario diseñar y activar redes vecinales y programas de intervención directa, complementarios y coordinados (y en algunos casos, sustitutos) de las redes tecnológicas.

Estrategia 8: Mapa de la fragilidad y vulnerabilidad

Acción: Realizar un mapa dinámico de la fragilidad y vulnerabilidad

Diseñar y desplegar un mapa de la fragilidad y vulnerabilidad de la población que permita estratificar la población por nivel de riesgo y diseñar protocolos diferenciados de intervención basado en un modelo integral de estratificación. La estratificación de las personas usuarias es también un proceso de estratificación de la intervención, de las políticas y de las responsabilidades.

Dispositivo: Metodología de mapeo sobre la fragilidad y la vulnerabilidad

El mapa dinámico de la fragilidad y vulnerabilidad de la población se basaría en un protocolo único de evaluación de la fragilidad y vulnerabilidad, centralizado, voluntario y asociado a la normativa y dispositivos de protección de datos personales. Un mapa que incluya en su modelo de evaluación la garantía de una atención digna y orientado hacia las personas usuarias (la aplicación de la pirámide Kaiser para estratificar la población puede ser una herramienta). El mapa permitiría disponer de cartografías comarcales (y un sistema de actualización dinámico) para identificar las zonas y niveles de intervención en caso de pandemia o similar. Explorar la posibilidad de integrar hospitales, centros de día, residencias y programas de intervención comunitaria y otros espacios de intervención como fuentes de información y actualización, con el consentimiento de las personas usuarias o del entorno de cuidado.

Resultado: Mejorar la capacidad de intervención según grado de riesgo

Un mapa dinámico de la fragilidad y vulnerabilidad permitiría mejorar la eficacia y eficiencia de la intervención en condiciones normales. Se trataría de evitar el diagnóstico parcelado y las intervenciones múltiples no coordinadas. Pero también en condiciones excepcionales (como es el caso de una pandemia) facilitando una intervención eficiente, coordinada y eficaz, basada en un enfoque que garantice la atención digna de las personas en condiciones de exclusión y con diferentes necesidades de atención según grados de riesgo. Estratificar los perfiles de usuarios es una herramienta que facilita la estratificación de las intervenciones y responsabilidades.

Estrategia 9: Mesa de coordinación socio-sanitaria efectiva

Acción: Mesa operativa político-técnica de coordinación

Diseñar y desplegar el espacio de coordinación efectiva socio-sanitaria multinivel nivel y con capacidad de decisión.

Dispositivo: Mesa operativa de coordinación

La mesa no tiene el objetivo de generar acuerdos políticos-técnicos de super-estructura sino trabajar en el nivel operativo de la atención donde las políticas sanitarias (competencia autonómica) y las políticas de protección social (competencia foral) se encuentran con las personas usuarias y la gestión de centros y agentes del tercer sector. Estructurar la mesa con un modelo de abajo-arriba, multiagente (sanidad, departamento de políticas sociales, nivel municipal y tercer sector), y con la mayor capacidad de decisión posible.

Resultado: Mejorar la capacidad de decisión y de conocimiento mutuo socio-sanitario.

La mesa permitirá mejorar la capacidad en la toma de decisiones integrales (integradas) facilitando la generación de un lenguaje común, conocimiento mutuo, y el desarrollo de espacios compartidos de intervención entre el sistema sanitario y sistema de protección social.

Estrategia 10: Formación para el personal socio-sanitario**Acción: Plan de formación para el personal socio-sanitario**

Diseñar y desplegar un programa ágil de formación para el personal socio-sanitario con el objetivo de gestionar riesgos socio-sanitarios (integrando lo sanitario con lo psico-social) ligado a la gestión de brotes o rebrotes de enfermedades infecciosas. Durante la pandemia el personal socio-sanitario desarrolló esquemas de aprendizaje por ensayo y error, aplicación de conocimiento derivado de otras experiencias similares, y por adopción de buenas prácticas producidas en otros centros o entidades.

Dispositivo: Formalización y formación del conocimiento adquirido

Diseño e implementación de un programa de formación en gestión de crisis socio-sanitarias destinado al personal socio-sanitario y personal directivo. El programa debe capturar los aprendizajes generados durante la pandemia, codificando las buenas prácticas y diseñando herramientas ágiles de formación (online). La formación puede incluir a organizaciones sociales que en situaciones de emergencia pueden funcionar como un soporte de “reserva” (personal capacitado) para asistir al sistema cuando sea necesario en condiciones extremas.

Resultado: Mejorar la capacidad de formación en gestión de crisis socio-sanitaria del sistema

El diseño e implementación de un programa de formación en gestión de crisis socio-sanitarias, destinado a personal socio-sanitario y a profesionales ligados a entidades del tercer sector, podría mejorar las capacidades de anticipación e intervención del sistema en caso de rebrote de la pandemia o en situaciones similares.

Estrategias para el largo plazo (24-36 meses)**Estrategia 1: Tecnologías y modelos de atención**

Acción: Nuevos modelos de atención (formación de usuarios)

La crisis ha impulsado un nuevo escenario en el que se ha reducido la brecha digital y se ha legitimado el uso de las nuevas tecnologías en personas mayores. Impulsar estrategias adaptadas de formación digital para desplegar nuevos modelos de atención y apoyo remoto para personas mayores. Las tecnologías no solo facilitan la circulación de información sino también la circulación de emociones.

Dispositivo: Impulsar programas ágiles de formación digital

- Desarrollar estrategias de formación digital adaptadas a personas mayores para facilitar su acceso y uso de nuevas tecnologías
- Desarrollar estrategias de formación digital adaptadas a colectivos que, por sus condiciones de vulnerabilidad, pueden tener dificultades para acceder y utilizar nuevas tecnologías para atención y apoyo remoto.

Resultado: Incremento de las competencias tecnológicas de las personas mayores

Impulsar programas ágiles de formación digital para personas mayores y personas en situación de exclusión social de facilitar el despliegue de modelos de atención y apoyo remoto frente a un rebrote de la pandemia.

Estrategia 2: Impulso de la digitalización del tercer sector

Acción: Impulsar la digitalización del tercer sector

La emergencia sanitaria y social en condiciones de pandemia mostró potencialidades inéditas en el uso de las nuevas tecnologías y, al mismo tiempo, ha visibilizado el “retraso” tecnológico del tercer sector en términos de equipamiento, formación y acceso a redes. El impulso de la transformación digital del tercer sector, incluyendo a las organizaciones y a sus usuarios, emerge como un tema de agenda prioritaria.

Dispositivo: Programa de digitalización del tercer sector

El programa de transformación digital del tercer sector implica realizar un balance de las necesidades tecnológicas de las organizaciones y de las personas usuarias de sus servicios focalizado en formación, equipamiento, financiación y los tipos de servicios susceptibles de ser digitalizados. Por otro lado, el programa debería facilitar el acceso a un sistema de ayudas para impulsar esta transición digital.

Resultado: Mejora en la digitalización del tercer sector

El impulso hacia la digitalización del tercer sector no solo es necesario para garantizar una mejor intervención del tercer sector en condiciones de emergencia sanitaria y social, sino también facilita un nuevo impulso para estas organizaciones en condiciones “normales” de intervención.

Estrategia 3: Gestión de datos personales

Acción: Actualizar el modelo de gestión de datos personales

La protección de datos personales es un derecho que no debería vulnerarse. La aplicación de nuevas tecnologías de la comunicación en tiempos de pandemia puede vulnerar

ese derecho. Emerge como fundamental actualizar no solo la legislación sino los modelos de gestión de los datos personales cuando se utilizan tecnologías como el autodiagnóstico de salud, movilidad geográfica utilizando datos de los móviles, datos socio-sanitarios en sistemas digitales, programas de intervención basados en tecnologías, etc.).

Dispositivo: Sistemas de gestión de datos personales

Impulsar un modelo de gestión de datos personales adaptado a la situación de crisis en condiciones de pandemia y adaptado a la normativa vigente. Las instituciones públicas deben ser las garantes de la privacidad de los datos personales.

Resultado: Mejorar el sistema de protección de datos personales

En condiciones de pandemia (o similar) las instituciones públicas deben garantizar la privacidad de los datos personales cuando se despliegan nuevas tecnologías que requieren de este tipo de datos para su gestión. Se trata de adaptar la normativa (cuando haya fallos normativos) e impulsar el uso de “tecnologías” que controlan “tecnologías” a fin de garantizar los derechos previstos en materia de protección de datos.

Estrategia 4: Rediseño inteligente de los espacios arquitectónicos

Acción: Soporte para el rediseño inteligente de los espacios arquitectónicos

Diseñar y desplegar un soporte técnico para los centros residenciales, centros de día y similares que combine arquitectura, domótica y ergonomía, para el diseño de espacios físicos y arquitectónicos derivados del nuevo escenario de la pandemia.

Dispositivo: Soporte técnico para el rediseño inteligente de espacios físicos

Por las condiciones en las que se ha desarrollado la emergencia socio-sanitaria la cuestión del espacio físico ha sido compleja de gestionar. Tanto el equipamiento como el rediseño de espacios físicos para aislamiento de personas en cuarentena (por ejemplo, espacio COVID en residencias, readaptación de edificios para albergar a personas sin hogar en cuarentena) pero también la reutilización de edificios, centros y otros espacios físicos disponibles, reutilizables y reacondicionables deben ser objeto de mapeo territorial, rediseño y asistencia técnica (por parte de personas arquitectas o ligadas a diseño ergonómico) para atender a esta necesidad de rediseño inteligente.

Resultado: Facilitar la asistencia técnica para el rediseño inteligente del espacio físico.

Un mapa territorial sobre edificios y otros espacios físicos acondicionables y reutilizables para albergar personas en diferentes situaciones de vulnerabilidad. Adicionalmente, facilitar la asistencia técnica para el rediseño inteligente de espacios físicos (en residencias, por ejemplo) que permitan utilizar de manera eficaz el espacio disponible para ofrecer un servicio a las personas usuarias que respete las condiciones sanitarias de cuidado, pero también la intimidad, la dignidad y las necesidades psico-sociales en condiciones de aislamiento.

Estrategia 5: Diseño de un centro piloto con participación de personas usuarias

Acción: Diseñar una experiencia piloto de participación de personas usuarias en la toma de decisiones

Diseñar y desplegar una experiencia piloto en la cual las personas usuarias participan en la toma de decisiones socio-sanitarias para garantizar su voz en el proceso decisional. Existen escasas experiencias exitosas en materia de participación de las personas usuarias en la toma de decisiones (políticas y organizacionales). La falta de experiencia en esta materia ha tenido importancia al momento de integrar a las personas usuarias en los procesos decisionales durante la pandemia.

Dispositivo: Centro Piloto de experimentación en la toma de decisiones

Diseñar experiencias piloto en centros y/o residencias en las que las personas usuarias participan en la toma de decisiones organizacionales. La implementación de estas experiencias podría realizarse bajo un protocolo de experimentación que establezca la intensidad, tipos y modos de participación de las personas usuarias (o sus asociaciones) en la toma de decisiones organizacionales.

Resultado: Facilitar la participación de las personas usuarias en la toma de decisiones

Estos centros piloto permitirían implementar experiencias observables y transferibles sobre la participación de las personas usuarias en la toma de decisiones. A la vez, estas experiencias facilitarían el desarrollo de “capacidades de participación” (por parte de las personas usuarias) para la toma de decisiones, pero también “capacidades de integración” (por parte de las organizaciones). La crisis ha demostrado que es necesario fortalecer el papel de las personas usuarias en los modelos de gestión, dimensión que facilitaría también la transición hacia modelos de atención centrada en la persona.

Estrategia 6: Evaluar el impacto económico y organizacional de la crisis

Acción: Evaluar el impacto económico y organizacional de la crisis

Realizar una evaluación del impacto económico y organizacional de la crisis en las entidades sociales y socio-sanitarias. Esta evaluación permitirá diseñar un programa de ayudas y relanzamiento del sector.

Dispositivo: Metodología de evaluación del impacto económico y organizacional

La crisis ha movilizado enormemente al tercer sector y entidades socio-sanitarias. Es importante reconocer este esfuerzo realizado, así como el impacto económico y organizacional que ha tenido la crisis y que tendrá la post-crisis (muchas entidades ya no pueden seguir

funcionando como antes). Pero el impacto ha sido heterogéneo (la pandemia ha afectado a unos sectores más que a otros) y esta diversidad en el impacto debe ser evaluada para diseñar estrategias de relanzamiento del sector adaptadas al esfuerzo realizado por las diferentes organizaciones. Este programa de relanzamiento supone una oportunidad para fomentar la innovación organizacional y social, orientada hacia un cambio de modelo de atención y de intervención.

Resultado: Apoyar el relanzamiento e innovación del tercer sector

Evaluar el impacto de la crisis (a nivel económico y organizacional) debe ser la base para diseñar un programa de ayudas y relanzamiento de las entidades ligadas a la atención socio-sanitaria y de inclusión social. Este relanzamiento debe ser también una oportunidad para la innovación sectorial, facilitando el desarrollo de innovaciones (sociales y organizacionales) y creación de redes mejor conectadas orientadas ahora por un nuevo modelo de atención e intervención.

Estrategia 7: Evaluar la fiscalidad e impulsar medidas de garantía de ingresos

Acción: Evaluar la fiscalidad y poner en marcha medidas extraordinarias de garantía de ingresos para personas en desempleo (no cubiertas por ERES)

Las medidas de confinamiento tomadas durante el ciclo más agresivo de la pandemia han tenido no solo consecuencias económicas para las organizaciones y entidades socio-sanitarias sino también para la población más vulnerable (personas mayores solas, personas con diferentes grados de discapacidad, con diferentes niveles de exclusión social real o potencial, personas con empleo precario, entre otras). Esta nueva situación exige revisar la fiscalidad y también tomar medidas extraordinarias para garantizar un nivel de bienestar social de la población.

Dispositivo: Grupo de trabajo sobre fiscalidad y medidas extraordinarias

Crear un grupo de trabajo multidisciplinar y multinivel para colaborar en la elaboración de un plan de crisis (fiscalidad y medidas extraordinarias) para recomendar, sobre la base del análisis objetivo y la exploración de tendencias, cuáles serían los grandes desafíos y las alternativas que posee el sistema de protección social para no producir un retroceso irreversible en el modelo del bienestar guipuzcoano.

Resultado: Recomendar políticas sociales alternativas

La crisis deja una estela de posibles inequidades y profundización de los desbalances ya existentes en el modelo del bienestar actual. Revisar la fiscalidad y desarrollar un conjunto de medidas extraordinarias, ligadas a la protección de las personas más vulnerables, permitiría atender las nuevas necesidades emergentes tras la pandemia, y facilitaría restituir la capacidad del tercer sector en sus capacidades de intervención social. Las mejoras en la capacidad de

intervención social del tercer sector y entidades socio-sanitarias mejora la capacidad de intervención del conjunto del sistema de protección social.

Estrategia 8: Nuevo modelo de residencia

Acción: Diseñar nuevos modelos de residencia

Las residencias de ancianos han sido uno de los espacios de mayor impacto de la crisis de la COVID-19. Repensar el modelo de residencias emerge como una tarea necesaria para mejorar la atención a las personas mayores. La crisis ha mostrado límites en los modelos de gestión de las residencias. Pero estos límites no son universales, cada residencia tiene diferentes fortalezas y debilidades. Aun cuando se dispone de modelos innovadores de residencias (por ejemplo, la residencia de Usurbil) es preciso considerar el desarrollo de una estrategia de innovación organizacional emergente de las residencias actuales.

Dispositivo: Grupo de reflexión sobre residencias

Crear el grupo de reflexión sobre residencias (expertos, responsables de residencias y personas usuarias). El grupo tiene el objetivo de diseñar no un modelo de residencia sino modelos de residencias a partir de las residencias actuales. Así, al evaluar las residencias actuales y facilitar modelos alternativos de gestión, las residencias podrían elegir impulsar el modelo que mejor se adapta a sus condiciones. El grupo de residencias trabajaría adicionalmente en los ejes de un programa de asistencia técnica para impulsar la innovación organizacional en las residencias actuales. El modelo ACP puede funcionar como un patrón de reflexión para el diseño de esta asistencia técnica.

Resultado: Ofrecer modelos alternativos de residencias

El resultado principal del grupo de reflexión de residencias ofrecería a las residencias actuales modelos alternativos para mejorar su capacidad de innovación organizacional. Un programa de asistencia técnica puede acompañar los procesos de innovación organizacional en las residencias. Una tipología de modelos puede ser más eficaz para un modelo único.

Estrategia 9: Impulsar la capacidad de resiliencia de grupos vulnerables

Acción: Diseñar y desplegar una estrategia de resiliencia

Existen fuertes desigualdades en el acceso a los recursos. La lengua, el género, la edad, el acceso a las nuevas tecnologías, el lugar de residencia, etc. se han identificado como factores clave relacionados con la capacidad de resistencia y resiliencia en una situación de pandemia. Es importante incorporar esta mirada de manera transversal a la toma de decisiones políticas con el fin de desarrollar nuevas competencias de resiliencia.

Dispositivo: Grupo de reflexión sobre residencias

Crear el grupo de reflexión sobre residencias (expertos, responsables de residencias y personas usuarias). El grupo de trabajo tiene el objetivo de evaluar las residencias actuales y facilitar modelos alternativos de gestión. Adicionalmente, el grupo diseñará los ejes de un

programa de asistencia técnica para impulsar la innovación organizacional en las residencias actuales. El enfoque ACP puede funcionar como modelo para realizar esta reflexión sobre residencias.

Resultado: Ofrecer modelos alternativos de residencias

El resultado principal del grupo de reflexión de residencias ofrecería a las residencias actuales modelos alternativos para mejorar su capacidad de innovación organizacional. Una tipología de modelos puede ser más eficaz que un modelo único. Adicionalmente, un programa de asistencia técnica puede ser eficaz para acompañar los procesos de innovación organizacional en las residencias.

Estrategia 10: Impulsar la creación de una Agencia de Evaluación y Calidad del Sistema de Servicios Sociales

Acción: Diseñar y crear una Agencia de Evaluación y Calidad del Sistema de Servicios Sociales

La evaluación continua del sistema de servicios sociales emerge de la crisis como un tema de relevancia durante la crisis. Estimar la capacidad y calidad de la gestión de los diferentes nodos de la red y de los diferentes servicios facilitaría no solo anticipar problemas y corregir debilidades, sino también dotar de mayor transparencia y participación social en la gestión de la atención y cuidados del sistema guipuzcoano. La Agencia impulsaría a su vez la cultura de la evaluación en la red de atención facilitando la unificación y consenso colectivo sobre los baremos de evaluación, que superan los actuales ligados a la inspección.

Dispositivo: Grupo de trabajo sobre evaluación del sistema

Crear el grupo de trabajo para elaborar el primer diseño de la Agencia de Evaluación y Calidad del Sistema de Servicios Sociales. El grupo de trabajo estaría orientado a establecer las bases del sistema de evaluación (qué evaluar, cómo evaluar, cuándo evaluar y para qué evaluar). Se destaca que la evaluación no debe enfocarse a la sanción sino a la mejora y al incremento de las capacidades de gestión y conocimiento del conjunto del sistema (dimensión formativa). Se trataría de una experiencia piloto en el Territorio Histórico de Gipuzkoa con vocación de ser escalada al conjunto de Euskadi.

Resultado: Mejorar la calidad y capacidad de gestión del sistema

El resultado principal del grupo de trabajo es ofrecer un modelo consensuado de evaluación del sistema de servicios sociales, evaluación orientada hacia la mejora de calidad de los servicios, orientado por el paradigma de Atención Centrada en la Persona. La evaluación debería estar asociada a creación de un fondo para la mejora de la calidad, responsable de financiar las recomendaciones emergentes del sistema de evaluación.

5. Prioridades de políticas

Uno de los elementos centrales en la cogeneración de recomendaciones de política, se refiere a la priorización de las acciones para ser desarrolladas en el corto plazo. En esta línea, la

principal función del taller COVID-19 del Think Tank ha sido establecer prioridades para el desarrollo de políticas sociales frente a un rebrote de la crisis sociosanitaria.

Prioridad 1: Ampliar y fortalecer los servicios a domicilio.

Crear un grupo operativo de trabajo público-privado capaz de evaluar, rediseñar y ampliar la oferta de servicios a domicilio para atender las demandas especiales. Debe entenderse por domicilio aquellas situaciones de infravivienda o calle para las personas en exclusión residencial.

Es relevante que los servicios a domicilio sean soportados por el desarrollo de redes vecinales y programas comunitarios. Se considera que el contexto de la pandemia requiere de una respuesta de proximidad, una mirada local y la participación de equipos mixtos (profesionales, sociedad civil organizada, y participación de los usuarios).

Para identificar prioridades y tipos de servicios a domicilio es necesario realizar mapas de fragilidad y vulnerabilidad en domicilios y residencias. Esos mapas deben basarse en una caracterización de perfiles poblacionales, niveles de afectación y apoyos requeridos. Los mapas de vulnerabilidad tienen el propósito de evitar el diseño e implementación de planes y medidas adaptadas a las personas evitando una mirada igualatoria y no equitativa. Se considera importante que el mapa ponga el foco tanto en las personas en situación de exclusión social como en las personas mayores.

Prioridad 2: Fortalecer la coordinación sociosanitaria

Desplegar una mesa de coordinación efectiva que articule el sector sanitario y el sector de protección social. La mesa debe operar en dos niveles: nivel político y nivel social.

Prioridad 3: Impulsar planes de contingencia

Impulsar el diseño y desarrollo de planes de contingencia que permitan a las organizaciones del tercer sector y entidades socio-sanitarias hacer frente a la pandemia. Estos planes deben ir acompañados de un programa de formación en gestión de riesgo destinado a personal socio-sanitario y profesionales de las organizaciones del tercer sector. Los planes deben ser concebidos para poder equilibrar el triángulo entre salud-derechos-autodeterminación.

Prioridad 4: Impulsar nuevas tecnologías y modelos de atención

Desplegar modelos de formación digital para personas vulnerables y el impulso de nuevas tecnologías relacionadas con el sector socio-sanitario. Adicionalmente, el desarrollo de tecnologías y su uso debe ir acompañada y ser soporte de un nuevo modelo de atención. Las nuevas tecnologías pueden transformarse en una palanca de cambio muy profundo. Un elemento adicional de este desarrollo se refiere a garantizar la protección de los datos personales.

Prioridad 5: Evaluar la fiscalidad y diseñar medidas de garantía de ingresos

Evaluar la fiscalidad tiene un carácter estructural. Pero en el corto plazo es preciso avanzar en una revisión provisional de la fiscalidad para ampliar la cobertura de las personas que se encuentran fuera del acceso al sistema y de la garantía de los derechos sociales. Esta propuesta podría impulsar el cambio del modelo de atención poniendo el foco no solo en el

ámbito residencial sino también en el domicilio. Esta evaluación de la fiscalidad permitiría desarrollar medidas extraordinarias para la garantía de ingresos a fin de atenuar el impacto de las crisis en poblaciones vulnerables.

Prioridad 6: Concienciar para proteger

Impulsar una campaña de comunicación orientada a la concientización y solidaridad intergeneracional sobre la crisis de la COVID-19 que facilite la toma de conciencia sobre la pandemia y sus impactos.

Prioridad 7: Impulsar la creación de la Agencia de Evaluación y Calidad del Sistema de Servicios Sociales

Crear un grupo de trabajo para el diseño de la Agencia, su modelo de evaluación y el fondo asociado para impulsar las recomendaciones de mejora que emerjan del sistema de evaluación.

6. Lecciones aprendidas

LECCIÓN 1: Impulsar la coordinación del entorno sanitario y entorno de políticas sociales

En condiciones de pandemia (o similar) es fundamental fomentar la coordinación del entorno sanitario con el entorno de protección social. Cada subsistema tiene sus competencias específicas, pero la coordinación interinstitucional, la colaboración público-privada y la coordinación social (entidades y personas usuarias) emergen como las claves del proceso de gestión de la crisis y la estabilización del sistema post-pandemia.

Propuesta: Diseñar y desplegar un dispositivo efectivo de coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de protección social tales como una mesa operativa de coordinación, basada en un modelo de abajo-arriba, multiagente (sanidad, departamento de políticas sociales, nivel municipal y tercer sector), y con la mayor capacidad de decisión posible. El dispositivo de coordinación incluye la integración de equipos autogestionados y mesas territoriales para integrar la perspectiva local y la perspectiva de las personas usuarias en la toma de decisiones.

LECCIÓN 2: Implementar un sistema de comunicación coordinado

En condiciones de pandemia (o similar) es fundamental disponer de sistemas ágiles de comunicación, capaz de dar información confiable, veraz y coordinada. La información a tiempo y bien organizada es clave para una intervención eficaz, reduce el miedo y el pánico, ofrece seguridad y tranquilidad en situaciones extremas.

Propuesta. Diseñar protocolos de comunicación institucional en condiciones de pandemia (o similar) para homogeneizar la información y ofrecer comunicación veraz y oportuna sobre una situación extrema. Elaborar los mensajes clave para la ciudadanía, con foco en las personas vulnerables y su entorno de cuidado. Incluir en el protocolo los procesos, los

interlocutores y la estructura de gestión de la información integrando a los medios de comunicación, responsables institucionales, organizaciones del tercer sector y sanitarias, y personas con influencia en las redes sociales en una única entidad comunicativa.

LECCIÓN 3: Garantizar los derechos digitales

En condiciones de pandemia (o similar) es fundamental garantizar el difícil equilibrio entre la seguridad sanitaria de la población y la protección de los datos personales cuando se desarrollan o impulsan nuevas tecnologías que requieren de dichos datos para su gestión (tales como tecnologías móviles de rastreo, autodiagnóstico epidemiológico, etc.). La crisis ha mostrado que en nombre de tecnologías eficaces de prevención y seguimiento se puede, potencialmente, vulnerar derechos ciudadanos y derechos a la protección de datos personales.

Propuesta. Potenciar el papel de la agencia de protección de datos y desarrollar nuevos dispositivos para la protección de datos personales. Impulsar vías complementarias como son el desarrollo de protocolos tecnológicos (tecnologías que controlan tecnologías) y la adaptación de la normativa para garantizar derechos digitales en condiciones de pandemia o similar.

LECCIÓN 4: Reactualizar códigos de ética en la intervención socio-sanitaria

En condiciones de pandemia (o similar) es fundamental garantizar la eficacia de la intervención socio-sanitaria pero sin descuidar las dimensiones éticas de estos procesos de intervención en particular en las poblaciones vulnerables. Se trata de garantizar los derechos de la ciudadanía al acceso a la protección social pero también a la autodeterminación (evitar situaciones de infantilización, límites a la autodeterminación, etc.). La tensión entre la protección social y la autodeterminación no debería limitar derechos, en particular, en el caso de personas vulnerables o fragilizadas por la pandemia.

Propuesta. Impulsar un Comité de Ética Mixto (personas expertas y personas usuarias) y diseñar protocolos de ética para las intervenciones socio-sanitarias en condiciones de pandemia. Si bien existen protocolos de ética para intervenciones socio-sanitarias en condiciones de “normalidad” es relevante actualizarlos a la luz de la pandemia. Un comité de ética mixto integrado por personas expertas y personas usuarias podría arrojar luz sobre cómo intervenir integrando las dimensiones éticas y garantizando la atención socio-sanitaria en condiciones de pandemia.

LECCIÓN 5: Impulsar un nuevo modelo de atención y servicios sociales

La pandemia ha mostrado la necesidad de rediseñar el modelo de atención socio-sanitaria y su relación con los servicios sociales. Los modelos de atención centrados en la gestión de casos y las personas, el fomento de la innovación en los servicios a domicilio, la innovación en las residencias, y la innovación de servicios públicos podrían integrar una estrategia global de innovación institucional y social.

Propuesta. Impulsar una estrategia convergente de innovación institucional, social y organizacional hacia un nuevo modelo de atención basado en la innovación de derechos, apoyos y planificación centrada en la persona. El nuevo modelo promovería la atención centrada en la persona fomentando la calidad de vida gracias al desarrollo de estrategias de desinstitucionalización y atención domiciliaria/comunitaria.

LECCIÓN 6: Fomentar la innovación organizacional en las residencias

La pandemia ha afectado en particular a las residencias de ancianos. La crisis ha impulsado la necesidad de repensar los modelos de atención, los modelos organizacionales y los modelos de intervención socio-sanitaria en las residencias.

Propuesta. Impulsar un Grupo de Reflexión sobre Residencias, integrado por expertos, responsables de residencias y personas usuarias que, basado en una evaluación empírica de las mismas, proponga modelos de innovación organizacional capaces de ser adaptados por las residencias para impulsar un cambio de modelo.

LECCIÓN 7: Redefinir e impulsar el voluntariado y redes vecinales

En condiciones de pandemia (o similar) se ha demostrado la potencia y la eficacia del voluntariado. Es relevante estabilizar y redefinir el papel del voluntariado en lo comunitario y su papel clave para el futuro de los sistemas de protección social más personalizados, cercanos, preventivos y ambulatorios.

Propuesta: Actualizar e impulsar una nueva política ligada al voluntariado a nivel territorial. Definir / potenciar un nuevo instrumento público (similar a Gizalde), basado en la gobernanza social, y soportado con más recursos y mejores herramientas de intervención y formación. Se trata de potenciar, reconocer y legitimar el voluntariado en Gipuzkoa. El desarrollo de redes vecinales (como auzo-lan, radar, erlauntza) ya pilotadas pueden servir de modelo para desarrollar el apoyo vecinal.

LECCIÓN 8: Implementar un sistema de evaluación de las políticas sociales

La pandemia ha demostrado la importancia vital de disponer de un sistema de evaluación colaborativa que permita anticipar, realizar seguimiento y explorar el impacto de la pandemia en el sistema de protección social guipuzcoano. El sistema de evaluación colaborativa implica la integración de entidades sanitarias, entidades del tercer sector, departamentos de la DFG, y personas usuarias dentro del sistema de evaluación.

Propuesta: Diseñar un sistema de evaluación/monitorización de políticas y servicios sociales ligados a los procesos de inclusión/exclusión, fragilidad/vulnerabilidad, impacto/prospectiva, y epidemiología relacionado con el sistema de protección social guipuzcoano. El sistema permitirá identificar vulnerabilidades por zonas geográficas, perfiles socio-sanitarios, perfiles de riesgo y otros criterios utilizando nuevas tecnologías para el

desarrollo del modelo de evaluación. Impulsar el papel de ADINBERRI en el liderazgo de una red de evaluación colaborativa con enfoque sistémico.



c. Plantilla de resultados de la dinámica

THINK TANK

TALLER: AGENDA DE DELIBERACIÓN

(24 de septiembre 2020)

¿Es posible aplicar el modelo ACP al conjunto de las políticas sociales (diferentes áreas de actuación)?

EJES DE LA AGENDA DE DELIBERACIÓN DEL THINK TANK

(Octubre 2020 – Mayo 2021)

EJE 1 (tema de debate):

EJE 2 (tema de debate):



EJE 3 (tema de debate):

d. Presentación de Maite

El giro experimental de las Políticas Sociales

ETORKIZUNA
ERAIKIZ
think tank

Tercera Reunión
Septiembre 2020

Contenido

1

BALANCE COVID-19

Presentación resultados Informe Nº 1

2

METODOLOGÍA THINK TANK

Metodología de trabajo: hacia una agenda experimental

3

GIRO EXPERIMENTAL DE LAS POLÍTICAS

Modelos de atención: Experiencias , escenarios y taller de futuro

2

1. BALANCE COVID-19

Informe N°1:
Recomendaciones
para afrontar la
COVID-19

Las Políticas Sociales en tiempos de la COVID-19

Integración de recomendaciones

1. INFORME THINK TANK: El informe N°1 recoge las contribuciones realizadas por el Think Tank para atender a la nueva situación derivada de la pandemia COVID-19 (el documento figura en las carpetas)

2. INFORME DE IMPACTO: Las políticas Sociales en tiempos del COVID-19 en el Territorio Histórico de Gipuzkoa

COVID-19: Discusión permanente en el Think Tank

En todas las sesiones del Think Tank se irá reflexionando sobre la implementación de las recomendaciones para afrontar la crisis de la COVID-19

2. Metodología Think Tank

Metodología de
trabajo: hacia una
agenda experimental



3. GIRO EXPERIMENTAL

Modelos de atención y
cuidados: experiencias
y futuros

El Giro Experimental de las Políticas Sociales: 3 elementos

1. El impulso del **modelo de Atención Centrada en la Persona** como garantía de inclusión de las personas usuarias en el cuidado.
2. El impulso de **ecosistemas localizados de cuidados** que conectan servicios de salud, servicios sociales, servicios comunitarios a través de nuevos itinerarios locales de atención y cuidados.
3. En base a los ejes anteriores, impulso del **paradigma de la experimentación social** como fuente y base para el desarrollo de **políticas basadas en la evidencia**, que conecta la innovación social, la innovación tecnológica y la innovación institucional.

Conectando el Think Tank con las políticas sociales

- En las sesiones anteriores se destacó que era prioritario rediscutir, en primer lugar, el modelo de atención y cuidados como fundamento de un nuevo enfoque de políticas sociales
- Se ha invitado a personas expertas con el fin de discutir enfoques y experiencias que faciliten la reflexión hacia un nuevo modelo de atención
- En la sesión de hoy, el think tank va a deliberar y tratar de establecer una agenda de políticas sociales para el futuro
- El Departamento de Políticas Sociales y la Diputación, basándose en estas deliberaciones, va a proponer una agenda de trabajo hasta mayo de 2021.

9

EXPERIENCIAS

ETXEAN BIZI

ÁLVARO GARCÍA

Impulso de la atención y cuidados en domicilio, desarrollando el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP)

OK EN CASA

IÑIGO KORTABITARTE

Apoyo a las familias que cuidan a personas mayores con algún grado de dependencia

10

REFLEXIONES SOBRE EL FUTURO

FUTUROS DE LOS CUIDADOS

MAITE SANCHO

Futuro de los cuidados de
larga duración:
presentación sobre nuevos
temas de la agenda de
cuidados

11

TALLER: LA AGENDA DE EXPERIMENTACIÓN

MODELOS DE ATENCIÓN Y CUIDADOS

Definición de una agenda de deliberación para
futuras sesiones del Think Tank

12



ESKERRIK ASKO

e. Presentación de Mayte Sancho

El futuro de los cuidados de larga duración.

Gipuzkoa Think Tank
Futuros del Sistema de Bienestar.

Mayte Sancho

ETORKIZUNA
ERAIKIZ
think tank

De dónde partimos.

- Las preferencias de las personas.
- La idiosincrasia en los cuidados y apoyos: modelos familistas en evolución.
- La heterogeneidad de los grupos de población.
- Un sistema de servicios sociales consolidado.
 - Modelos pasados para necesidades actuales.
 - Pervivencia de recursos institucionales clásicos.
 - Experimentación en crecimiento.
 - Innovación dispersa.
 - Creciente desarrollo tecnológico.
- Coordinación escasa: sanitaria, comunitaria....
- Financiación insuficiente. Necesaria reforma de la LAPAD.

Aspectos estratégicos

- Modelo de Gobernanza colaborativo, transversal.
 - Iniciativas de ciudadanía activa.
 - Revisión competencial. Municipio como centro de gestión y provisión de cuidados.
 - Entorno comunitario como espacio natural de provisión y coordinación de cuidados.
- Prevención multidimensional: servicios de orientación y consejo que garanticen una información fiable para la toma de decisiones.
- Promoción de la innovación social y tecnológica.
- Promoción de empleo que garantice la dignificación de los cuidados.
- Modelos de organización, formación y acompañamiento eficaces

Componentes de un modelo local de cuidados y apoyos

- Colaboración entre los servicios sociales, sanitarios y comunitarios.
 - Lecciones aprendidas de COVID 19.
- ACP como modelo. Cambio cultural en construcción permanente.
 - Exige armonizar las organizaciones y la gestión de los servicios con las preferencias y los derechos de las personas.
 - Que personas? : familia, usuarios, profesionales.
- Gestión de los casos: metodología, no profesión.
 - Coordina recursos, servicios y apoyos de todo tipo de iniciativas que responden a las necesidades de las personas.
- Tecnologías y productos de apoyo.
- La vivienda como concepto y espacio de vida en cualquiera de sus formulas.

El futuro de los cuidados y apoyos de larga duración.

MODELO ECOSISTEMICO DE CARÁCTER COMUNITARIO.

- Coordinado e integrado en un espacio territorial determinado.
- Colaboración estrecha con atención primaria de salud y hospitalaria.
 - Sistemas de información compartidos.
- Equilibrio y prioridad a la atención domiciliaria. 90% de > de 80 años quieren casa
- Si no es en casa...como en casa:
 - Modelo vivienda integrado en el barrio/ pueblo con servicios domiciliarios y comunitarios.
 - Unidad de convivencia con servicios integrados: remodelación de las actuales residencias.
- Mayor financiación y garantía de control público a cualquier tipo de gestión.
- De la segmentación en la oferta a la transversalización de los ecosistemas que integran:
 - Sectores profesionales públicos y privados, iniciativa comunitaria, acción voluntaria, entornos, urbanismo, amigabilidad, orientación y consejo...

Aplicaciones prácticas. Hacia un modelo basado en la transparencia y la confianza.

- Modelo de transparencia accesible a la ciudadanía.
- Remodelación de las actuales residencias.
 - Aspectos: ambientales, organizativos y de intervención:
 - La vida cotidiana normalizada a través de la actividad significativa.
 - Organización flexible, basada en relaciones de confianza. Horizontalidad.
 - Diversificación de responsabilidades y financiación.
- Reformulación del modelo de atención domiciliaria.
 - Desarrollo del perfil de gestión de los casos.
 - Coordinación de TODOS los recursos disponibles.
 - Desarrollo de la asistencia personal:
 - Paradigma para la vida independiente.
 - Aplicación para personas con gran dependencia.
- Integración de los centros de día y estancias temporales desde la perspectiva de la continuidad de los cuidados.
- Apoyo y cuidado a los proveedores de cuidados:
 - Familias, amigos y acción voluntaria. Profesionales.
- Formación, acompañamiento y reconocimiento continuo.

Eskerrik asko.

mtsanchocas@gmail.com

Mayte Sancho