

THINK TANK

ESPACIO DE DELIBERACIÓN SOBRE LOS FUTUROS DEL NUEVO ESTADO DEL BIENESTAR

DOCUMENTO Nº 5

Resultados del taller

¿Qué se entiende por personalización en el modelo ACP?

(taller realizado el día 26 de noviembre 2020)

1. ¿Qué se entiende por personalización?

1.1. Personalización entendida como una **oferta de servicios** que atienda a las **preferencias** de las personas

En esta perspectiva el peso dinámico de la *personalización* está puesto en la **preferencia** de las personas sobre qué tipos y calidad de servicios desean recibir (salud, acompañamiento, apoyo). Se trata de desarrollar una amplia y diversa cartera de servicios que ofrezca diferentes **opciones** y diversos modos de **acceso** a los servicios por parte de las personas usuarias. En esta perspectiva se destaca la autonomía y libertad de las personas para elegir qué servicios desean y cómo acceder a ellos. Las consecuencias directas sugeridas por esta perspectiva es que las personas que pueden elegir cómo y dónde vivir según qué proyecto vital, ganan en autodeterminación y favorece su autoestima y su salud mental y física.

1.2. Personalización entendida como la **adaptación** de la atención a las **necesidades** de las personas

En esta perspectiva el peso dinámico de la *personalización* está puesto en las **necesidades** de las personas y la capacidad de **adaptación** de los servicios (salud, acompañamiento y apoyo). Se trata de desarrollar servicios **flexibles y adaptativos**, pero no necesariamente diversos y múltiples. En esta perspectiva las necesidades son negociadas entre las personas usuarias (y sus grupos de apoyo) con las personas profesionales que dan soporte a los servicios. En esta visión se destaca más la flexibilidad y capacidad adaptativa de los servicios antes que la autonomía y libertad de las personas usuarias. Para ello los servicios deben estructurarse en base a ciertos criterios tales como impulsar el proyecto de vida, adaptar los espacios a entornos amigables (ambientes significativos), facilitar en la medida de lo posible la continuidad del estilo de vida de las personas usuarias, trato respetuoso y respeto a la identidad personal. La gestión de casos podría ser un modelo de gestión adaptado a esta perspectiva de la personalización de los servicios.

1.3. Personalización entendida como **adecuar** la atención a las **historias de vida** (clínicas y sociales)

En esta perspectiva el peso dinámico de la *personalización* está puesto en la adecuación de los servicios (salud, acompañamiento y apoyo) a las **trayectorias** de las personas usuarias. De esta manera, personalizar significa adecuar los servicios a las **historias de vida** (clínica y social) de las personas usuarias. Esto supone desarrollar **servicios inteligentes** donde la tecnología tiene un peso importante en la gestión de los servicios, que no significa, necesariamente, mayor diversificación de la oferta de servicios. Es una perspectiva que pone el acento más en las

tecnologías y la eficiencia de la atención. Esto supone desarrollar servicios inteligentes e impulsar el desarrollo, integración y acceso a las historias de vida de las personas usuarias. Personar la atención a partir de la historia de vida supone que la atención y el cuidado son procesos longitudinales que no solo comprenden las trayectorias de las personas (pasado) sino que despliegan la atención y cuidados a lo largo del tiempo (futuro).

1.4. Personalización entendida como la **integración** del contexto (familiar, social) para **diseñar** Planes Individuales de Atención

En esta perspectiva el peso dinámico de la *personalización* está puesto en la **integración** del contexto familiar y social al espacio de la atención y cuidado. La personalización no se entiende como una dimensión individual (la persona usuaria) sino micro-social (familiar-comunitaria). Entendida de esta manera, los **Planes Individuales de Atención** son micro-sociales y no personales, atienden en el cuidado tanto a la persona usuaria final como a su contexto social inmediato (grupo de apoyo). La persona usuaria es considerada como un sujeto relacional y relacionado y la personalización como un proceso colectivo. Esto supone el desarrollo de **servicios contextualizados** al entorno del cuidado y no solamente focalizados en las personas usuarias finales y sus necesidades. La contextualización de los servicios aboga por una mayor integración y trabajo en red entre los servicios al contrario de la segmentación actual.

1.5. Personalización entendida como un **instrumento normativo** para **diseñar** Planes Individuales de Atención

En esta perspectiva el peso dinámico de la *personalización* está puesto en el desarrollo de **instrumentos jurídicos** y de **gestión** de los servicios (salud, acompañamiento y apoyo) con el fin de diseñar **Planes Individuales de Atención** focalizados en las necesidades de las personas usuarias para ofrecerles una mejor calidad de vida. Se trata de una perspectiva basada en el **derecho** de las personas a una atención digna según sus diferentes niveles de vulnerabilidad y capacidades. La personalización queda relacionada a la dignidad de las personas y ésta consolidada en un marco jurídico que orienta la gestión de los servicios. Del lado de la gestión, cada persona usuaria necesita de Planes Individuales de Atención adaptados a sus necesidades de cuidado. Así, en esta perspectiva **jurídica de la personalización** se exige el desarrollo, actualización y modernización de la **normativa**, así como el desarrollo de los **instrumentos** que hacen de esta normativa un proceso operativo y funcional.

2. ¿Qué recursos son necesarios para personalizar la atención?

2.1. Innovación institucional: nuevo marco de políticas sociales

La personalización exige impulsar la generación de un nuevo marco de políticas sociales que contemplen, entre otras dimensiones, las siguientes: a) Innovar en la cartera de servicios que permita fomentar modelos más flexibles de atención y cuidados, orientados por el ACP y conducentes hacia la personalización de los servicios, b) Revisar la estructura presupuestaria de la administración con el fin de invertir y financiar de otra manera. En infraestructuras para la adaptación de espacios físicos al nuevo modelo de atención, y en innovación social para fomentar el cambio del modelo y la generación de ecosistemas de cuidados; c) Abordar el cambio del modelo normativo (decretos reguladores, etc.) para facilitar la transición hacia un nuevo modelo orientado por el ACP y la personalización de servicios, d) Impulsar un cambio cultural a nivel institucional (interno a la administración pública) sobre todo en lo que a la planificación y evaluación de los servicios que deberían realizarse en función del modelo ACP y la personalización, e) Impulsar la digitalización de las organizaciones y de los sistemas de gestión de servicios con el objetivo de dar soporte a la gestión de la personalización y desarrollar redes de transferencia (buenas prácticas locales). Todos estos elementos exigen un compromiso político e institucional por fomentar una transición hacia un nuevo modelo de atención y cuidados.

2.2. Innovación organizacional: Gestión de la personalización

Los modelos de gestión para el desarrollo de “estrategias de personalización” son un recurso clave para el impulso del modelo ACP y la personalización de la atención y cuidados en las organizaciones. En primer lugar, estos modelos de gestión deben estar integrados por equipos multidisciplinares que permitan comprender todas las dimensiones de la atención y cuidado de una persona. En segundo lugar, la gestión de la personalización es más eficiente si está basada en tecnologías digitales que facilitan las tareas de planificación, recopilación de información, análisis de trayectorias, y registro de aprendizajes subjetivos. En tercer lugar, la gestión de la personalización implica también gestionar tres tiempos. El tiempo de atención (tiempo de apoyo directo a las personas cuidadas), el tiempo de evaluación (tiempo de valoración con el círculo de apoyo) y el tiempo de aprendizaje (tiempo de contraste de la marcha del Plan Individual de Atención con el equipo interdisciplinario). En cuarto lugar, la gestión de la personalización exige redefinir los ratios de personal/personas cuidadas. Los ratios de personal tienen que estar asociados a los tiempos de cuidados (los tres tiempos) y a los perfiles de las personas usuarias (qué tipo de atención necesitan). En quinto lugar, la gestión de la personalización es eficaz si conecta a las personas usuarias con la comunidad local o entorno inmediato gracias al desarrollo de actividades significativas y valorizantes de carácter social.

2.3. Infraestructuras físicas: nuevos espacios físicos y urbanos

La personalización exige reconfigurar los espacios físicos, organizando espacios amigables, reducidos, gestionables, habitables. Esta nueva concepción del espacio arquitectónico forma una red que va desde los domicilios particulares, pasando por los centros residenciales hasta los espacios urbanos. Se trata de concebir el espacio y sus arquitecturas como soportes para un ecosistema de cuidados. Así, fomentar y ayudar a la adecuación arquitectónica y ergonómica de los hogares para facilitar “vivir en casa” con apoyos en el domicilio. Invertir en los centros residenciales para adaptarlos al modelo personalizado de atención, con unidades de vivienda, centros más pequeños, y espacios apropiables. Por último, contribuir a un desarrollo urbano de ciudades amigables, espacios de encuentro y socialización seguros, en el marco de una estrategia de desarrollo urbano sostenible.

2.4. Tecnologías: tecnologías inteligentes basada en derechos

La personalización basada en modelos ecosistémicos de articulación y gestión necesitan de soporte dinámicos e inteligentes que las tecnologías pueden proveer. Sin embargo, se llama la atención sobre la desconfianza que generan las tecnologías en el uso de los datos personales. Las tecnologías tendrán mayor capacidad de integración a los ecosistemas y modelos de gestión cuando existan garantías legales y operativas sobre la gobernanza de los datos (control institucional, legal y social de los mismos).

2.5. Capacitación y formación: desarrollo de nuevas competencias

La formación de nuevas competencias resulta clave para impulsar cambios organizacionales e institucionales para desarrollar nuevos modelos de gestión de la atención y el cuidado. La personalización de servicios exige nuevas competencias en diversos ámbitos tales como ética, derechos humanos, comunicación y empatía, gestión de casos, acompañamiento inclusivo, diseño participativo de Planes Individuales de Atención, gestión de tecnologías digitales, planificación estratégica, gestión comunitaria y evaluación de la calidad de vida. Es recurrente insistir en la necesidad de producir cambio relevante en el “modo de hacer” lo que implica un cambio cultural y un cambio en la formación de las personas profesionales y los gestores de políticas, pero también de las personas usuarias y su entorno de apoyo.

2.6. Financiación de la transición: análisis comparativo de costes reales entre el modelo asistencial y el modelo ACP.

Existe un desconocimiento empírico sobre cuánto cuesta el nuevo modelo de atención y cuidados basado en la personalización. Se sugiere como urgente realizar una estimación comparativa de costes reales entre ambos modelos. Es relevante también estimar el coste de la “transición” de un modelo a otro, que en el corto plazo puede representar un mayor esfuerzo económico, pero en el largo plazo un coste mucho menor que el del modelo actual. En temas de financiación es relevante impulsar modelos más eficientes de gasto, controles inteligentes y racionalización de recursos.

3. ¿Qué impacto tiene la personalización en la atención?

3.1. Impacto en la calidad de vida y bienestar de las personas

La personalización de la atención y los cuidados mejora la calidad de vida de las personas. En primer lugar, tiene impactos positivos en las personas usuarias finales puesto que la personalización es dinámica y se ajusta a las necesidades de las personas usuarias según éstas van evolucionando. La atención se adapta a sus necesidades y preferencias. En segundo lugar, tiene impactos positivos en el entorno social de cuidado (familia, amistades, etc.). Puesto que reduce las demandas de cuidado y las organiza. Mientras mayor calidad de vida tiene la persona cuidada mayor calidad de vida tienen las personas cuidadoras. En tercer lugar, y ligado al segundo punto, la personalización tiene impacto positivo en las personas profesionales que atienden y cuidan, puesto que el bienestar de las personas cuidadas y su entorno social ofrece satisfacción profesional, lo que conecta mejor con la misión de las personas profesionales puesto que su labor tiene sentido y aporta valor social.

3.2. Impacto organizacional

La personalización de la atención y los cuidados tiene impactos en los modelos organizacionales y de gestión de las organizaciones e instituciones. Así, la personalización orienta el espacio socio-sanitario hacia una atención multidisciplinaria, basada en nuevos y adaptados itinerarios, y estructurada en Planes Individuales de Atención adecuados a las necesidades y preferencias de las personas usuarias. Por otro lado, la personalización

3.3. Impacto tecnológico

Las nuevas tecnologías son un excelente soporte para desarrollar y materializar la personalización en la atención y cuidados. Así mismo, las tecnologías como la Inteligencia Artificial, Big Data, Machine Learning, Internet de las Cosas, etc. son plataformas técnicas que facilitan la generación de ecosistemas. Sin embargo, la desconfianza social y organizacional sobre el uso de los datos personales y la utilización de estas tecnologías para otros fines y objetivos no explicitados constituye un freno para la adopción de estas tecnologías. Esta desconfianza debe superarse creando garantías no solo jurídicas sino operativas sobre el buen uso de la información y las tecnologías aplicadas a la atención y cuidados.

3.4. Impacto económico

La personalización de la atención y el cuidado es costosa (nuevas infraestructuras, nuevas tecnologías, nuevos modelos de gestión, nuevos sistemas de formación, etc.) pero se estima más eficiente. Hay una dimensión relevante de los modelos orientados hacia la personalización como es su carácter preventivo y de intervención temprana que tiene no solo impacto en el bienestar de las personas que necesitan cuidados sino también en términos de costes futuros.

Transitar hacia modelos focalizados en la personalización puede tener altos costes iniciales, pero reducción de costes en el largo plazo y un modo de gasto más eficiente.

3.5. Impacto en los servicios de atención y cuidados

El impulso de modelos orientados hacia la personalización tendría un gran impacto en el conjunto de la cartera de servicios de atención primaria: servicio de valoración, diagnóstico y orientación, servicio de ayuda domiciliaria, servicio de intervención socioeducativa y psico social, servicio de apoyo a personas cuidadoras, servicio de promoción de la participación e inclusión social, servicios de atención diurna y nocturna y servicios de alojamiento entre otros.

3.6. Impacto legal-normativo

Necesariamente la transición hacia un modelo orientado por la personalización exige cambios en la norma, instrumentos de regulación e inspección de los servicios de atención y cuidados. Las normas suelen ir con retraso en relación con las prácticas reales de atención y cuidado. La modificación y actualización de la norma puede ser lento y laborioso, por lo que se insta a avanzar en la transición por la “base”. Al cambiar el estado de cosas empírico el cambio de la norma es mucho más abordable.

4. ¿Qué acciones pueden implementarse para impulsar la personalización de los servicios?

4.1. Deliberación y consenso sobre el marco conceptual del Modelo ACP y de personalización a utilizar en la transición hacia un nuevo modelo guipuzcoano de atención y cuidados.

Existe una amplia opinión que el modelo ACP es heterogéneo y que orienta diversos tipos de prácticas y procesos en la atención y cuidados. Así, uno de los primeros pasos a dar es el desarrollo de una definición conjunta de la ACP basada en alguna de las definiciones ya existentes internacionalmente y explorar su adaptabilidad y utilidad para el entorno de cuidados en Gipuzkoa.

En esta línea se podrían proponer algunas acciones concretas:

A. Constituir un “Grupo de Trabajo ACP” para realizar una valoración conceptual sobre el modelo ACP y las estrategias de personalización. No tanto para validar teorías y conceptos, sino para ofrecer un modelo único que podría ser asumido por los agentes territoriales ligados a la atención y cuidados en el territorio de Gipuzkoa (conceptualización orientada a la acción). Este modelo debe ser evaluable y homologable, ofreciendo un modelo de indicadores y una estrategia de seguimiento (evaluar outputs puede ser preferible que evaluar solo inputs). Si estos indicadores forman parte de estándares contrastados internacionalmente sería mucho mejor.

B. Mapear las buenas prácticas y las experiencias ya existentes en el Territorio sobre implantación del modelo ACP y evaluar su grado de éxito, dificultades e innovaciones generadas (por ejemplo, proyectos como Etxean Bizi, Unidades de Convivencia, Ecosistemas de Cuidados, etc.). Contrastar estas experiencias con el modelo conceptual elaborado con el fin de mejorar la operativización del modelo gracias a la evidencia empírica y adaptación territorial (aprendizaje de la experimentación). Este mapeo facilitaría también la comprensión de cómo aplicar el modelo a diferentes ámbitos de las políticas sociales (exclusión social, dependencia, infancia, etc.) (capacidad de adaptación/adopción del modelo).

C. Establecer la metodología de generación de consensos y acuerdos sobre el modelo ACP y las estrategias de personalización. El acuerdo debe facilitar la transición hacia el modelo ACP, aun cuando muchas dimensiones del modelo puedan no ser asumidas en el presente se hace

necesario validar una agenda de integración de estas dimensiones para el futuro (agenda de transición para el largo plazo).

D. Definir una agenda de trabajo para encarar la tarea de conceptualización y operativización del modelo ACP en el corto plazo. El Think Tank puede asumir una parte de esta tarea y ADINBERRI puede ser un impulsor del proceso (agenda operativa para el corto plazo).