



ETORKIZUNA
ERAIKIZ

think tank

**NUEVOS FUTUROS DEL ESTADO DEL
BIENESTAR
MEMORIA DE LA REUNIÓN N°5**

14/12/2020

Contenido

1.	Programa	3
2.	Personas participantes.	3
3.	Introducción y presentación del taller	4
4.	Presentación “Como en casa...en ningún sitio”	5
5.	Dinámica de reflexión y debate.....	11
6.	Valoración y cierre	18
7.	Anexos	19
a.	Documento de Trabajo nº 5	19
b.	Documento enviado por Teresa Martinez (devolución de resultados) 25	
c.	Presentación utilizada por la Diputada de Políticas Sociales	29
d.	Presentación utilizada por Alfonso Lara	32

1. Programa

Tema	Presenta/dinamiza
Introducción y presentación del taller	Maite Peña
Presentación "Como en casa...En ningún sitio"	Alfonso Lara
Dinámica de reflexión y debate	Javier Castro
Valoración y cierre	Maite Peña

2. Personas participantes.

- Maite Peña
- Patxi Leturia
- Joseba Zalakain
- Rakel San Sebastián
- Xanti Moriones
- Julián Florez
- Ander Arzelus
- Belén Larrión
- Koldo Aulestia
- Mikel Malkorra
- Sebas Zurutuza
- Gari Agote
- Iñigo Kortabitarte
- Adriana Sanz
- Andoni Zulaika
- María Muñoz
- Javier Castro
- Miren Larrea
- Ainhoa Arrona

3. Introducción y presentación del taller

La Diputada de Políticas Sociales da la bienvenida a la sesión agradeciendo a todos su participación.

Recuerda que en la sesión anterior se acordó cambiar la dinámica para continuar en esta sesión el debate iniciado en torno a la atención centrada en la persona. Es por ello por lo que se deja de lado el espacio para tratar el tema del Covid-19 y se centra la sesión de hoy en el tema acordado.

A continuación, recuerda que se han recogido en el [documento nº5](#) los consensos alcanzados en la última reunión, de los que destaca tres:

- (1) “Definir un marco conceptual común del modelo ACP para todas las áreas de las políticas sociales. Este modelo debe incluir un sistema de indicadores validados a nivel internacional”
- (2) “Mapear las buenas prácticas y experiencias existentes en Gipuzkoa y evaluar su grado de éxito, dificultad e innovaciones basadas en el Modelo ACP”.
- (3) “Definir una metodología de trabajo para consensuar el modelo conceptual basado en la evidencia territorial e internacional (modelo guipuzcoano)”.



Asimismo, indica que en la sesión de hoy se cambiará la dinámica del debate, siguiendo las sugerencias recibidas en el formulario de evaluación de la sesión pasada. “En las hojas de evaluación nos habéis sugerido de manera bastante destacada que el experto que forma parte del debate y que centra el tema pueda estar también en el debate y al final, para dar feedback en modo de conclusiones”. Así, informa de que el experto

participará en la discusión y grupos de debate, y trasladará su opinión sobre estas reflexiones al final.

Antes de introducir al ponente, la Diputada informa de que el Dinamizador explicará más adelante las aportaciones de la ponente de la reunión pasada, Teresa Martínez, al documento que se está trabajando en el grupo.

Por último, presenta la agenda de deliberación de la sesión, “Del centro al domicilio: cómo desinstitucionalizar los centros y cómo prestar apoyos suficientes en los domicilios”, y presenta al ponente, Alfonso Lara.

Agradece especialmente la participación de Alfonso, de quien destaca que es Director Ejecutivo de la ESN (European Social Network) y supervisa la gestión estratégica de la red europea y dirige el programa de políticas (co-financiado por la Comisión Europea). Además, indica que tiene más de 12 años de experiencia en políticas públicas y es autor y co-autor de libros y publicaciones académicas en revistas especializadas. Por última, subraya su especial relación con Gipuzkoa: “Siempre ha tenido especial sensibilidad con el trabajo que realizamos en Gipuzkoa, y en el trabajo que habíamos iniciado de dar a conocer cómo hacemos las cosas en Gipuzkoa, lo hemos tenido siempre como aliado”.

Agradeciendo nuevamente su participación, la Diputada da la palabra a Alfonso Lara.

4. Presentación “Como en casa...en ningún sitio”

Alfonso Lara toma la palabra y agradece la invitación, agradeciendo asimismo “esta iniciativa de construir futuro (...), y este Think Tank, por tener las políticas de cuidado muy presentes”.

Comienza su intervención indicando que “ahora en España se habla mucho del término cuidados” y se hace eco de algunas preguntas y reflexiones relacionados a los cuidados lanzadas en un Congreso de asociaciones de directores de servicios sociales de España que se ha celebrado el mismo día, y al que él ha asistido: “Hablaban de cuidados, y de cómo debían ser parte integrante del estado de bienestar. Aunque, ¿qué es cuidado? ¿Es parte de lo social? ¿Es parte de la salud? ¿Deben formar parte de una disciplina por sí solos, o ser parte de lo que tiene que ver con servicios sociales?”. Con esas preguntas, y apuntando que hay mucho que debatir, agradece nuevamente la invitación, destacando

que es un placer colaborar con la Diputación de Gipuzkoa, que también es miembro de ESN. Comienza así su presentación.

Introducción y la Red ESN

Alfonso aclara el porqué del título de su presentación “Como en casa...en ningún sitio”. Explica que algo como “del centro al domicilio” le parecía demasiado técnico, y que quería plasmar la idea de “vamos a pensar cómo queremos vivir y que nos cuiden y cuidar a los demás”, y de ahí el título que ha escogido. “Es algo similar a lo que decía la protagonista del Mago de Oz, *no place like home*”, agrega.

Alfonso informa de que es director de la ESN, de la que la Diputación y otras instituciones de la CAPV como el Gobierno Vasco o el SIIS, son miembros. Ofrece más información sobre la Red:

- Es una Red europea independiente de servicios sociales públicos.
- “Formado sobre todo por gobiernos autonómico y locales, pero también asociaciones de servicios sociales, centros de investigación aplicada como SIIS, o agencias que se encargan de monitorizar la calidad de los servicios sociales”.
- “Trabajamos a través de grupos de trabajo, congresos, organizamos premios europeos...” e informa de que en la última edición la iniciativa OK en casa, de Gipuzkoa, llegó a la parte final.
- “Promovemos la inversión en servicios sociales y el reconocimiento de los servicios como una red, como inversión social, y como una inversión para avanzar en la economía local”.
- “Abarcamos todos los grupos poblacionales”. Sobre esto, Alfonso puntualiza que el envejecimiento es algo que nos afecta a todos desde que nacemos, y la institucionalización es un tema que afecta a todos los grupos de población (niños, jóvenes, personas con problemas de salud mental, discapacidad,...).

Tendencias y la situación en Europa

A continuación, Alfonso pasa a enumerar y explicar una serie de tendencias que se están observando. (1) Envejecimiento de la población; (2) Cambios en los modelos familiares; (3) Aumento de la utilización de cuidados formales de larga duración. Menciona que “la mayor utilización de cuidados formales puede tener formas distintas. La más

tradicional sería de los dispositivos residenciales”, pero también hay paquetes donde se combinan diferentes instrumentos, los (4) “paquetes combinados de cuidados – presupuestos personales”, donde “la persona usuaria se convierte en empleador”. Son presupuestos que puede gestionar la misma persona, negociando con la autoridad directamente, o delegando a un proveedor la gestión de su presupuesto personal”. Según Alfonso, todas estas modalidades reflejan otra de las tendencias: (5) “una mayor expectativa de las personas sobre la calidad de los servicios”. Al respecto, Alfonso señala que ha habido una expansión muy importante de iniciativas de políticas, reformas y programas para personas que necesitan cuidados de larga duración, pero que esta expansión no ha sido uniforme en toda Europa (dependiendo, entre otros, de la presión económica, las opciones políticas, etc.).

Además, las políticas de cuidado de larga duración “a veces se integran dentro de la salud, y otras veces dentro de lo social”. Informa de que en España esto viene recogido en la Ley de dependencia del 2016, y que en ésta se señala como elemento importante la promoción de la autonomía. Alfonso entra así a reflexionar sobre el término de dependencia. Señala al respecto que, este es un tema que hay que trabajar, porque “considerar como personas dependientes lastra a las personas, profesionales y al sistema”. Además, Alfonso apunta a que en Europa el término que se utiliza es el del *long term care*, cuidados de larga duración. Y que los distintos estudios indican que constituye un ámbito de políticas en sí mismo, “que de manera errónea se viene asociando a las personas mayores, o a la discapacidad”. Pone el ejemplo de una persona con problemas de salud mental, que puede tener necesidades de cuidado de larga duración, pero que puede contribuir a la sociedad, y, por tanto, no debería considerarse como dependiente.

En relación con las tendencias descritas, Alfonso subraya dos retos importantes: (1) “La concepción de los cuidados como un concepto amplio que no debe asociarse a la edad”. Según señala Alfonso, de otro modo puede llevar a situaciones de discriminación, como las vividas con el Covid-19. Así, debería considerarse como un “ámbito de políticas que afecta a todos los grupos de población”. Y agrega, además, que esas personas pueden y deben contribuir al sistema. (2) “Esta concepción debe traducirse en políticas públicas”. Alfonso hace mención al pilar europeo de los derechos sociales, agregando que debería aprobarse un plan de acción a nivel nacional a este respecto. Alfonso menciona que el

principio 18 “establece que todo el mundo tiene derecho a servicios de cuidado de largo plazo asequibles y de calidad”, en particular el domiciliario y de atención comunitaria.

Respecto a la situación en Europa, menciona que varía en función de los países, con un bloque de países de Europa occidental con un amplio abanico de políticas para el cuidado, y otro bloque de países que están dando los primeros pasos en estos últimos años (y alguno en el que ni siquiera es un tema que aparece en la legislación). Estas diferencias también se observan en indicadores como el gasto, o la proporción de personal, que Alfonso muestra a través de dos [gráficas](#) en sus diapositivas.



Labor de la Unión Europea

Alfonso continúa con unos apuntes sobre la labor de la Unión Europea (UE). Su labor, según indica Alfonso, es principalmente una labor de apoyo, “porque las competencias son de los estados miembro. Además, a veces son regionales o autonómicas, o locales”, la situación depende en función del país.

En esa labor de apoyo, hay una serie de desarrollos que merecen especial atención para Alfonso. El Informe del Comité de Protección Social, de 2014, que según informa “concluye que existen razones de peso para que los países establezcan un sistema de protección adecuado para cuidados de largo plazo”, y que éstos deberían pasar de un modelo reactivo a uno proactivo que incluya soluciones innovadoras.

Además, destaca el trabajo de desarrollo de indicadores, “que constituyen un reto”, puesto que “es difícil medir la efectividad de los cuidados, saber lo que se está haciendo, cómo se está haciendo, si se está haciendo bien, y si está teniendo el resultado

deseado”. Así, informa de que hay un grupo de trabajo dentro del Comité de protección social con el objetivo de generar indicadores que sean comunes a todos los países. Indica que incluye indicadores en tres dimensiones: acceso, sostenibilidad, y calidad, y ofrece detalles sobre ellos. Respecto al acceso, informa de que ya hay 11 indicadores. Sobre la sostenibilidad, Alfonso explica que ya hay acuerdo inicial para seguir trabajando en indicadores que cubran elementos como el gasto público, sostenibilidad fiscal, gasto medio que las personas deben desembolsar, o dificultar para pagar cuidados formales. Finalmente, sobre la calidad informa de que se empezará a debatir en 2021, y que “nosotros pedimos que incluya un trabajo con los estados miembros para volver a analizar el marco voluntario de servicios sociales que se aprobó en 2010”, entre otros, “porque el concepto de calidad ha variado”.

La UE también realiza una labor de financiación. Alfonso subraya que “es importante hablar de financiación, porque es la herramienta que ayuda a poner en marcha planes y principios”. Describe el Fondo de Resiliencia y FSE, que tiene por objetivo apoyar reformas estructurales en cada país. Ofrece algunos detalles y datos sobre este fondo, al que España puede acceder, y del que destaca que cuidados a personas mayores está incluido como uno de los ejes. Además, los objetivos del fondo social europeo más relevantes según indica Alfonso incluyen promover el envejecimiento, mejorar el acceso a servicios de calidad sostenibles y asequibles, modernizar los sistemas de protección social, y mejorar la eficacia de los servicios. Enumera, además, actividades específicas que se pueden financiar, que incluyen: formación de personal, apoyo a servicios de cuidados integrales y vida independiente, programas de envejecimiento activo y saludable, y ampliar acceso y cobertura de los cuidados de larga duración.

Alfonso subraya que “es un instrumento muy importante para avanzar en prioridades de cuidados, y para llevar a cabo reformas estructurales”, y que en la CAPV se podría articular a través del programa que presente el Gobierno Vasco.

La calidad y la necesidad de un cambio de paradigma

Alfonso aborda a continuación el tema de la calidad, “un reto fundamental” en sus propias palabras. “En Europa se pone énfasis en el acceso y la cobertura, pero el reto fundamental es definir qué modelo de cuidados se quiere poner como sociedad, que ponga a la persona en el centro, guiado por la libre elección de la persona, que reconozca

las necesidades pero también las aportaciones y los deseos de la persona, que fomente los cuidados en el hogar y la comunidad, y que defina el concepto de calidad en cómo mejora la calidad de vida de las personas”.

Añade que “este modelo requiere un análisis de la manera en que se defina calidad”, y que ahí entran elementos como el modelo de bienestar, los pliegos de contratación, etc. Sobre esto último, señala el problema de las tarifas estándar que ya vienen dados y que, además, hasta ahora se pone el énfasis en indicadores de proceso. Así, indica que en “un modelo centrado en la persona es importante que la calidad no se base sólo en criterios de proceso, sino también de resultados”. Y por eso, indica que en algunos países se está avanzando en contratación de servicios por resultados.

Alfonso continúa centrándose el modelo de cuidados, del que destaca, no sólo puede justificarse desde argumentos relacionados a los derechos humanos, sino también desde argumentos económicos, porque son más rentables que la asistencia institucional. Señala que “los principios que deben sustentar esos cuidados deben ser: centrados en las personas, disponibles, accesibles, asequibles, continuados, orientados a resultados”. Por tanto, agrega que “la figura del contratador debe trabajar con el financiador y proveedor para asegurarse de que está basado en esos principios”.

Además, destaca que un factor fundamental para la calidad, y que es una función clave de las autoridades públicas, es fomentar un mercado de cuidados sólido, y que puede hacerse a través de diferentes medidas.

Por otro lado, destaca que “calidad es también hablar de mejora de calidad de vida, no sólo de calidad de cuidados”. Por eso, indica que también hay que analizar los resultados de los servicios, no únicamente analizarlos desde criterios técnicos. “Debe responderse si mediante esos cuidados se ha logrado mejorar la calidad de vida de las personas”. Por eso, señala que “hay que incluir criterios objetivos, como el número de personas que se apoyan, el tiempo que se mantienen en el hogar...”, pero que también “hay que incluir criterios subjetivos, como la autonomía personal, conexiones sociales, su sensación de bienestar, propósitos personales...”.

Alfonso vuelve a destacar que es necesario un cambio de paradigma en el ámbito de los cuidados. Así, apunta que “no deben estar asociados a la edad, sino entender que el envejecimiento empieza desde el nacimiento”; que hay que “encontrar una fórmula sostenible, que se adhiera a una serie de principios”, que tenga en cuenta lo social y

también lo económico; “que fomente cuidados integrados, abordar por ejemplo los cuidados que respondan al envejecimiento de personas con discapacidad”; “que tengan en cuenta que en cuanto se avance a modelos personales, la persona o familiar se convierten en evaluadores de esos servicios”, y por tanto, “los marcos deben adaptarse a esos beneficiarios o cuidadores”.

En resumen, en palabras de Alfonso, un “cambio de paradigma significa pasar de un modelo medicalizado y paternalista a un modelo que se centre en la calidad de vida de las personas”.

5. Dinámica de reflexión y debate

El Dinamizador toma la palabra agradeciendo a Alfonso su presentación, e invitándole a participar en los grupos de deliberación, para después dar un feedback a lo escuchado en los grupos.

Feedback de Teresa Martínez al documento de trabajo

Antes de presentar la dinámica de reflexión, el Dinamizador comenta con el grupo el hecho de que se le pidió a Teresa Martínez, ponente experto de la sesión del día 26 de noviembre de 2020, dar feedback al documento nº5 del grupo de deliberación. Al respecto, el Dinamizador indica que quiere compartir algunas cuestiones, “para meterlo en la coctelera de las discusiones”. Así, comparte algunos de los comentarios enviados por Teresa (recogidos en el [anexo](#)):

Primero, subraya una puntualización realizada que señala que “los modelos enfocados en ACP deberían hacer referencia a algo más que a la personalización. Por tanto, hay que discutir la personalización y el entorno – las barreras y las palancas que permiten la personalización en el entorno”. Esto implica que “hay que discutir el tema del contexto, no solo enfocarse en la persona”.

Destaca un segundo punto, el entender que los “servicios de atención individualizada no son lo mismo que atención personalizada”. La diferencia estaría en “el grado de autodeterminación de la persona cuidada”.

El tercer punto que destaca el Dinamizador es que “necesitamos un sistema en el que la atención personalizada tenga que ver con la relación interpersonal”. Esto tiene relación con el contexto, con la comunidad, y, por tanto, con cómo se articulan las organizaciones y profesionales.

Un cuarto comentario que destacar para el Dinamizador es “si el modelo ACP o personalización (que no es lo mismo) podría ser universal para todo tipo de políticas públicas y poblaciones que éstas atienden”. Y pasa a citar las palabras de Teresa:

En mi opinión no debemos pensar en un modelo ACP único para todos los servicios. Si que es posible identificar un fondo común de valores, en el nivel de definición del enfoque, derivados de la mirada de las personas y grupos que reciben cuidados/apoyos, pero en el nivel de definición de modelos dirigidos a hacer operativa la ACP en los servicios, creo que ésta debe formularse teniendo en cuenta la misión de los mismos. (extracto de texto enviado por Teresa Martínez, citado por el Dinamizador)

En opinión del Dinamizador, “este punto es interesante porque debatimos si el modelo ACP puede ser utilizado para todos los servicios o no”. Y agrega que hay que hacer una mezcla y contextualizar.

El quinto punto que menciona el Dinamizador es la evaluación, que Teresa considera relevante para monitorizar el cambio y para objetivos relacionados a la investigación. El Dinamizador nuevamente lee las palabras de Teresa:

Si el objetivo es evaluar la calidad de los servicios la evaluación debe ser más integral, la ACP es un eje de calidad pero no el único. La integralidad y los entornos de cuidados seguros también son importantes. Es importante incluir estándares e indicadores que tengan que ver tanto con la estructura-proceso pero sobre todo con los resultados con la calidad de vida (salud, protección de derechos, bienestar y autodeterminación) (extracto de texto enviado por Teresa Martínez, citado por el Dinamizador)

El Dinamizador subraya la idea de que esto tiene que ver con la calidad de vida, y menciona que Alfonso ha destacado la misma idea en su presentación. Señala, por tanto, que es un tema importante: “cómo construir indicadores que analicen no solo la calidad del servicio, sino la calidad de vida”.

El Dinamizador informa al grupo de que compartirán el [documento](#) con el grupo, y también un video que compartió Teresa.

Pregunta y conclusiones de la reflexión grupal

A continuación, el Dinamizador presenta la pregunta que los participantes deberán responder en la dinámica de reflexión grupal que se realizará en cuatro grupos previamente definidos. La pregunta es la siguiente:

¿Qué tres acciones o tipos de políticas podríamos implementar para la atención personalizada en el domicilio?

Aclara que la vez anterior se discutió mucho sobre centros, y que ahora el debate y la reflexión se centraría en los domicilios, para poder tener después un documento integrador con las diferentes dimensiones.

Tras la explicación, las personas participantes pasan a deliberar en grupos.

Después de la reflexión grupal, de una duración aproximada de 45 minutos, las personas participantes vuelven al grupo plenario y el Dinamizador da la palabra a los portavoces de los grupos, que proceden a poner en común las conclusiones de sus respectivos grupos.



ECO2, portavoz de uno de los grupos, inicia su intervención destacando que ha habido mucho que hablar, porque en el grupo había personas de distintas realidades.

Indica que hay tres aspectos que consideran que hay que desarrollar:

1. “Conocer los deseos de la persona. Tener en cuenta, no lo que creemos que esa persona quiere, sino lo que la persona quiere”. Añade que hay colectivos que no tienen la posibilidad de explicitar sus deseos, y, por tanto, hay que trabajar también el tema de voluntades anticipadas.

2. “Adaptación de todo el ecosistema: vivienda, aspecto tecnológico, formación, temas sociales, urbanismo... todo lo que conlleva el ecosistema, e incluso personas de la comunidad (...) Hay un ecosistema muy complejo. Y parece que estamos en una sociedad inclusiva, pero a veces la sociedad excluye a las personas”. Señala que es una complejidad que requiere estudio.
3. “Medición. Hay que evaluar, tiene un valor importante”. Menciona que hasta ahora la evaluación ha sido cuantitativa y, que, como se ha insistido en la charla, el aspecto cualitativo es muy relevante para evaluar la calidad. “Cómo evaluamos la calidad, y eso no es tan fácil”, y hay que centrarse en lo cualitativo, “partiendo de las necesidades y deseo inicial, cómo evaluamos”.

Finaliza mostrando su satisfacción con el intercambio de conocimiento y de realidades entre las diferentes personas que integran el grupo.

ECO14 toma la palabra en representación de otro grupo. Explica las tres acciones definidas en el grupo:

1. “La importancia de realizar bien el diagnóstico”, y éste debe ser “integral, multidimensional, proactivo” para tomar en cuenta las capacidades, aficiones, etc. de la persona. Indica que lo que se suele hacer es “limitar el diagnóstico en base a los recursos que hay, y hay que ir más allá”. Y pone el ejemplo de una persona de edad que podría tener dificultades digitales, y que quizás sería interesante que esa persona vaya a un KZGune. Con este ejemplo, añade que “muchas veces el diagnóstico se limita al trabajo que se puede realizar, y debería tomarse en cuenta la visión integral de la persona”.
2. “Definir bien el paquete de cuidados y fortalecer la figura del gestor de caso, o gestor del paquete”. Agrega que hay que fortalecer los servicios y programas que trabajan la dimensión comunitaria, hay dificultades ahí. Y que muchas veces se individualiza, pero hay que buscar una visión más amplia de esos servicios. “Igual es mejor llevar a pasear a dos personas a la vez que a cada una por su cuenta”. Por tanto, definir bien el paquete de ayudas y fortalecer la figura del gestor.
3. “Un sistema operativo para superar el trasvase de información que no se realiza, entre Osakidetza y los servicios sociales”. Que el gestor de caso tenga la historia de vida de la persona, para poder realizar un seguimiento y la labor

de nexo entre diferentes profesionales. “No generar una figura nueva, o trabajar ese itinerario, sino un sistema operativo que articule a los diferentes profesionales”.

A continuación, toma la palabra DFG1, en representación del tercer grupo, e indica que hay aspectos que se trabajaron referidos a los centros que son transferibles al cuidado en domicilio, como es el tema de la formación, por ejemplo. Y que se han centrado en las acciones que se refieren al caso de los domicilios:

1. “Identificación de elementos y valores del mínimo común de la ACP, e identificar indicadores”, referido al usuario, entorno, familia, y prestadores de servicios.
2. “Otorgar capacidad de decisión a la persona, que la autodeterminación sea lo máximo posible”, y ampliar el abanico de servicios para ello, para que tenga posibilidades de elegir.
3. “Establecer itinerario de atención, con servicio de atención más amplia y con alternativas”, que se complemente con servicios privados y de manera regulada. Señala que podría haber una agencia de evaluación de los servicios, que trabaje con indicadores que se están trabajando en Europa.

Por último, añade que al ser un modelo complejo y que implica competencias de varias instituciones, habría que hacer una labor de sensibilización del modelo ACP en todas las instituciones.

Para finalizar toma la palabra ECO1, para compartir las conclusiones del cuarto grupo:

1. “Referencialidad y gestión de casos. Que haya un sistema en el que se ayuda a las personas a elegir, se les da información suficiente sobre opciones, y sobre qué aspectos pueden elegir (entidades proveedoras, etc.). desde el conocimiento real de necesidades y expectativas”. Añade que “los servicios sociales de base deberían hacer este trabajo” pero si no se puede, puede haber otros, como las oficinas de vida independiente, que pueden dar un servicio parecido.
2. “Libre elección”, que las personas elijan “no sólo los servicios, sino las entidades que ofrecen el servicio”. Porque, según señala, la capacidad que tienen los usuarios para elegir qué entidad presta el servicio es muy pequeña. Añade que

ahí entra el debate y las acusaciones de liberalización, de hacer menos público el servicio, pero que “en muchos países, los servicios se hacen mediante prestaciones económicas, las personas reciben y contratan el servicio del proveedor que más les gusta”. “Tiene riesgos”, añade, pero la “ventaja de que a la persona se le ha dado ayuda a la hora de articular su paquete, y es la persona quien elige”. Por tanto, se debería reflexionar “sobre si la Administración es quien contrata, o las personas”.

3. Evaluación. Menciona que la Administración puede tener dos papeles fundamentales: el de proveedor de servicios, aunque sea indirectamente; y el de evaluar la calidad y garantizar la calidad, investigar indicadores etc. Señala que el rol de proveedor de servicios pueden hacerlo las entidades privadas también, pero “lo que no puede hacer nadie más es garantizar la calidad, y crear un servicio, no de inspección de normativa, sino de evaluación de calidad, de atención en términos de calidad de vida, satisfacción de usuarios, el impacto del servicio en la calidad de vida”. Y esto debería hacerlo el sector público, mediante agencias de evaluación, etc. Aunque, según indica, “eso necesita marcos territoriales institucionales”, como poco de comunidad autónoma.

Como se había indicado al inicio, Alfonso Lara pasa a dar su feedback sobre lo escuchado en su grupo y en la puesta en común de todos los grupos. “Ha sido una sesión muy interesante. He estado en una de ellas, pero al escuchar a todos, se pone de manifiesto que hay una serie de aspectos que son comunes a todos, que tocan más la parte de la prestación, de provisión. Y aspectos más estratégicos, que tienen que ver con la construcción de futuro de políticas”. Agrega que hay un mensaje para la Diputación, dentro del marco más amplio de la CAPV, y del Estado.

Haciendo notar que va a intentar construir una narrativa, Alfonso comparte su lectura de las conclusiones de los grupos de reflexión:

“Una de las cosas en las que se insistía es la importancia del análisis de las necesidades de las personas. Lo que entendía era que hay que ir más allá de plantillas preestablecidas que se tienen”. Porque “nos podemos dar cuenta de que no es lo que creíamos. Si preguntamos, garantizamos servicios más en consonancia con lo que la

persona necesita". Y el análisis debe tener en cuenta el ecosistema de la persona, el hogar, el vecindario, los familiares...

"Para eso, es necesario definir indicadores, o principios". Ver qué hay que tener en cuenta, preguntas focalizadas en la persona, para "siguiendo esto, desarrollar la planificación de cuidados en el hogar y la evaluación de dichos cuidados".

Y "definir paquetes, y fortalecer el gestor de casos, y del paquete". Indica que el tema del paquete es importante, porque supone integración: "No podemos entender a la persona fragmentada", hay que aunar y evaluar la comunicación entre todos esos agentes. "El gestor de casos puede aunar esos servicios, y podría hacerlo mediante un sistema operativo que le permite gestionar datos y proveedores".

Además, destaca que hay que "otorgar capacidad de decisión a la persona", pero que, para eso, hay que hacer un trabajo, de modo que se pueda "contar con información sobre servicios disponibles, cuáles son los servicios y proveedores que puedo usar para hacer mi paquete".

Otro de los aspectos que recalca en su lectura es que "la calidad no solo se puede entender desde lo cuantitativo, sino sobre todo desde lo cualitativo", y que hay diferentes instrumentos para ello, como, por ejemplo, que la Administración financie según resultados, o que financie aspectos más comunitarios que residenciales. Esto lleva a fortalecer el cuidado en el hogar y en la comunidad.

Sigue mencionando la importancia que se le ha dado a monitorizar, tanto los servicios individuales como los paquetes integrados. Y para ello, la conveniencia de contar con una agencia, "que sea independiente, que sea pública, pero independiente".

También señala que habría que ver "qué podemos hacer mejor desde la Administración Pública, quién está mejor situado para hacer qué". Menciona que por ejemplo se puede fomentar que haya cooperativas, empresas pequeñas para la atención comunitaria y en el hogar. Agrega que "la planificación para el desarrollo del mercado, para dar capacidad de decisión a la persona, debe ser hecha solo por la autoridad pública" y, también, que debe ser la Administración quien realice la evaluación de esos servicios, que garantice que se realicen de manera adecuada.

Alfonso finaliza diciendo que el grupo tiene una "andadura interesantísima".

6. Valoración y cierre

La Diputada de Políticas Sociales vuelve a agradecer su participación al grupo y a Alfonso. Además, puntualiza que “es una buena dinámica ésta, la planteada por los participantes, de que el experto enriquezca con sus aportaciones tras escuchar a los grupos”. Añade que “se han tratado cuestiones nucleares que recogeremos en un informe” y que lo trasladarán al grupo.

Recuerda a los participantes que rellenen el cuestionario de evaluación, que es “tan importante” y de las que “salen cuestiones de mejora interesantes”.

Finaliza la sesión convocando al grupo a la próxima reunión, que se celebrará el 28 de enero de 2021, y adelanta el tema de la sesión: Ordenación territorial, estructura competencial y coordinación interinstitucional.

7. Anexos

a. Documento de Trabajo nº 5

DOCUMENTO Nº 5

Etorkizuna Eraikiz Think Tank:

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. Personalizar 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 las ratios de personal/personas cuidadas. Las ratios de personal tienen que estar asociadas 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 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).

b. Documento enviado por Teresa Martínez (devolución de resultados)

Informe de devolución de los resultados del taller ¿Qué se entiende por personalización en el modelo ACP?

Teresa Martínez Rodríguez 13/12/2020

1. Algunos comentarios sobre el apartado 1. ¿Qué es personalizar la atención?

En primer lugar, me ha parecido (quizás no sea así) que en el documento de conclusiones, en ocasiones, **se entiende la PERSONALIZACIÓN como sinónimo a ACP**. En la literatura que yo he revisado en los últimos años, al menos en lo que atañe a cuidados de larga duración, **los modelos enfocados desde la ACP hacen referencia a ésta como algo más amplio que la personalización**. Algunos modelos que desarrollan el enfoque ACP en los servicios de CLD suelen distinguir dos grandes dimensiones complementarias: la personalización de la atención y el entorno (condiciones del mismo que pueden resultar facilitadores o barreras para su aplicación).

Personalización. Esta primera dimensión propone los componentes clave que definen la atención, partiendo de una visión de la persona como ser dotado de dignidad y con derechos, entre ellos, el de desarrollar una vida autodeterminada. Estos componentes deben entenderse como un núcleo definitorio conjunto. A su vez, pueden ser formulados tanto como objetivos de la atención como criterios definitorios de la calidad de los servicios.

Los componentes clave en la personalización más señalados son: conocimiento y reconocimiento de la persona desde su visión holística y biográfica, promoción de su autonomía/autodeterminación, comunicación respetuosa y empoderadora, individualización y protección de su intimidad. En cada componente, cabe señalar distintas acciones clave para su desarrollo, que pueden ser tanto actitudes, como prácticas profesionales, metodologías o elementos organizacionales que resulten claves en su aplicación.

Entorno. Esta segunda dimensión hace referencia a aquellos elementos del entorno que facilitan la atención personalizada. Cabe aquí señalar elementos ambientales (físico, actividad, relaciones sociales, comunidad) y organizacionales.

Vuestra reflexión se ha dirigido a identificar características de los servicios que facilitarían algunos componentes de la personalización. Habéis señalado con acierto elementos importantes de los servicios como la diversidad de la oferta de servicios (correspondería a la elección, componente de la autodeterminación). También se menciona la flexibilidad de los servicios a las necesidades de las personas (correspondería a la individualización). Por otro lado, se cita la adecuación de los

servicios a las historias de vida (acercamiento a una visión biográfica).

Creo que sería importante ampliar algo más el núcleo definitorio de lo que significa la personalización de la atención teniendo en cuenta que, además, estas características deben concebirse de forma conjunta, no aislada. Para aclarar esto pongo un ejemplo, si la individualización de la atención no va de la mano de la autodeterminación, se cae de nuevo en las redes de la atención individualizada clásica, que es cuando de forma individualizada (es decir no uniforme para todas las personas) se determinan servicios o atenciones para cada persona pero muchas veces sin que ella tome parte activa. Esta es la principal diferencia entre atención individualizada y atención personalizada.

Por si es de vuestro interés he enviado a Carlos Alfonso varios artículos publicados del modelo ACP-gerontología, en el cual llevo trabajando los 10 últimos años y que precisamente pretende hacer operativa la ACP en el contexto de CLD en servicios gerontológicos. Este modelo se articula en 2 dimensiones, 10 componentes y 50 acciones clave, que a su vez son descritas desde la buena praxis según la atención centrada en la persona. Está pensado desde el ámbito de los servicios para personas mayores pero quizás, como fórmula operativa, os pueda servir en vuestro trabajo definitorio. Como podréis ver es un marco pensado tanto para diseñar servicios, como para su evaluación y también para orientar procesos formativos.

3) También quería comentar algo sobre el asunto de incorporar la historia de vida en las historias clínicas y sociales. El enfoque holístico y biográfico es algo consustancial a la atención centrada en la persona pero a la hora de incorporar esta información y esta perspectiva hay que tener cuidado y no solo en cuanto a cuestiones que afectan a la confidencialidad y protección de datos. Creo que es más adecuado señalar la importancia de conocer e incorporar ciertos elementos biográficos en las valoraciones integrales que hacer referencia a la inclusión en las historias informatizadas la historia de vida. La información biográfica a conocer y a incluir debe ser proporcional a la misión del servicio. La historia de vida es el relato constructivo que la persona hace de su vida y creo que en el curso de la intervención debe plantearse como algo optativo evitando el riesgo de la persona pierda el control sobre el relato de su historia, es decir, que la historia de vida pase a ser un documento más.

2. Algunos comentarios sobre el apartado ¿Qué recursos son necesarios para personalizar la atención?

Hacéis referencia a una tipología diversa de recursos necesarios, sobre todo referidos a la innovación, para personalizar la atención. Echo de menos, abordar **como punto de partida en el cambio de modelo, la necesidad de un ejercicio reflexivo/formativo/de sensibilización** sobre dos asuntos:

- a) La mirada a las personas que reciben cuidados (de su valor, de sus necesidades entendidas como capacidades, de sus derechos, etc.). Es el punto de inicio para poder avanzar en el pensar, el sentir y relacionarse desde un marco ACP. Si esto no se hace bien, lo demás: metodologías, soportes, tecnologías, vinculadas a la

innovación, modelo de evaluación, que son meros medios, instrumentos...caen por su propio pie.

- b) El cuidado desde las relaciones interpersonales de encuentro y reconocimiento del otro basados en la confianza. Intervenciones que deben entenderse desde el acompañamiento a las organizaciones, a los profesionales y equipos y que son indispensables en este largo viaje.

3. Algunos comentarios sobre el apartado 4. ¿Qué acciones pueden implementarse para impulsar la personalización de los servicios?

En vuestra reflexión aparecen, sin lugar a dudas, acciones de interés. Quiero referirme a dos cuestiones:

- a) En mi opinión no debemos pensar en un modelo ACP único para todos los servicios. Sí que es posible identificar un fondo común de valores, en el nivel de definición del enfoque, derivados de la mirada de las personas y grupos que reciben cuidados/apoyos, pero en el nivel de definición de modelos dirigidos a hacer operativa la ACP en los servicios, creo que ésta debe formularse teniendo en cuenta la misión de los mismos. En este sentido tanto algunos componentes como los elementos de acción pueden variar. Por ejemplo, no es lo mismo un centro residencial que un servicio temporalizado que tenga objetivos terapéuticos o un recurso dirigido a promover la inclusión social en personas de menor edad donde el acceso al mundo laboral puede ser clave.
- b) La evaluación específica de la ACP resulta de interés para conocer y monitorizar el cambio de modelo así como para objetivos vinculados a la investigación. Si el objetivo es evaluar la calidad de los servicios la evaluación debe ser más integral, la ACP es un eje de calidad pero no el único. La integralidad y los entornos de cuidados seguros también son importantes. Es importante incluir estándares e indicadores que tengan que ver tanto con la estructura-proceso pero sobre todo con los resultados con la calidad de vida (salud, protección de derechos, bienestar y autodeterminación).

4. Elementos clave en el SAD

Para finalizar, Javier Castro me ha pedido también que concretara algunos elementos clave para la personalización en el SAD ya que es el tema de vuestra próxima sesión.

El futuro modelo de cuidados de larga duración señala la necesidad de apostar de una forma definitiva por la desinstitucionalización, por el apoyo en casa.

Creo que crear un marco conceptual (ACP en dimensiones y componentes) que permita descender a niveles operativos (acciones clave) es válida también para el SAD y puede ser útil tanto para identificar los componentes de una atención personalizada como del entorno facilitador y las correspondientes acciones clave tanto en un nivel meso

(diseño/organización de servicios) como en un nivel más micro referido al acompañamiento y atención a personas.

Enuncio simplemente algunas ideas importantes para la personalización de la atención en el SAD:

Respecto a la conceptualización del SAD:

- El paso de la oferta de servicios estandarizados a la configuración de apoyos personalizados y coordinados para el apoyo del proyecto de vida en la comunidad. Diversidad en servicios, mayor elegibilidad y coordinación (entre recursos institucionales y de la comunidad).
- Mirada al grupo familiar: necesidades, expectativas y apoyos.
- Conexión con el entorno comunitario cercano.

Respecto a la formación:

- ✓ Competencias clave alineadas a la ACP (conocimiento/reconocimiento, autodeterminación, comunicación, individualización para el bienestar, intimidad).

Respecto a las metodologías clave:

- Gestión de casos/coordinación de apoyos
- Historias de vida
- Elaboración y desarrollo de Planes de atención personalización desde la co-participación.
- Procesos de escucha, apoyo y supervisión a profesionales, a las familias y a las personas que reciben cuidados.

Espero que estos comentarios os resulten de utilidad para seguir en este proceso de encuentro, alineamiento y reflexión.

c. Presentación utilizada por la Diputada de Políticas Sociales

PERSONALIZACIÓN de la ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL DOMICILIO

14 de diciembre de 2020

Resultados de la sesión anterior

(26 noviembre – documento N° 5)

- A. Definir un **marco conceptual** común del modelo ACP para todas las áreas de las políticas sociales. Este modelo debe incluir un sistema de indicadores validados a nivel internacional
- B. Mapear las **buenas prácticas** y experiencias existentes en Gipuzkoa y evaluar su grado de éxito, dificultad e innovaciones basadas en el Modelo ACP.
- C. Definir una metodología de trabajo para **consensuar el modelo** conceptual basado en la evidencia territorial e internacional (modelo guipuzcoano).

Agenda de deliberación (14 diciembre)

**Del centro al domicilio: cómo desinstitucionalizar los centros y
cómo prestar apoyos suficientes en los domicilios**

(CONTINUACIÓN DEL DEBATE DE LA SESIÓN ANTERIOR SOBRE LA
PERSONALIZACIÓN DEL MODELO ACP)

Experto Internacional Alfonso Montero Lara

Director Ejecutivo de la ESN (European Social Network)

Alfonso supervisa la gestión estratégica de la red europea y dirige el programa de políticas (co-financiado por la Comisión Europea).

Tiene más de 12 años de experiencia en políticas públicas y es autor y co-autor de libros y publicaciones académicas en revistas especializadas.

Próxima sesión

**Ordenación territorial, estructura competencial y
coordinación interinstitucional
(28 de enero 2021).**

ESKERRIK ASKO

d. Presentación utilizada por Alfonso Lara



European
Social
Network

Social Services
Network in Europe

Como en casa... En ningún sitio

Etorkizuna Eraikiz, Think Tank, 14 December 2020
Alfonso Lara Montero, CEO



 The European Social Network is supported by the European Union

Nuestra Red

- Red europea independiente de servicios sociales públicos
- Asociaciones de directores de servicios sociales, departamentos de servicios sociales en CCAA, diputaciones y ayuntamientos, agencias de inspección e investigación
- Promoción de servicios sociales comunitarios y centrados en la atención a la persona



 The European Social Network is supported by the European Union

Tendencias

- Envejecimiento de la población
- Cambios en los modelos familiares
- Aumento de la utilización de cuidados formales de larga duración
- Paquetes combinados de cuidados –presupuestos personales
- Mayores expectativas de las personas usuarias

European Social Network

Social Services in Europe

Contracting for Quality



The European Social Network is supported by the European Union

Tendencias

- Expansión muy importante de iniciativas de políticas, reformas y programas
- No ha sido uniforme en toda Europa
- Los cuidados de larga duración como un ámbito de políticas en sí mismo



The European Social Network is supported by the European Union

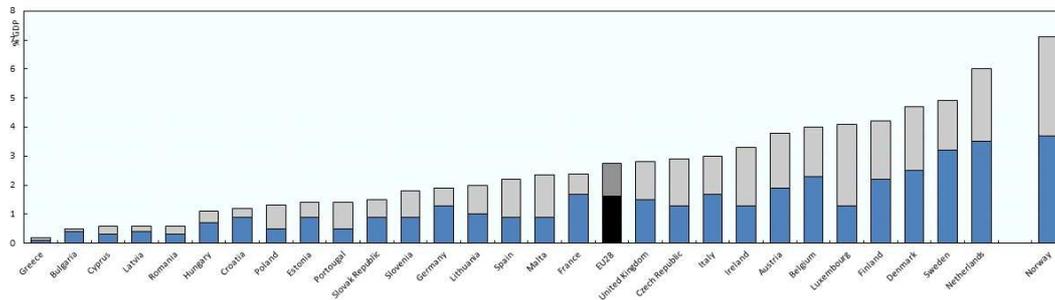


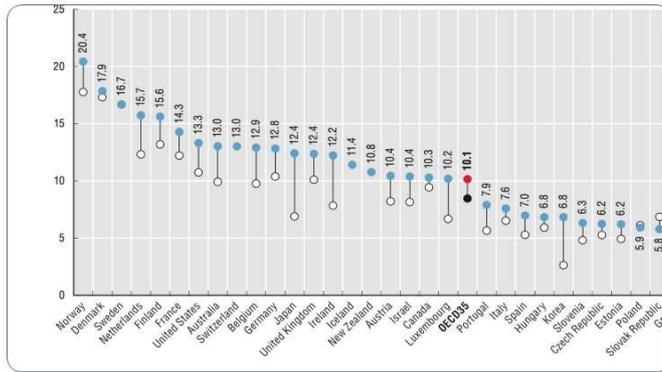
Tendencias

Dos retos clave:

1. La concepción de los cuidados como un concepto amplio que no debe asociarse a la edad
2. Esta concepción debe traducirse en políticas públicas

La situación en Europa





Share of social and health care professionals in the total labour force, 2000 to 2015, OECD 2017

La situación en Europa

La labor de la Unión Europea

- UE: Labor de apoyo
- Distintas competencias a nivel nacional
- Informe del Comité de Protección Social



La labor de la Unión Europea

Grupo de indicadores
del CPS

- Acceso
- Sostenibilidad
- Calidad

Financiación

- 
- El Fondo Social Europeo +
 - Fondo de Resiliencia y FSE+
 - Objetivos específicos y actividades que se pueden financiar
 - Formación de personal
 - Apoyo a servicios de cuidados integrales y vida independiente
 - Programas de envejecimiento activo y saludable
 - Ampliar acceso y cobertura de los cuidados de larga duración

Reto fundamental: La calidad

Definir un nuevo modelo de cuidados

- que ponga a la persona de verdad en el centro
- guiado por la libre elección de la persona
- reconozca las necesidades pero también las aportaciones y los deseos de la persona
- fomente los cuidados en el hogar y la comunidad
- defina el concepto de calidad en los como mejora en la calidad de vida de las personas



Como en casa, en ningun sitio

- Argumentación: DDHH, Económicos
- Cuidados
 - Centrados en las personas
 - Disponibles
 - Accesibles
 - Asequibles
 - Continuos
 - Orientados a resultados
- Mercado de cuidados
- Nuevos profesionales
- Criterios de calidad
 - Objetivos
 - Subjetivos



 The European Social Network is supported by the European Union

Cambio de paradigma

- No asociado a la edad
- Sostenible
- No solo social también económico
- Tenga en cuenta situaciones vitales de forma conjunta (envejecimiento y discapacidad)
- Marco de calidad adaptado a cuidados personales y personalizados
- Centrado en la calidad de vida de las personas



 The European Social Network is supported by the European Union



Social Services
Network in Europe

Muchas gracias



@ALaraMontero, @ESNSocial

 The European Social Network is supported by the European Union