

THINK TANK

ESPACIO DE DELIBERACIÓN SOBRE LOS FUTUROS DEL NUEVO ESTADO DEL BIENESTAR

DOCUMENTO N° 6

La transición territorial: Ordenación territorial, estructura competencial y coordinación interinstitucional

1. Las características del modelo de atención y cuidados

1.1. Modelo de Innovación Digital

El modelo de atención y cuidados estructura relaciones entre personas y este es el elemento fundamental. Para que estas relaciones sean dinámicas e interactivas es imprescindible impulsar la digitalización del modelo y de los servicios sociales. Y ello no implica sólo tecnología digital sino un sistema de innovación: visión, cultura organizacional, nuevos enfoques, nuevos procesos y habilidades personales.

1.2. Modelo Transversal y Conectado

El modelo de atención y cuidados debe superar los silos existentes que conecten diferentes niveles institucionales de manera vertical (local, foral y autonómico) y horizontal (servicios de salud, servicios sociales, servicios comunitarios, urbanismo, promoción económica, movilidad, etc.). Asimismo, la transversalidad no solo implica las instituciones y organizaciones sino también a diferentes perfiles de personas usuarias (no solo personas mayores sino todas las personas de cualquier edad y contingencia recogida en la ley).

1.3. Modelo Colaboración Pública-Privada-Social

El modelo de atención y cuidados debe desarrollarse sobre la base de la gobernanza colaborativa. La gobernanza colaborativa debe superar el modelo de colaboración público-privada ampliando e incluyendo al sector social en el proceso de co-creación, co-desarrollo y co-evaluación de las políticas socio-sanitarias. Así, la colaboración pública-social implica fortalecer el desarrollo comunitario y la atención de proximidad.

1.4. Modelo de Atención Centrada en la Persona

El modelo de atención y cuidados basado en la persona estructura el desarrollo de diversas interacciones de las personas que necesitan atención, cuidados y apoyos con su entorno físico, social y organizativo a fin de promover su calidad de vida de las personas. Una acción central dentro de este modelo es impulsar un Programa de Formación en Planificación Centrada en la Persona, dirigida a técnicos y gestores de los servicios sociales de base (a nivel local y territorial) para modificar los modelos de gestión de las políticas sociales.

1.5. Modelo de Atención en el Domicilio

El modelo de Atención en el Domicilio busca fortalecer la calidad de vida de las personas y sus familias en el domicilio, para lo que es necesario impulsar y multiplicar la cartera de servicios sociosanitarios de atención en el domicilio. Se trata de una estrategia de desinstitucionalización que fomenta la Atención en el Domicilio gracias a redes de coordinación comunitaria y comarcal.

1.6. Modelo de Evaluación Relacional

Desarrollo de una metodología de evaluación basada en indicadores objetivos y subjetivos de Calidad de Vida para fortalecer la Atención Centrada en la Persona. Impulsar un modelo relacional de evaluación es una competencia estratégica de la administración pública que debe superar el modelo de supervisión y sanción administrativa. El impulso del modelo relacional de evaluación se debe estructurar sobre un enfoque transversal del bienestar social y de los agentes intervinientes.

2. Las competencias institucionales para impulsar un nuevo modelo de atención y cuidados

2.1. Capacidad de innovación institucional

Una de las principales competencias institucionales para impulsar la transición hacia un nuevo modelo de atención y cuidados se refiere a fomentar la capacidad de innovación institucional. En el marco de estas capacidades son relevantes incentivar: a) el diseño y gestión de la cartera de innovación, b) impulsar proyectos experimentales (prueba y error) así como el aprendizaje de los procesos innovadores, c) desarrollar nuevos modelos de financiación de la experimentación; d) gestión flexible y ágil de la transferencia de buenas prácticas e iniciativas innovadoras de éxito; e) evaluar el impacto (interno y externo) de los procesos innovadores.

2.2. Capacidad de Liderazgo Institucional

La capacidad de liderazgo público para impulsar una visión estratégica en la que Gipuzkoa se transforme en un territorio de referencia de un nuevo modelo de cuidados. El liderazgo institucional implica ser capaz de ofrecer una visión sistémica sobre el modelo de cuidados, una estrategia de transición, un conjunto de políticas para impulsar ecosistemas, un modelo de regulación adaptado, un sistema de financiación ágil y eficaz, y un sistema de evaluación y aprendizaje territorial.

2.3. Capacidad de Anticipación y Prevención

La capacidad de anticipación y prevención de las Políticas Sociales y Sanitarias tanto a nivel municipal, comarcal y territorial son capacidades clave para impulsar la transición hacia un nuevo modelo de atención y cuidados. La anticipación explora escenarios de futuro y la prevención desarrolla actuaciones en el presente para cambiar las consecuencias en el futuro.

2.4. Capacidad de Absorción de Conocimiento

La capacidad de absorción de conocimiento se refiere a las habilidades y competencias institucionales para integrar conocimiento externo gracias al conocimiento interno adquirido. El desarrollo de nuevo conocimiento interno tanto a nivel político como técnico (interno a las instituciones públicas) es una condición para poder impulsar la transición hacia un nuevo modelo de atención y cuidados. La creación de unidades de innovación y formación destinada al personal técnico es una actuación que va en este sentido.

2.5. Capacidad de Diálogo Social

Constituir la Mesa de Diálogo Civil de Gipuzkoa tiene el objetivo de garantizar la participación efectiva del Tercer Sector en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas sociales y el impulso de la transición hacia un modelo alternativo de atención y cuidados en el territorio. Estructurar la participación del Tercer Sector en este proceso garantiza la sostenibilidad de las políticas sociales.

3. Los mecanismos de coordinación interinstitucional

3.1. Plataforma Digital Integrada

Diseñar e implementar una Plataforma Digital Integrada capaz de facilitar: a) La coordinación de la relación con las familias atendidas; b) La gestión eficaz y eficiente de la interrelación/interconexión entre distritos agentes territoriales (sociales, sanitarios, públicos, privados, etc.) ligados a los cuidados; c) Integrar en un mismo soporte la cartera de servicios socio sanitarios para las potenciales personas usuarias.

3.2. Implantación de las metodologías de Gestión de Casos (Pirámide Kaiser)

Diseñar e implementar un modelo de gestión de casos basado en la Pirámide de Kaiser, integrado por equipos multidisciplinares autogestionados que operan en servicios de proximidad a nivel local. La gestión de casos permite conectar diferentes tipos de servicios (salud, sociales y comunitarios) por la base a partir de itinerarios de cuidados. La proximidad con las personas usuarias es relevante para el cambio de modelo basado en la gestión de casos.

3.3. Órganos Locales y Comarcales de Coordinación

Diseñar e implementar órganos locales de coordinación con capacidad de decisión para coordinar desde la base proyectos experimentales, gestión de casos e itinerarios de cuidados. Estos órganos pueden

transformase en impulsores y gestores de ecosistemas locales de cuidados. Los órganos territoriales deben estar dotados de capacidad de financiación ágil y adaptable, así como dotados de capacidades técnicas de evaluación para generar aprendizajes.

3.4. Grupos de Trabajo Experimentales en ACP

Impulsar Grupos de Trabajo Experimentales en ACP para diseñar, experimentar y evaluar proyectos piloto (pequeña escala) para testar el modelo y adaptarlo al entorno de cuidados del Territorio Histórico de Gipuzkoa.

3.5. Planificación Interinstitucional (territorial)

Para desarrollar la transición hacia un nuevo modelo de atención y cuidados es preciso desarrollar una estrategia no solo de coordinación sino de planificación interinstitucional que implique no solo a los centros, residencias y prestaciones económicas (servicios sociales) sino también a los servicios de atención ambulatorios y diurnos (servicios de salud), pero también con otros servicios y sistemas como vivienda, empleo, rentas, justicia, así como a las organizaciones territoriales. Incluir a las personas usuarias en el proceso de planificación es una condición relevante para fortalecer los procesos de planificación interinstitucional.