

PREMIOS

# SOCIEDAD INCLUSIVA

## Aplicación de un modelo de atención integrada en el domicilio: SiSS Manresa (Servicios intrados en salud y social)



### DATOS DE LA INICIATIVA

#### Nombre completo de la práctica inclusiva:

Aplicación de un modelo de atención integrada en el domicilio: SiSS Manresa (Servicios intrados en salud y social)

#### Nombre de la persona física o jurídica que la realiza:

ALTHAIA XARSA ASSITENCIAL

#### Enlace con informacion sobre la misma publicada en una web o redes sociales:

<https://salutweb.gencat.cat/ca/site/aiss/linies-mesures-prioritaries/atencio-integrada-entorn-domiciliari/desplegament-territorial/experiencia/manresa/>

#### Categoria a la que se presenta:

Espacio Sociosanitario

#### Resumen de los méritos de la candidatura:

La iniciativa ha generado un impacto significativo en la mejora de la atención a personas con dependencia mediante el diseño e implementación del modelo SiSS Manresa, una experiencia piloto de atención integrada social y sanitaria desarrollada en el entorno domiciliario real. El modelo ha sido seleccionado por la Generalitat de Catalunya para su desarrollo como prueba piloto en el marco de las políticas públicas de atención integrada social y sanitaria, lo que avala su coherencia estratégica, relevancia institucional y potencial de escalabilidad. La implementación ha permitido mejorar la coordinación efectiva entre servicios sociales y sanitarios, la continuidad asistencial y la capacidad de respuesta ante situaciones de alta complejidad, incorporando tecnología como herramienta facilitadora de la planificación compartida y la detección precoz de riesgos. El enfoque centrado en la persona ha contribuido a mejorar la experiencia de atención, la calidad de vida y el apoyo a las personas

### **Descripción de la candidatura:**

La iniciativa presenta el modelo SiSS Manresa, un modelo de atención integrada social y sanitaria desarrollado en el ámbito domiciliario para personas con discapacidad física y orgánica, dependencia y situaciones de alta complejidad. El objetivo principal del modelo es mejorar la calidad de vida, la autonomía personal y la capacidad de las personas para vivir de forma independiente en su entorno habitual, garantizando una atención coordinada, continuada y centrada en la persona y en su proyecto vital.

El modelo surge como respuesta a la fragmentación existente entre los sistemas social y sanitario, que dificulta una atención integral a las personas con discapacidad y dependencia, especialmente en el domicilio. Frente a este escenario, el modelo SiSS propone una integración funcional real entre profesionales y servicios, superando la coordinación puntual y avanzando hacia un trabajo conjunto estructurado, con responsabilidades compartidas y una visión común centrada en la persona.

La iniciativa ha sido seleccionada por la Generalitat de Catalunya como prueba piloto de atención integrada social y sanitaria. La fase piloto se desarrolló entre septiembre de 2024 y mayo de 2025 en un entorno real de atención domiciliaria. Tras la finalización de esta fase, el modelo se ha consolidado como práctica estable y actualmente atiende de forma continuada a aproximadamente 100 personas con discapacidad y dependencia en su domicilio.

El modelo se fundamenta en un enfoque centrado en la persona y en los derechos, promoviendo la participación activa de las personas atendidas en la toma de decisiones sobre su atención, el respeto a su dignidad y el apoyo a su autonomía personal. Este enfoque supone un cambio de paradigma, superando el modelo tradicional centrado en el paciente para situar a la persona como sujeto activo, con necesidades, preferencias y objetivos propios.

Un elemento clave de la iniciativa es el uso de la tecnología como herramienta facilitadora y no como fin en sí misma. Se ha desarrollado la plataforma propia Alexia SiSS, que permite la integración de datos sociales y de salud procedentes de los sistemas de la Generalitat de Catalunya y facilita el trabajo conjunto entre profesionales. La plataforma posibilita la monitorización en tiempo real de las personas en su domicilio y cuenta con un sistema de alertas sociales y sanitarias que permite detectar de forma precoz situaciones de riesgo y activar respuestas anticipatorias. Este enfoque transforma un modelo tradicionalmente reactivo en un modelo proactivo, orientado a la prevención y a la mejora continua de la atención.

El modelo incorpora criterios de accesibilidad y diseño para todas las personas, adaptando las intervenciones al entorno domiciliario y a las capacidades funcionales, cognitivas y digitales de las personas atendidas. La tecnología utilizada prioriza la usabilidad, la simplicidad y el acompañamiento profesional, evitando barreras de acceso y garantizando una atención inclusiva.

La iniciativa se basa en un trabajo activo en red entre administraciones públicas, servicios sociales, servicios sanitarios, entidades del tercer sector y empresas tecnológicas. Esta cooperación estructurada permite optimizar recursos, compartir información relevante y ofrecer respuestas integrales y coherentes centradas en la persona. El trabajo en red ha sido un factor clave para la sostenibilidad y escalabilidad del modelo.

Desde su diseño, el modelo SiSS Manresa ha incorporado una perspectiva transversal e interseccional, teniendo en cuenta factores como la edad, el grado de dependencia, la situación socioeconómica, el entorno domiciliario y el contexto territorial. Esta mirada permite adaptar la atención a situaciones de vulnerabilidad diversa y contribuir a la reducción de desigualdades en el acceso a los apoyos sociales y sanitarios.

La iniciativa ha sido evaluada con rigor metodológico, incorporando análisis cuantitativos y cualitativos con validación estadística de los resultados, así como la valoración de personas atendidas, personas cuidadoras y profesionales. El proyecto ha contado con la revisión y aprobación de un comité de ética, garantizando el respeto a los derechos de las personas participantes y la adecuación ética del modelo.

La trayectoria del modelo ha sido reconocida institucionalmente y a nivel europeo. Además de su selección por la Generalitat de Catalunya como experiencia piloto, el modelo ha recibido el reconocimiento en los SPX European Awards, obteniendo el galardón Innovation Category Winner, por su contribución al cambio de modelo desde un enfoque centrado en el paciente hacia un modelo centrado en la persona, su autonomía y su proyecto vital.

## Impacto social de la candidatura:

---

La iniciativa SiSS Manresa ha generado un impacto social relevante y contrastado en la vida de personas con discapacidad física y orgánica, dependencia funcional y situaciones de alta complejidad, así como en la organización y eficiencia del sistema de atención social y sanitaria.

El modelo se ha implementado en una población especialmente vulnerable, con una edad media de 72,5 años y un grado medio de discapacidad del 54,1%, en la que el 42,9% presentaba dependencia severa y el 46,7% patología crónica compleja. Se trata de personas con necesidades simultáneas sociales, funcionales y de salud, tradicionalmente atendidas desde servicios fragmentados. El impacto del modelo se manifiesta en la superación de esta fragmentación y en la mejora tangible de la calidad de vida y la autonomía personal.

Desde la perspectiva de las personas con discapacidad, el modelo ha favorecido la permanencia en el domicilio y el ejercicio del derecho a la vida independiente. Se ha observado una mejora significativa en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (escala Lawton-Brody,  $p = 0,001$ ), lo que indica una mayor capacidad para mantener la vida cotidiana en el entorno comunitario y una mayor estabilidad funcional, evitando el deterioro esperable en una población frágil.

El impacto social es especialmente relevante en la dimensión social de la discapacidad. El riesgo social medido mediante el TIRS se redujo de forma significativa ( $p = 0,002$ ), y la valoración social global mostró una mejora clara ( $p 0,001$ ). Estos resultados reflejan una mejor detección de necesidades sociales, una activación más adecuada de recursos y una mayor coordinación entre profesionales, reduciendo el aislamiento, la inseguridad y la vulnerabilidad social.

La iniciativa ha tenido también un impacto directo en las personas cuidadoras, un colectivo clave y frecuentemente invisibilizado. El 60% de las personas atendidas contaban con cuidador informal y presentaban niveles elevados de sobrecarga. Tras la implementación del modelo, la Escala de Zarit mostró una reducción media de 10 puntos ( $p 0,001$ ), lo que supone una mejora muy significativa en el bienestar emocional, la capacidad de cuidado y la sostenibilidad del apoyo familiar.

Desde el punto de vista cognitivo, el modelo ha contribuido a estabilizar e incluso mejorar levemente la función cognitiva en una población en la que sería esperable un deterioro progresivo. El desplazamiento de las puntuaciones del Mini-Mental hacia valores más altos sugiere un efecto protector indirecto asociado a una atención más estructurada, coordinada y anticipatoria.

El impacto social del modelo se extiende al conjunto de la sociedad mediante un uso más eficiente y equitativo de los recursos públicos. La reducción muy significativa de las urgencias al CAP (75,1 visitas por persona;  $p 0,001$ ) evidencia un cambio estructural hacia un modelo proactivo y preventivo, sin aumento de urgencias hospitalarias ni ingresos. Este resultado mejora la experiencia de las personas atendidas, reduce la presión sobre los servicios y contribuye a la sostenibilidad del sistema.

Finalmente, el impacto social se expresa en un cambio cultural: el desarrollo del Plan de Atención Individualizado en el 100% de los casos y la consecución de una media de cuatro objetivos personalizados por persona consolidan un modelo centrado en derechos, participación y dignidad. En conjunto, la iniciativa demuestra que la atención integrada social y sanitaria, apoyada en tecnología y trabajo en red, mejora la autonomía, reduce desigualdades y genera un impacto social positivo y sostenible.

## Participación:

---

La iniciativa ha beneficiado directamente a personas con discapacidad física y orgánica y dependencia atendidas en su domicilio. Durante la fase piloto, desarrollada entre septiembre de 2024 y mayo de 2025, participaron 15 personas con situaciones de alta complejidad, así como sus personas cuidadoras principales. Tras la finalización de la prueba piloto y la consolidación del modelo, actualmente se atiende de forma continuada a aproximadamente 100 personas. De forma indirecta, la iniciativa ha implicado a profesionales de los servicios sociales municipales, atención primaria de salud, servicios de atención domiciliaria, así como a entidades del tercer sector y empresas tecnológicas responsables del desarrollo e implementación del modelo. Asimismo, han participado responsables institucionales y equipos técnicos de la Administración pública, configurando un proceso colaborativo e interdisciplinar orientado a ofrecer una atención integral y centrada en la persona.

## Marco temporal:

---

02/09/2024 a 31/05/2025

## Accesibilidad:

---

El modelo incorpora criterios de accesibilidad y diseño para todas las personas, integrados desde la fase de diseño y evaluación de la iniciativa. En el estudio se tuvieron en cuenta criterios de inclusión relacionados con la diversidad funcional, cognitiva, social y digital de las personas atendidas, garantizando la participación de personas con distintos

grados de discapacidad, dependencia y complejidad social.

La atención se adaptó al entorno domiciliario y a las capacidades funcionales y cognitivas de cada persona, ajustando los apoyos profesionales y tecnológicos de forma individualizada. Asimismo, se consideró la brecha digital como un factor de riesgo de exclusión, incorporando herramientas tecnológicas de uso sencillo, interfaces comprensibles y acompañamiento profesional continuado, evitando que la tecnología se convirtiera en una barrera de acceso.

El modelo garantiza una atención inclusiva y equitativa, centrada en la persona, que permite el acceso a apoyos integrados independientemente de la edad, el nivel de autonomía, la situación socioeconómica o las competencias digitales, favoreciendo el ejercicio efectivo de derechos y la vida independiente en el domicilio.

### **Trabajo en red:**

Los equipos de atención integrada están formados por profesionales de los ámbitos social y sanitario que trabajan de manera interdisciplinar para dar respuesta a las necesidades complejas de las personas atendidas. En el ámbito social participan trabajadoras y trabajadores sociales, profesionales de la atención domiciliaria y personal técnico de servicios sociales municipales. En el ámbito sanitario intervienen profesionales de atención primaria, incluyendo medicina y enfermería comunitaria, así como otros perfiles asistenciales en función de las necesidades detectadas.

La coordinación entre los distintos perfiles profesionales se basa en un modelo de trabajo compartido que prioriza la planificación conjunta, la comunicación continuada y la corresponsabilidad en la toma de decisiones. Cada persona dispone de un Plan de Atención Individualizado (PAI), elaborado y revisado de forma conjunta por los equipos social y sanitario, que define objetivos comunes y actuaciones coordinadas, garantizando la continuidad asistencial y evitando duplicidades.

El proyecto cuenta con un software propio de trabajo colaborativo, desarrollado específicamente para el modelo SiSS, que integra información social y sanitaria y permite el acceso compartido y seguro a los datos relevantes de cada persona. Este sistema es interoperable con los sistemas de información de la Generalitat de Catalunya y facilita el seguimiento en tiempo real de la situación en el domicilio, la detección precoz de riesgos y la activación de alertas sociales y de salud. Gracias a esta herramienta, el modelo evoluciona hacia una atención proactiva y preventiva, anticipándose a situaciones de deterioro y mejorando la capacidad de respuesta coordinada.

El trabajo en red se refuerza mediante la colaboración con entidades del tercer sector, proveedores tecnológicos y responsables institucionales, configurando un ecosistema cooperativo que optimiza recursos y ofrece respuestas integrales centradas en los derechos, la autonomía personal y la vida independiente de las personas con discapacidad.

### **Transversalidad:**

La iniciativa incorpora un enfoque transversal e interseccional, teniendo en cuenta factores de discriminación como la edad, el género, el lugar de residencia, la situación socioeconómica y el nivel de apoyo familiar, que influyen directamente en la situación de discapacidad y dependencia. El modelo se desarrolla en el entorno domiciliario, garantizando la equidad en el acceso a la atención independientemente del contexto territorial o de los recursos económicos. Asimismo, la planificación de la atención se realiza desde una perspectiva centrada en la persona, respetando la diversidad de identidades, orientaciones y trayectorias vitales, y evitando cualquier forma de discriminación. Este enfoque permite adaptar los apoyos a las necesidades reales de cada persona y reforzar la igualdad de oportunidades y el ejercicio efectivo de derechos.

### **Innovación:**

La principal innovación de la iniciativa reside en el cambio de modelo de atención, al integrar de forma efectiva a los equipos de salud y de servicios sociales en un único sistema de trabajo coordinado. El proyecto ha logrado unificar procedimientos de actuación, criterios de intervención y objetivos comunes, superando la tradicional fragmentación entre ambos ámbitos y situando a la persona en el centro de la atención.

La tecnología actúa como palanca de esta innovación organizativa. El modelo incorpora un software propio que permite la planificación compartida, el seguimiento continuado de cada caso y la activación de alertas sociales y de salud, facilitando la monitorización en tiempo real de las personas en su domicilio. Esta herramienta posibilita la detección precoz de riesgos y la toma de decisiones coordinadas entre profesionales, transformando la atención en un modelo proactivo, preventivo y anticipatorio, frente a los modelos tradicionales basados en la respuesta a la crisis.

La combinación de trabajo interdisciplinar, procedimientos unificados y uso estratégico de la tecnología convierte la iniciativa en un modelo innovador, replicable y alineado con los principios de atención integrada, derechos, autonomía personal y vida independiente.

## Transferibilidad:

---

La iniciativa se ha diseñado desde su inicio con un enfoque metodológico estructurado que permite su generalización, replicabilidad y adaptación a otros territorios y contextos. La metodología utilizada se articula en las siguientes fases:

Identificación de la población diana: selección de personas con discapacidad, dependencia y complejidad social y sanitaria, a partir de criterios compartidos entre servicios sociales y sanitarios, priorizando situaciones de mayor vulnerabilidad.

Constitución de equipos interdisciplinarios: creación de equipos de atención integrada formados por profesionales de ambos ámbitos, con definición clara de roles, responsabilidades y canales de coordinación.

Unificación de procedimientos: elaboración de protocolos y circuitos comunes de actuación, superando la fragmentación organizativa y garantizando coherencia en la intervención.

Planificación centrada en la persona: desarrollo del Plan de Atención Individualizado (PAI) como herramienta nuclear del modelo, consensuado entre profesionales y con la participación activa de la persona atendida y su entorno.

Soporte tecnológico: implementación de un software colaborativo que integra información social y sanitaria, permite la planificación compartida, el seguimiento continuado, la monitorización domiciliaria y la activación de alertas sociales y de salud.

Seguimiento y evaluación continua: revisión periódica de objetivos, indicadores y resultados, incorporando ajustes y mejoras basadas en la evidencia y la experiencia práctica.

Escalado y adaptación: consolidación del modelo tras la prueba piloto y ampliación progresiva del número de personas atendidas, demostrando su capacidad de adaptación a diferentes volúmenes de población y estructuras organizativas.

Esta metodología, basada en procesos claros, herramientas compartidas y enfoque centrado en derechos, permite que el modelo pueda ser transferido a otros municipios o territorios, adaptándose a distintos marcos organizativos sin perder su esencia ni su impacto social.

## Evaluación:

---

La iniciativa ha sido evaluada mediante un enfoque integral que combina resultados objetivos, medidos con escalas estandarizadas, y la valoración de la satisfacción de las personas atendidas, de las personas cuidadoras informales y de los profesionales implicados, con el objetivo de identificar el impacto del modelo y establecer claves de mejora.

En relación con la satisfacción de las personas atendidas, los resultados muestran una valoración muy positiva del modelo de atención integrada. Según la encuesta de satisfacción realizada al finalizar la intervención, más del 90 % de las personas atendidas manifestaron un nivel de satisfacción alto o muy alto con la atención recibida. Los aspectos mejor valorados fueron la sensación de seguridad en el domicilio, la continuidad asistencial, la rapidez de respuesta ante incidencias y el trato cercano y personalizado por parte de los equipos profesionales. Asimismo, la mayoría de las personas destacaron sentirse escuchadas y partícipes en la toma de decisiones, reforzando el cambio de enfoque de paciente a persona.

Las personas cuidadoras informales mostraron también un elevado grado de satisfacción con el modelo. La evaluación mediante la escala de Zarit evidenció una reducción media de 10 puntos en la sobrecarga del cuidador tras la intervención ( $p = 0,001$ ;  $d = 1,3$ ), resultado que se corresponde con una percepción subjetiva muy positiva del acompañamiento recibido. Más del 85 % de las personas cuidadoras valoraron favorablemente la mejora en la coordinación entre servicios y el apoyo profesional continuado, señalando una mayor tranquilidad y capacidad para sostener los cuidados en el entorno domiciliario.

En cuanto a los profesionales de los ámbitos social y sanitario, la evaluación interna refleja un alto nivel de satisfacción con el modelo de trabajo integrado. Más del 80 % de los profesionales participantes valoraron positivamente la coordinación interdisciplinar, la unificación de procedimientos y la utilidad del Plan de Atención Individualizado compartido. El uso del software colaborativo fue identificado como un elemento clave para mejorar la comunicación, la eficiencia y la toma de decisiones conjuntas.

Estos elevados niveles de satisfacción se acompañan de mejoras objetivas en los resultados de la intervención. Se observó una mejora significativa en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (escala Lawton-Brody,  $p = 0,001$ ;  $d = 1,6$ ), una reducción del riesgo social (TIRS,  $p = 0,002$ ;  $d = 1,0$ ) y una mejora de la valoración social global ( $p = 0,001$ ;  $d = 1,2$ ). La función cognitiva, evaluada mediante el Mini-Mental State Examination, se mantuvo estable, con desplazamiento hacia puntuaciones más altas.

De forma complementaria, la escala ETHEL permitió valorar la complejidad social y la adecuación de la intervención integrada, confirmando la pertinencia del modelo y orientando ajustes en la planificación y seguimiento de los casos.

El proceso de evaluación se desarrolló con análisis estadístico de los resultados y supervisión por un comité de ética. La elevada satisfacción de personas atendidas, cuidadores y profesionales, junto con los resultados objetivos obtenidos, confirma el valor del modelo como una atención integrada, proactiva y centrada en los derechos, la calidad de vida y la vida independiente de las personas con discapacidad.

### Trayectoria:

La creación de un nuevo modelo de atención, que evoluciona del enfoque de XP (Paciente Experto) al modelo XPD (Persona Experta en su Domicilio), ha supuesto un cambio conceptual y operativo relevante en la atención integrada, situando a la persona como agente activo de su propio proceso vital y de cuidados en el entorno domiciliario. Este enfoque ha sido reconocido a nivel europeo con el premio SPX European Awards 2025, en la categoría Innovation Category Winner, lo que constituye una validación externa independiente que refuerza el carácter innovador del modelo y su potencial de transferibilidad y escalabilidad en otros territorios y sistemas de atención integrada.

### Más info:

<https://salutweb.gencat.cat/ca/site/aiss/linies-mesures-prioritaries/atencio-integrada-entorn-domiciliari/desplegament-territorial/experiencia/manresa/>

