



Consulta la buena práctica



IxisSocialGest

Una planificación verdaderamente
centrada en la persona

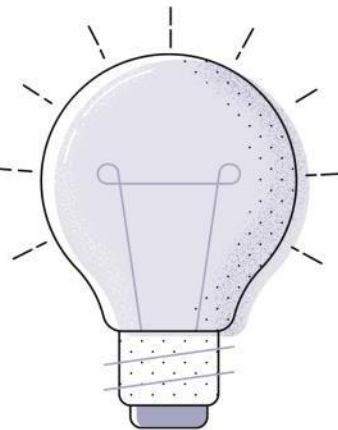


ÍNDICE

4. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA	3
5. ÁMBITO DE ACTUACIÓN.....	3
6. PERSONAS BENEFICIARIAS	4
7. TIPO DE ACTIVIDAD	4
8. ÁMBITO TERRITORIAL.....	5
9. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA	5
10. JUSTIFICACIÓN.....	7
11. OBJETIVOS	8
12. PALABRAS CLAVES	9
13. TEMPORALIZACIÓN	10
14. HITOS	10
15. RECURSOS	10
16. FINANCIACIÓN	11
17. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)	11
18. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP).....	12
19. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS	14

1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA

La buena práctica se basa en la aplicación IxisSocialGest, una plataforma digital diseñada para apoyar la Atención Integral Centrada en la Persona entidades del ámbito social y sociosanitario que atienden a personas con necesidades de apoyo. La herramienta permite centralizar toda la información relevante, estructurar planes de apoyo personalizados, coordinar a los equipos profesionales y asegurar la continuidad de la atención, mejorando la coherencia, el seguimiento y la calidad de los apoyos a lo largo del tiempo.



2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Personalización, integralidad y coordinación: experiencias aplicadas de atención o de intervención que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar y la participación de las personas que tienen necesidad de apoyos.	X
Productos de apoyo y TIC: diseño y/o implementación de tecnologías, productos de apoyo y TIC para favorecer la autonomía, la independencia, el bienestar y la seguridad, tanto de las personas que tiene necesidad de apoyos como de las personas que les atienden o cuidan.	X
Entorno físico y comunitario: experiencias que desarrollen el diseño arquitectónico, mejoras relacionadas con el entorno residencial de la persona, actuaciones ambientales dirigidas a favorecer la accesibilidad, etc.	
Desarrollo organizativo y profesional: Innovaciones organizativas, metodológicas o normativas que medien o favorezcan la aplicación del modelo, a través de cambios normativos, instrumentos de evaluación, adaptaciones en los sistemas de organización y gestión de los centros y recursos, coordinación sociosanitaria, metodologías e instrumentos de atención personalizada, adaptación de perfiles profesionales y formas de actuación.	
Acciones de comunicación: aquellas experiencias relacionadas con medios de comunicación dirigidas a romper los estereotipos e imágenes erróneas sobre la vejez, discapacidad, enfermedad, etc., que propongan una visión que ponga en valor a las personas.	
Generación de conocimiento: iniciativas dirigidas a la investigación, evaluación, publicaciones, entornos académicos que favorezcan la generación de conocimiento y visibilicen los avances en nuevos modelos de atención y/o cuidados.	
COVID-19: se refiere a aquellas iniciativas que hayan nacido o se hayan tenido que ajustar específicamente en el marco de la pandemia del virus de la COVID-19.	

3. PERSONAS BENEFICIARIAS

Personas mayores	X
Personas con discapacidad	X
Personas en situación de dependencia	X
Familias	X
Profesionales	X
Sociedad en general	
Otro/s	
Describa las características principales de las personas beneficiarias de la experiencia: Las personas destinatarias últimas de la práctica son las personas atendidas por las entidades: personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia, cuya planificación de atención gana en personalización, coherencia y continuidad. Las profesionales de las entidades (dirección, coordinación, trabajo social, psicología, profesional de referencia y otras figuras del equipo interdisciplinar) son quienes operan el sistema en su trabajo diario y constituyen, por tanto, un segundo grupo de personas beneficiarias directas. Por último, cuando la entidad lo habilita, las familias de la persona atendida pueden acceder a información relevante de su proceso, lo que constituye un tercer grupo de personas beneficiarias, reforzando su papel en el seguimiento y la participación en la atención.	

4. TIPO DE ACTIVIDAD

Centro residencial	X
Comunidades, viviendas, domicilios	X
Centros ocupacionales	X
Centros de día	X
TAD, SAD	X
Escuelas, universidades y otros centros educativos	
Lugares y centros de trabajo	
Políticas públicas	
Transporte	
Ocio	
Cultura	
Deporte	
Otro/s	
Describa el tipo de actividad de la entidad que lleva a cabo la buena práctica: La práctica se desarrolla en entidades del tercer sector que prestan simultáneamente distintos tipos de servicio dentro de una misma organización: centros residenciales, centros ocupacionales, centros de día y viviendas o pisos supervisados, entre otros. Esta diversidad de servicios bajo una misma entidad es una característica frecuente en el sector y condiciona directamente el diseño de la práctica, orientada a mantener una planificación coherente de la persona cuando esta transita entre distintos recursos.	



5. ÁMBITO TERRITORIAL

Local (Especificar municipio):	
Provincial (Especificar provincia):	
Autonómico y regional (Especificar comunidad autónoma y/o región):	
Estatal	X
Unión Europea	
Internacional	
Indique el lugar/es en los que se desarrolla la buena práctica: La buena práctica se desarrolla actualmente en múltiples entidades ubicadas en 13 comunidades autónomas de España.	

6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

La planificación individualizada de los apoyos constituye uno de los instrumentos centrales del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Sin embargo, en la práctica cotidiana de muchas entidades del Tercer Sector, ese plan se elabora en el momento del ingreso o del alta en el servicio y, a partir de ahí, tiende a perder vigencia: se revisa de forma irregular, su contenido queda accesible principalmente para quien lo redactó y, ante la rotación de profesionales, buena parte del conocimiento sobre la persona no queda registrado de forma estructurada. La consecuencia es una distancia creciente entre el plan documentado y la atención real que recibe la persona.

IxisSocialGest aborda esta distancia mediante un diseño en el que la planificación centrada en la persona no es un módulo más, sino el principio estructural sobre el que se organiza el sistema. La buena práctica que se presenta consiste, precisamente, en el modo en que la plataforma sostiene esa planificación como un proceso vivo, interdisciplinar y continuado en el tiempo.

La persona como eje de la información. El sistema no se estructura por departamentos ni por trámites administrativos, sino alrededor de la persona atendida: su historia de vida, sus necesidades, su grupo de apoyo, sus objetivos y su evolución. La ficha de cada persona reúne de forma unificada la información social, sanitaria, documental y de seguimiento, de manera que el plan individualizado se apoya en una visión completa y no fragmentada de su situación. Este planteamiento responde al principio de integralidad, que entiende a la persona como una realidad multidimensional y no como la suma de intervenciones inconexas de distintos servicios.

La valoración como base continua del plan. La calidad de un plan depende de la calidad de la valoración que lo fundamenta. La plataforma incorpora, disponibles desde el primer momento, las escalas de valoración más utilizadas en el sector —entre otras, GENCAT, Barthel o Tinetti— y permite además configurar escalas propias

adaptadas a la realidad de cada entidad y de cada colectivo. Esta combinación permite que la valoración se ajuste a la situación concreta de la persona, en lugar de forzar una lectura estandarizada que no siempre recoge su singularidad.

Un plan elaborado y revisado con la participación de la persona. Los objetivos del plan individualizado se registran vinculados a las preferencias, decisiones e intereses de la persona, y se someten a revisión periódica. El diseño busca que el plan refleje el proyecto vital de la persona —qué desea mantener, qué quiere lograr, cómo prefiere ser apoyada— y no únicamente un listado de necesidades asistenciales.

El seguimiento cotidiano que mantiene vivo el plan. La condición para que un plan sea realmente un proceso vivo, y no una fotografía tomada en el momento del alta, es que lo que ocurre en el día a día de la persona quede registrado y conectado con ella. El sistema permite recoger de forma continuada los hechos relevantes del acompañamiento —incidencias, controles y seguimientos sanitarios, cambios observados, contactos mantenidos, acuerdos adoptados en coordinación y próximas actuaciones—, dejando constancia de quién intervino, cuándo y con qué resultado. Esta capa de seguimiento cotidiano nutre el histórico de la persona y aporta a cada revisión del plan una base actualizada: la revisión periódica deja de partir de una situación desfasada para apoyarse en lo efectivamente ocurrido desde la anterior. Este flujo continuo de información es lo que mantiene el plan ajustado a la situación real de la persona.

El trabajo interdisciplinar sobre un plan compartido. Uno de los obstáculos habituales para la continuidad de los cuidados es la coexistencia de registros paralelos: cada profesional o cada disciplina mantiene su propia versión de la información. IxisSocialGest está concebido para que trabajo social, psicología, educación, enfermería, coordinación y dirección trabajen sobre una misma base actualizada, accesible en tiempo real y con permisos controlados. De este modo, la coordinación deja de depender de traspasos verbales o de documentos dispersos, y el plan se convierte en un punto de referencia común para todo el equipo.

La continuidad de la atención frente a la rotación y el tránsito entre servicios. El histórico de cada persona es acumulativo y se conserva a lo largo de los años. Esto tiene dos efectos relevantes desde la perspectiva de la continuidad. En primer lugar, la información y la evolución de la persona permanecen disponibles con independencia de que cambie el profesional de referencia, lo que resulta especialmente importante en un sector caracterizado por una elevada rotación de personal. En segundo lugar, cuando la persona transita entre distintos servicios de la misma entidad —por ejemplo, de un centro ocupacional a un programa de inserción sociolaboral, o de un centro de día a un recurso residencial—, su planificación la acompaña sin necesidad de reconstruirse desde cero en cada recurso.

Adaptación a la realidad de cada entidad. El sistema es altamente parametrizable: más del 90 % de sus campos son configurables. Esto permite que cada entidad adapte la herramienta a su forma de trabajar, a su cartera de servicios y a las particularidades del colectivo o colectivos que atiende, en lugar de imponer una estructura rígida y ajena a su realidad organizativa.

Condiciones de implementación. La incorporación de una entidad al sistema comprende una fase inicial de parametrización, en la que se adapta la configuración a sus servicios y a los colectivos que atiende; una fase de formación al equipo profesional; y un acompañamiento durante los primeros meses de uso. La práctica se

integra en el proceso de atención ordinario, sin requerir infraestructura tecnológica adicional: se apoya en los dispositivos —ordenador, tableta o teléfono móvil— habitualmente disponibles en los centros. Al tratarse de una plataforma en la nube, no precisa servidores locales y se actualiza de forma continua.

En síntesis, la buena práctica no reside en la mera digitalización de la gestión, sino en un modelo tecnológico que hace operativos los principios del Modelo AICP en el trabajo cotidiano: una planificación que recoge el proyecto vital de la persona, que es compartida por todo el equipo y que se mantiene coherente y continuada a lo largo del tiempo y del recorrido de la persona por los distintos servicios de la entidad.

7. JUSTIFICACIÓN

La iniciativa surge de una constatación recurrente en el sector: la planificación individualizada, pese a ser un instrumento nuclear del modelo de atención centrada en la persona, con frecuencia se convierte en un documento estático. Se elabora al inicio de la relación de la persona con la entidad y, posteriormente, su revisión y su uso efectivo quedan condicionados por la carga de trabajo, la dispersión de la información y la rotación de los equipos. El resultado es que el plan pierde su función como guía viva de la atención.

IxisSocialGest se puso en marcha en febrero de 2008, en un contexto en el que no existían en el mercado español herramientas de gestión diseñadas específicamente para el sector de la discapacidad desde la lógica de la planificación centrada en la persona. La motivación de origen no fue digitalizar la gestión administrativa de las entidades, sino ofrecer un sistema cuyo eje estructural fuera el proyecto vital de la persona atendida, de manera que la planificación individualizada pudiera sostenerse como un proceso continuado y no como un trámite puntual.

En su desarrollo participó de forma directa una entidad de reconocida trayectoria en el ámbito de la discapacidad, cuya experiencia contribuyó a orientar el diseño hacia las necesidades reales de las personas atendidas y de los equipos que las acompañan.



8. OBJETIVOS

Objetivo General:

Hacer operativa la planificación individualizada como proceso vivo y continuado, coherente con el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona, en las entidades del tercer sector.

Objetivos Específicos:

- Situar la historia de vida, las preferencias y los objetivos de la persona como fundamento del plan de atención, y no como información complementaria.
- Poder medir la evolución de la persona, mediante escalas estandarizadas del sector y la posibilidad de configurar instrumentos propios.
- Facilitar que el conjunto del equipo interdisciplinar trabaje sobre un plan compartido y actualizado, superando los registros paralelos por disciplina.
- Garantizar la continuidad de la planificación ante la rotación de profesionales y ante el tránsito de la persona entre distintos servicios de la entidad.
- Permitir que cada entidad adapte el sistema a su realidad organizativa y a los colectivos que atiende.

9. PALABRAS CLAVES

Palabra clave -1-: Planificación centrada en la persona

El plan individualizado, entendido como proceso vivo y no como documento estático, constituye el eje sobre el que se organiza toda la práctica.

Palabra clave -2-: Continuidad de la atención

La conservación longitudinal de la información asegura que el acompañamiento a la persona no se interrumpa ante los cambios de equipo o de servicio.

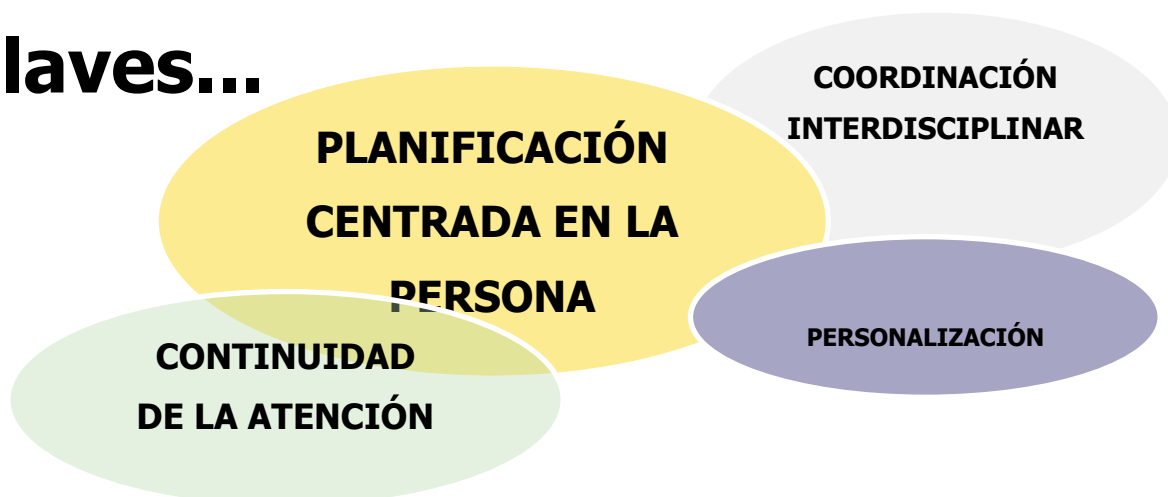
Palabra clave -3-: Coordinación interdisciplinar

La existencia de un plan compartido y actualizado permite que las distintas disciplinas actúen de forma coordinada y coherente.

Palabra clave -4-: Personalización

La combinación de valoración rigurosa y alta parametrización permite ajustar la atención a la singularidad de cada persona y de cada entidad.

Claves...





10. TEMPORALIZACIÓN

Año de inicio: 2008
Mes de inicio: Febrero

11. HITOS

Su trayectoria se sustenta en más de quince años de recorrido continuado y en un grado de implantación consolidado en el sector: en la actualidad da soporte a más de 50 entidades, más de 650 centros, más de 10.000 profesionales y más de 25.000 personas atendidas, en 13 comunidades autónomas. Varias de las entidades usuarias son organizaciones de reconocida trayectoria en sus respectivos ámbitos.

12. RECURSOS

- Personal necesario para llevar a cabo la experiencia:

La práctica se integra en el proceso de atención ordinario de la entidad y no requiere personal adicional al ya existente. El sistema da soporte al trabajo del equipo que habitualmente interviene en la atención —dirección, trabajo social, psicología, profesional de referencia y otras figuras del equipo interdisciplinar—, sin añadir una carga específica de personal para su uso.

- Recursos materiales necesarios para llevar a cabo la experiencia:

Los habitualmente disponibles en la actividad cotidiana de los centros: un ordenador y/o un dispositivo móvil o tableta con conexión a internet. Al tratarse de una plataforma en la nube, no se requieren servidores locales ni infraestructura tecnológica adicional.



13. FINANCIACIÓN

Recursos propios	
Cuota de personas usuarias	
Ingresos derivados de la prestación de servicios/productos	X
Subvenciones	
Otros	
Especificar otras fuentes de financiación diferentes:	

14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Acabar con la pobreza	
Hambre cero	
Salud y bienestar	X
Educación de calidad	
Igualdad de género	
Agua limpia y saneamiento	
Energía asequible y no contaminante	
Trabajo decente y crecimiento económico	
Industria, innovación e infraestructura	
Reducción de las desigualdades	X
Ciudades y comunidades sostenibles	
Producción y consumo responsables	
Acción por el clima	
Vida submarina	
Vida de ecosistemas terrestres	
Paz, justicia e instituciones solidarias	
Alianzas para lograr los objetivos	
No procede / No aplica	

15. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)



Principio de Autonomía

Se promueve la capacidad de autogobierno de las personas y su derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su plan de vida, así como a que sus preferencias sean atendidas, también cuando presentan situaciones de gran dependencia, pudiendo hacer elecciones entre diferentes alternativas.

El plan individualizado recoge de forma estructural las preferencias, decisiones e intereses de la persona sobre su propio proceso de atención. Las revisiones periódicas incorporan su participación en las decisiones que la afectan, de modo que la planificación refleje su voluntad y no únicamente el criterio profesional.

Principio de Individualidad

Se reconoce que cada persona es única y diferente del resto, por tanto, las actuaciones responden a criterios de personalización y flexibilidad.

El sistema parte del reconocimiento de que cada persona es única. La elevada parametrización de la plataforma y la posibilidad de combinar escalas estandarizadas con instrumentos configurables permiten que la valoración y el plan se ajusten a la singularidad de cada persona, evitando respuestas uniformes basadas en su pertenencia a un colectivo.

Principio de Independencia

Se reconoce que todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas con el fin de que, apoyándonos en ellas, se puedan prevenir o minimizar las situaciones de discapacidad o de dependencia.

La planificación se orienta a identificar y reforzar las capacidades de la persona, y no solo a compensar sus limitaciones. El registro longitudinal de su evolución facilita reconocer avances y ajustar los apoyos para sostener o recuperar autonomía funcional, en línea con una mirada centrada en las capacidades.

Principio de Integralidad

Se contempla a la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales entendidos como una globalidad a la hora de actuar con las personas. Para garantizar la actuación óptima en todos estos ámbitos, el conjunto de recursos sociosanitarios y de otros sectores deben planificarse, diseñarse y organizarse, no con el eje puesto en los servicios, sino girando alrededor de las personas para que la atención y los apoyos lleguen de manera integrada a quienes los precisan.

La unificación de la información social, sanitaria, documental y de seguimiento en torno a la persona permite abordar su situación como una realidad multidimensional. Las distintas disciplinas actúan sobre una visión común, evitando la fragmentación de la atención en intervenciones inconexas.

Principio de Participación

Se reconoce que las personas tienen derecho a participar en la elaboración de sus planes de atención y de apoyo a su proyecto de vida. Y también a disfrutar en su comunidad, de interacciones sociales suficientes y gratificantes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.

Los objetivos del plan se formulan a partir del proyecto vital de la persona y se revisan periódicamente con su implicación. Cuando la entidad habilita el acceso del entorno familiar, la persona y su grupo de apoyo pueden participar de forma más activa en el seguimiento de su proceso.

Principio de Inclusión social

Se reconoce que las personas deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno, disfrutar de interacciones positivas y variadas y tener acceso y posibilidad de acceder y gozar de los bienes sociales y culturales.

La planificación puede integrar, dentro de un mismo sistema, servicios de apoyo comunitario, centros ocupacionales y programas de inserción sociolaboral, junto con la atención residencial o de centro de día. Esto facilita que la entidad acompañe el tránsito de la persona hacia entornos más normalizados sin ruptura en su planificación.

Principio de Continuidad de atención

Se reconoce que las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

El registro continuado de los hechos del acompañamiento y su conservación acumulativa y trazable garantizan que la atención se mantenga de forma continuada y coordinada, adaptándose a la evolución de las circunstancias de la persona, con independencia de los cambios en el equipo profesional o en el servicio que la atiende.

16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS

Criterio de Innovación

Desde la experiencia se plantean cambios con respecto a los modelos tradicionales de atención o se cuestionan los enfoques clásicos relacionados con la imagen de las personas o con el modo de desarrollar intervenciones o actuaciones.

La aportación innovadora de la práctica reside en invertir la lógica habitual de los sistemas de gestión del sector: en lugar de organizar la información en torno al expediente administrativo y añadir sobre él una capa de personalización, sitúa la planificación centrada en la persona como principio estructural del sistema. Este planteamiento, adoptado desde el origen del producto, propone una forma distinta de entender la relación entre la herramienta de gestión y el modelo de atención.

Criterio de Transferibilidad

La experiencia contiene elementos y características que facilitan su generalización, replicabilidad o adaptación.

La práctica no está diseñada para un único colectivo o tipo de servicio. Se ha aplicado en la atención a personas con discapacidad, personas mayores, menores en situación de riesgo y personas en procesos de inserción sociolaboral, y en distintos tipos de recurso (residencial, centro de día, centro ocupacional, vivienda supervisada...). Esta versatilidad, unida a la parametrización del sistema, facilita su adaptación a realidades organizativas diversas.



Criterio de Trabajo en Red

Para el desarrollo de la experiencia se han establecido relaciones y acciones conjuntas con distintas entidades y agentes de la comunidad.

La práctica promueve el trabajo conjunto de los distintos perfiles profesionales que intervienen en la atención dentro de cada entidad —coordinación, trabajo social, psicología, educación, enfermería y profesionales de referencia—, articulando su actuación en torno a un plan compartido. Esta coordinación interdisciplinar constituye la base sobre la que se sostiene la coherencia de la atención.

Criterio de Perspectiva de Género

La iniciativa considera de forma transversal y sistemática las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorpora objetivos y actuaciones específicas de género o contempla su impacto por género (personas destinatarias y profesionales).

La perspectiva de género no se aborda en esta práctica como un eje específico de intervención, sino que está presente de forma transversal en la propia forma de trabajar que propone el modelo de atención centrada en la persona.

La planificación parte de la historia de vida de cada persona atendida: su trayectoria, su contexto familiar y relacional, sus preferencias, sus necesidades de apoyo y su proyecto vital. Al construirse cada plan desde ese conocimiento individual, la perspectiva de género queda incorporada de forma inherente al proceso de personalización.

Sobre esa base metodológica, la práctica incorpora además elementos concretos que permiten a cada entidad hacerla explícita cuando su modelo de intervención lo requiere:

Escalas de valoración. Junto a las escalas estándar del sector disponibles desde el inicio, la entidad puede definir y configurar las valoraciones que necesite, incluidas aquellas que respondan a necesidades detectadas en función del género de la persona atendida.

Controles y seguimientos. La entidad puede configurar los controles y seguimientos periódicos que su modelo requiera, entre ellos los asociados a circunstancias vinculadas al género, como el acompañamiento en situaciones de violencia de género. Objetivos del plan de atención individualizado. Los objetivos se definen para cada persona a partir de sus necesidades y su proyecto vital, lo que permite recoger

Criterio de Perspectiva de Género

aquellos que responden a condicionantes de género presentes en su trayectoria. Explotación de datos. La información queda registrada de forma individual y estructurada, con datos desagregados por sexo. Esto permite a la entidad generar listados y estadísticas cruzando esa variable con otras como los servicios activos, el grado de dependencia, los objetivos del plan o la participación en actividades, y así identificar posibles desigualdades en el acceso a los recursos o en la atención prestada.

Esta capacidad de adaptación responde al propio espíritu de la atención centrada en la persona: el sistema no impone un criterio de género uniforme, sino que permite a cada entidad incorporarlo con el detalle que la realidad de cada persona requiere.

Criterio de Evaluación y Resultados

La experiencia cuenta con un sistema de evaluación y medición de resultados sobre:

- 1) Efectividad y cumplimiento de objetivos
- 2) Impacto social
- 3) Sostenibilidad y viabilidad técnica y económica

La práctica cuenta con una fuente de evaluación propia: el uso continuado del sistema por parte de las entidades y profesionales que gestionan la planificación de las personas atendidas. A diferencia de una evaluación externa puntual, este enfoque permite observar el comportamiento real y sostenido en el tiempo en las tres dimensiones que contempla el criterio: si los planes se elaboran y se revisan de forma efectiva (efectividad y cumplimiento de objetivos); si esa planificación viva alcanza de forma consistente al conjunto de las personas atendidas y de su entorno de apoyo (impacto social, entendido aquí como alcance real de una atención centrada en la persona); y si el modelo se sostiene de forma consolidada en el tiempo, con independencia del tamaño o la antigüedad de cada entidad (sostenibilidad técnica y económica).

Los datos de uso se recogen del conjunto de entidades clientes, tanto de las personas actualmente activas como de todo el histórico acumulado a lo largo de los años. Para que el resultado refleje lo que ocurre en una entidad cualquiera, y no quede condicionado por el peso de las entidades más grandes o con más años de recorrido, cada indicador se calcula primero por separado en cada entidad y después se promedia entre entidades, de modo que todas cuentan por igual con independencia de su tamaño. Estos indicadores recogen la actividad de planificación individualizada (planes, objetivos y su seguimiento), la valoración de la persona, el seguimiento cotidiano (controles y contactos) y la actividad realizada, siempre en relación con el número de personas atendidas, para que la comparación sea justa entre entidades grandes y pequeñas o de incorporación más reciente.

A esto se suma una evaluación cualitativa: de forma anual se realizan encuestas a las

Criterio de Evaluación y Resultados

entidades para conocer su grado de satisfacción, adopción y uso real de la herramienta, así como su experiencia general con el sistema. La evaluación de la práctica combina así una perspectiva cuantitativa, basada en el uso efectivo del sistema, y una perspectiva cualitativa, basada en la valoración directa de quienes lo utilizan.

Los datos de uso del sistema muestran resultados globalmente positivos en las tres dimensiones de este criterio. En efectividad, la planificación se mantiene como un proceso activo a lo largo de la relación con la persona, con revisión periódica de objetivos y valoraciones, y no como un documento que se cumplimenta una única vez. En impacto social, la cobertura de planificación individualizada alcanza a la mayoría de las personas atendidas, y este comportamiento se repite de forma consistente entre entidades de distinto tamaño y antigüedad. En sostenibilidad, el modelo se sostiene en entidades con carteras de servicios diversas, lo que indica que su funcionamiento no depende de un perfil organizativo concreto.

Ambiente facilitador y otros criterios

En cuanto al entorno, aspectos socio-espaciales, comunitarios, ergonómicos y de otra tipología.

La práctica está diseñada para integrarse en el entorno de trabajo cotidiano de los centros sin alterar su funcionamiento ni exigir recursos técnicos especializados. Su carácter de plataforma en la nube, accesible desde los dispositivos habituales del centro, favorece una adopción progresiva y sostenible por parte de los equipos.