



I. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

C. OTRAS DISPOSICIONES

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y HACIENDA

ACUERDO 66/2016, de 27 de octubre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental.

El artículo 49 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos la realización de una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad física, sensorial y psíquica.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 10 establece como derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, la no discriminación por razón de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal, además de señalar que la información sobre los servicios sanitarios y los requisitos necesarios para su uso, deben resultar accesibles y comprensibles.

El artículo 70.1.10 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León atribuye a la Comunidad de Castilla y León la competencia exclusiva en materia de prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la discapacidad, la dependencia o la exclusión social.

El artículo 74 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León atribuye a la Comunidad Autónoma, sin perjuicio de las facultades reservadas al Estado, las funciones en materia de sanidad y salud pública, la promoción de la salud en todos los ámbitos, la planificación de los recursos sanitarios públicos, la coordinación de la sanidad privada con el sistema sanitario público y la formación sanitaria especializada.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge entre sus principios y valores la recuperación de la salud en sentido estricto y de la conciencia de ciudadanía, a pesar de la discapacidad causada por el trastorno. Define asimismo en su artículo 14 la prestación de atención sociosanitaria, como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, indica que la dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el

caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, dispone en su artículo 2 que entre los principios rectores del Sistema de Salud de la Comunidad de Castilla y León se encuentran la concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, protección, prevención, asistencia y rehabilitación. El artículo 11.d) establece que la Consejería competente en materia de sanidad garantizará a los ciudadanos la prestación de atención sociosanitaria, que será compartida con los servicios sociales. Atención sociosanitaria que, de acuerdo con el artículo 23, comprende los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia, la rehabilitación a las personas con déficit funcional recuperable y la atención sanitaria a las personas con problemas de salud secundarios a su discapacidad. Además, el artículo 54 de la misma Ley establece que serán objeto de actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes los grupos de personas en situación de especial vulnerabilidad, entre las que se encuentran las personas que padecen enfermedades mentales.

El IV Plan de Salud de Castilla y León, aprobado por Acuerdo 45/2016, de 21 de julio, de la Junta de Castilla y León, recoge en su Área 4 como objetivo general «mejorar la atención a personas con enfermedades neurodegenerativas y enfermedad mental», y como objetivo específico, «mejorar la atención a las personas con enfermedad mental, eliminar el estigma y promover acciones para su recuperación».

La Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, en su artículo 1.c) tiene como objeto, entre otros, establecer la coordinación necesaria para garantizar la atención integrada en colaboración con los demás servicios y sistemas para el bienestar social, en especial el sanitario.

El artículo 47.2 f) de la citada ley, establece que corresponde a la Consejería competente en materia de servicios sociales, bien directamente o a través de los organismos a ella adscritos, la elaboración y aprobación de los instrumentos técnicos y protocolos necesarios para homogeneizar la valoración de las situaciones de necesidad, la determinación del cumplimiento de los requisitos de acceso, los procedimientos para el reconocimiento de las prestaciones, la dispensación de éstas y el desarrollo de la intervención y atención de casos, así como para asegurar el funcionamiento integrado, unificado y coordinado del sistema, del que forman parte las personas con discapacidad por enfermedad mental.

Asimismo, su artículo 9, dispone que el sistema de servicios sociales de responsabilidad pública actuará en coordinación y colaboración con aquellos otros servicios y sistemas que también tienen por objeto la consecución de mayores cotas de bienestar social, y especialmente con los de educación, empleo y vivienda, y con el sistema sanitario, configurando con éste el ámbito de atención integrada de carácter social y sanitario, en los términos que se establecen en la mencionada ley. Estas directrices se centran tanto en el modelo como en las prestaciones del ámbito social y del sanitario por constituir la estructura de soporte que procura el nivel de apoyos básicos, sin los cuales resulta muy difícil acceder al resto de sistemas, necesarios en cualquier caso para garantizar una vida inclusiva a las personas con discapacidad por enfermedad mental. De acuerdo con ello se desarrollarán estrategias considerando a este colectivo especialmente vulnerable, en el ámbito de la formación, el empleo y la vivienda.

El Protocolo en materia de coordinación sociosanitaria, suscrito con fecha 28 de octubre de 2011 entre la Consejería de Sanidad, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, establece en su cláusula sexta, el compromiso mutuo para el avance del proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Por lo que a este ámbito de atención sociosanitaria integrada se refiere, preocupa especialmente la situación de las personas con discapacidad por enfermedad mental, en cuanto la complejidad de la problemática que presentan hace imprescindible potenciar el modelo comunitario de atención a la salud mental para resolver los aspectos clínico-sanitarios y prestar apoyos psicosociales que eviten situaciones de deterioro y marginación, preservando, salvo supuestos puntuales y de extrema gravedad, la capacidad de las personas con discapacidad por enfermedad mental para dirigir su propia vida, evitando limitaciones de derechos innecesarias. En caso de que sea necesario el apoyo en la toma de decisiones por encontrarse limitada esta capacidad, este apoyo deberá ir orientado al desarrollo de su Proyecto de Vida. Para el apoyo y acompañamiento en la toma de decisiones se impulsará la figura del “guardador de hecho”, eligiendo esta figura de forma preferente, por ser la que mejor se ajusta al desarrollo de los proyectos de vida de las personas con necesidades de apoyo.

Al respecto, es objetivo prioritario atender a las personas con discapacidad lo más cerca posible de su entorno a través de fórmulas con vocación comunitaria e inclusiva. La cercanía en la atención exige tener en cuenta la amplitud territorial y la dispersión de la población en nuestra Comunidad Autónoma, especialmente en el medio rural, lo que justifica la ordenación de los dispositivos y medidas que permitan acercar las prestaciones específicas al entorno más próximo de las personas que los precisen, haciendo efectivo el principio de igualdad de acceso a los mismos. Esto unido a la escasa demanda de servicio de algunas personas, y de las dificultades de acceso en otros, requiere una intervención profesional proactiva, flexible y cercana, basada en apoyos.

Asimismo, es de destacar, como elemento configurador de los instrumentos de intervención profesional en el ámbito de los servicios sociales, el Protocolo para la mejora del modelo de atención a las personas con discapacidad, suscrito entre la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad en Castilla y León (CERMI).

El colectivo de personas con discapacidad por enfermedad mental es muy heterogéneo y comparte necesidades con otros colectivos de personas, siendo ésta la primera o segunda causa de la necesidad de apoyos. Esto es así en personas con discapacidad intelectual o física, en personas mayores con necesidades geriátricas, en personas víctimas de violencia de género, en personas que tengan un trastorno mental concurrente por dependencia de sustancias psicoactivas, o en personas que se encuentren en otras situaciones de vulnerabilidad o exclusión social.

Para poder abordar una intervención inclusiva y comunitaria ante este variado compendio de situaciones de necesidad de apoyos, en el ámbito de los servicios sociales se tendrá en cuenta la amplia red de prestaciones dirigidas a la población general o aquellas otras que atiendan a otros colectivos cuando así lo aconsejen las circunstancias de cada caso, siempre y cuando sean suficientes para garantizar la calidad de vida de las personas con discapacidad por enfermedad mental. Por tanto se consideran adecuados para la atención a personas con discapacidad por enfermedad mental los servicios prestados dentro de la red de atención primaria de servicios sociales, las prestaciones del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente, los dispositivos de

la red de protección a las víctimas de violencia de género, los centros residenciales y de día de personas con discapacidad, los centros residenciales y centros de día de atención a personas mayores y las prestaciones dirigidas a las personas en riesgo de exclusión social. La asignación de estas prestaciones se realizará mediante la normativa general que rige su acceso y funcionamiento, salvo en los supuestos en que proceda la derivación para garantizar la continuidad de cuidados.

Cuando este conjunto de prestaciones y dispositivos no sea adecuado o suficiente, o bien porque la estructura técnica de los servicios que se prestan en esos dispositivos carezcan de capacidad para abordar la integración de estas personas dentro de los mismos de una forma armónica, se habilitará, teniendo en cuenta las condiciones que se detallan en las presentes directrices, y de acuerdo con los derechos que la legislación vigente reconozca a los posibles destinatarios, los dispositivos descritos en la directriz séptima, siendo propuesta su asignación a través de los Equipos Mixtos Provinciales (en adelante, EMP) o de la Comisión Mixta Regional (en adelante, CMR), en su caso.

Estas prestaciones comunitarias y de inclusión requieren resolver las dificultades de coordinación que presentan los sistemas de protección pública para que las personas con discapacidad por enfermedad mental puedan desenvolverse de forma autónoma en las diferentes áreas de la vida personal y social, valorándose diferentes grados de apoyo y supervisión.

Es preciso un modelo de atención comunitario basado en la articulación de toda una red de prestaciones de recuperación e inclusión social de salud mental y de servicios sociales tanto generales como específicos. A estos deben sumarse de forma sinérgica aquellos que desde el ámbito de la educación, las políticas activas de empleo y la economía social, faciliten que las personas con discapacidad por enfermedad mental puedan aportar a la sociedad sus capacidades de acuerdo con su rol social, accediendo al empleo, en su caso.

De acuerdo con ello, el modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental, aborda y trata de resolver las dificultades en el ejercicio de los derechos civiles de estas personas que viene dada por la fragmentación y falta de coordinación del sistema público de atención y la dificultad de las personas con discapacidad por enfermedad mental para el acceso a las prestaciones de dependencia.

Las directrices de funcionamiento del modelo de atención parten del reconocimiento de la dignidad de las personas con discapacidad por enfermedad mental, el respeto a sus creencias y valores, y asegura el apoyo cuando lo precisen, para desarrollar su Proyecto de Vida en el entorno comunitario.

Debido a las diferencias en la organización de los sistemas de sanidad y de servicios sociales, la presencia de diferentes Administraciones con competencias en la atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental y de niveles dentro de cada Administración, exige que se aborde la definición de un modelo de atención compartido, que se dote de instrumentos de coordinación estables y se vaya generando una red de prestaciones de responsabilidad pública de salud mental y de servicios sociales, flexibles y adaptadas a las necesidades de las personas.

Debe destacarse el fuerte componente de innovación social en los procesos sociosanitarios, que se ha producido en base a la estrecha relación público privada con los proveedores de servicios, en su mayoría pertenecientes al tercer sector en el ámbito de

los servicios sociales, por su adecuación a una realidad cambiante y a un amplio territorio disperso y despoblado que ha precisado que los proveedores hayan aportado una gran flexibilidad a los servicios, permitiendo su eficiencia y sostenibilidad.

La implicación de diferentes Consejerías en el modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental, determina la importancia de una actuación pública que ha de ser objeto de deliberación por parte de los miembros del Consejo de Gobierno, lo que justifica la aprobación de las presentes directrices de funcionamiento por Acuerdo de la Junta de Castilla y León, de conformidad con el artículo 16.j) de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

El artículo 70.3 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, establece que cuando un acuerdo afecte a las competencias de más de una consejería, se aprobará a iniciativa de los consejeros interesados y será propuesto por el Consejero de Presidencia y Administración Territorial, referencia que hay que entender hecha en la actualidad a la Consejera de Economía y Hacienda, de acuerdo con la disposición adicional única del Decreto 2/2015, de 7 de julio, del Presidente de la Junta de Castilla y León de reestructuración de las Consejerías.

Estas directrices han sido dadas a conocer a la Comisión Delegada para Asuntos Económicos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 51/2015, de 30 de julio, por el que se crea y regula la Comisión Delegada para Asuntos Económicos.

En su virtud, la Junta de Castilla y León, a propuesta de la Consejera de Economía y Hacienda, e iniciativa del Consejero de Sanidad y de la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, y previa deliberación del Consejo de Gobierno, en su reunión de 27 de octubre de 2016, adopta el siguiente

ACUERDO

Primero.– Aprobar las directrices por las que se ordena el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental que figuran en el Anexo de este acuerdo.

Segundo.– Las directrices orientarán la actuación de las Administraciones públicas de Castilla y León y de las personas físicas y las entidades privadas que participen en el modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental.

Tercero.– El presente acuerdo producirá efectos a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

Valladolid, 27 de octubre de 2016.

*El Presidente de la Junta
de Castilla y León,*

Fdo.: JUAN VICENTE HERRERA CAMPO

*La Consejera
de Economía y Hacienda,*
Fdo.: M.^a DEL PILAR DEL OLMO MORO

ANEXO**DIRECTRICES QUE ORDENAN EL FUNCIONAMIENTO
DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL**

Primera.– Objetivo del modelo integrado de atención socio sanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental.

El modelo integrado de atención socio sanitaria tiene como objetivo posibilitar la permanencia de las personas con discapacidad por enfermedad mental en su entorno habitual o domicilio, a través de la utilización de los recursos comunitarios disponibles, articulando de forma coordinada las intervenciones sanitarias y sociales, para lograr su inclusión en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible.

Para conseguir este objetivo se precisa adoptar las siguientes medidas:

- a) Asegurar la continuidad de la atención y de los cuidados integrados.
- b) Apoyar el Proyecto de Vida de las personas con discapacidad por enfermedad mental durante todo el tiempo que lo precisen teniendo en cuenta su ciclo vital, entendiendo por Proyecto de Vida la proyección que de acuerdo con sus elecciones y posibilidades realiza cada persona sobre las diferentes dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social.
- c) Asegurar la dotación de una red de prestaciones sociales adaptadas a las necesidades de las personas con discapacidad por enfermedad mental y la colaboración y trabajo conjunto en su caso con el sistema educativo y de empleo, entre otros.

Segunda.– Principios rectores del modelo de atención.

Los principios rectores del modelo integrado de atención socio sanitaria para personas con enfermedad mental son los siguientes:

- a) Atención centrada en la recuperación de la persona:

Cada persona dispondrá dentro de su proceso de recuperación, de un Proyecto de Vida que contenga un Plan de Apoyos Integrado, que se adapte a sus necesidades, sobre la base de su autodeterminación, que recoja sus intereses y preferencias, que tenga en cuenta el cuidado y refuerzo de sus vínculos familiares e interpersonales positivos y que parta de la consideración de la persona con discapacidad por enfermedad mental como persona con capacidad de elegir y participar en la planificación de su futuro.

- b) Continuidad de atención y cuidados:

El modelo garantiza que el tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyos que precisan las personas con discapacidad por enfermedad mental, son prestados ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal), favoreciendo la creación de comisiones de coordinación entre los dispositivos del área y entre los diferentes sectores institucionales implicados.

c) Autonomía:

El modelo está basado en el respeto y promoción de la independencia y autosuficiencia de la persona, priorizando las intervenciones que mejoran la autonomía y el autocuidado, reforzando los aspectos positivos y los recursos personales, y favoreciendo su integración en las redes y dispositivos naturales de la comunidad en la que residen.

d) Inclusión en la comunidad y participación:

El modelo de atención busca en la medida de lo posible organizar las prestaciones para posibilitar la permanencia de la persona en el territorio y en su entorno, así como para preservar los vínculos que le unen a ambos cuando sean positivos.

e) Equidad:

El modelo ofrece los recursos adecuados según las necesidades de la población, de acuerdo a criterios explícitos y racionales.

f) Calidad:

El modelo busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, en base a la mejor evidencia disponible, con intervenciones que capaciten a las personas con discapacidad por enfermedad mental a manejar su discapacidad por sí mismas.

g) Accesibilidad:

El modelo presta asistencia a la persona y a sus familiares cuando y donde la necesiten, favoreciendo la atención domiciliaria y reduciendo las barreras de acceso selectivas, como el idioma, la cultura o la edad.

h) Sistema de apoyos personalizados.

El modelo reconoce la necesidad de la personalización de los apoyos a través del Plan de Apoyos Integrado para garantizar, además de una atención individual, un nuevo rol a la persona, como protagonista de su Proyecto de Vida.

Tercera.– Personas destinatarias del modelo de atención.

1.– Son personas beneficiarias de las prestaciones descritas en la directriz séptima, las personas con discapacidad por enfermedad mental cuyas necesidades no pueden ser satisfechas por los dispositivos sociales no específicos de la red de responsabilidad pública, que cumplan, además, las siguientes condiciones:

- a) Ser ciudadano o ciudadana de Castilla y León o persona extranjera con vecindad administrativa en la Comunidad de Castilla y León, en el marco de la Constitución y de la legislación estatal aplicable.
- b) Contar con un diagnóstico de trastorno crónico complejo de salud mental o con reconocimiento de un grado de discapacidad por enfermedad mental, asociado o no a una discapacidad física o intelectual, cuyo grado de afectación no requiera apoyos extensos o generalizados

- c) Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años. Excepcionalmente podrán ser destinatarias del modelo de atención personas de otras edades cuando los dispositivos específicos de la directriz séptima se consideren los más adecuados por el EMP o la CMR.
- d) Ser usuario de dispositivos de salud mental y necesitar apoyos en su funcionamiento psicosocial para la realización de su Proyecto de Vida en la comunidad.

2.– La baja de un recurso o prestación de servicios sociales se hará motivadamente, dando audiencia a la persona y a su representante legal, en los casos que proceda.

Cuarta.– Agentes y colaboradores del modelo de atención sociosanitaria.

1.– Los agentes del modelo son las Administraciones Públicas de Castilla y León que integran el sistema sanitario público (Administración de la Comunidad de Castilla y León) y el sistema de servicios sociales de responsabilidad pública (Administración de la Comunidad y entidades locales con competencia en materia de servicios sociales).

Dichos agentes serán los encargados de detectar la necesidad, realizar la valoración, garantizar el acceso y la provisión de los servicios que necesiten las personas de acuerdo con su Proyecto de Vida, así como de su seguimiento y adaptación al recurso propuesto, asegurando la continuidad de cuidados en la atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental a lo largo de su ciclo vital.

2.– Se consideran colaboradores las personas físicas y las entidades privadas, en especial las de iniciativa social sin ánimo de lucro, que participen con los Agentes en la inclusión social de las personas con discapacidad por enfermedad mental. En concreto las siguientes:

- a) Las entidades privadas prestadoras de servicios de atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental que forman parte del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública en cuanto reciben financiación directa o indirectamente de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.
- b) Las entidades privadas que forman parte del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública por haber firmado conciertos, convenios, contratos y demás acuerdos de colaboración en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental, con la Administración de Castilla y León.
- c) Personas o entidades que voluntariamente participen en programas, servicios o actividades dirigidas a apoyar a las personas con discapacidad por enfermedad mental en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean aisladas o excluidas de la comunidad.
- d) Las familias de personas con discapacidad por enfermedad mental que son soporte y apoyo fundamental en los procesos de atención y sus diferentes fases, así como elemento clave para la mejora de la calidad de vida, la prestación de apoyos informales y la plena inclusión de la persona en la comunidad.

Quinta.– Fases del modelo integrado de atención compartido.

El funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria comprende las siguientes fases:

1.^a) Detección de la necesidad:

La detección de la necesidad de un recurso que facilite el mantenimiento en la comunidad de la persona con discapacidad por enfermedad mental corresponde a cualquier profesional de atención directa en el ámbito comunitario, en especial a los profesionales de los centros de acción social (CEAS), de los equipos de salud mental (ESM) y de los equipos de atención primaria de salud (EAP), correspondientes al domicilio de la persona, que, en el desempeño de su actividad profesional tengan conocimiento de las necesidades no cubiertas de ésta.

En las labores de detección participarán otros agentes y organizaciones sociales que con la consideración de colaboradores de los Servicios de Salud y Servicios Sociales puedan observar necesidades no detectadas, derivando dichas situaciones a los sistemas públicos.

2.^a) Valoración de las necesidades:

La valoración de las necesidades descritas en estas directrices corresponde a los profesionales integrados en los sistemas sanitario y social públicos, con competencias para realizarlas. Cuando la detección se haya producido por otros profesionales, éstos deberán emitir los pertinentes informes y los acompañarán de la documentación adicional de la que dispongan que ayude a la valoración.

La valoración versará sobre las necesidades sanitarias y sociales que concurren en el caso, ajustándose al perfil descrito en la directriz tercera.

Podrá ser impulsado el expediente bien desde el sistema sanitario o desde el sistema social, A estos efectos el sistema que impulse el expediente recabará del otro sistema la información que necesite, solicitando a la persona o a su representante legal, en caso de que no conste, autorización para compartir la información entre los sistemas de salud y de servicios sociales a los efectos de ofrecerle las prestaciones a las que tenga derecho. Una vez completada la información sociosanitaria, el expediente podrá incluirse en el orden del día para su estudio por el EMP que corresponda.

La información está completa cuando contenga, al menos, la requerida para la valoración de dependencia derivada de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, así como los informes sanitarios que sean necesarios, entre los cuales figurará, en todo caso, un informe médico complementario de salud mental, que reflejará las necesidades de apoyo para la vida diaria de estas personas, según la información del servicio de salud mental que tenga asignado el caso, y documento del que pueda deducirse la preferencia u opinión de la persona en relación al tipo de recurso que solicita. A esta documentación se podrán añadir todos aquellos informes que puedan ayudar al EMP o a la CMR a formular su propuesta de asignación de las prestaciones que se consideren más idóneas.

Cuando completada la información sociosanitaria de la persona, se aprecie la necesidad del seguimiento de su enfermedad por el sistema de salud y de un recurso social de los recogidos en la directriz octava, se enviará la misma digitalizada al órgano de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales que tenga encomendada la secretaría del EMP, que deberá incluirlo en el orden del día de la siguiente reunión programada o extraordinaria.

3.ª) Asignación de prestaciones sociales:

Corresponde la propuesta de asignación de prestaciones al EMP. La persona con discapacidad por enfermedad mental objeto de la propuesta de asignación de recurso podrá ser convocada y asistir, si lo solicita, a las deliberaciones del EMP cuando se trate su caso. En el expediente deberá constar la preferencia u opinión de la persona en relación al tipo de recurso que solicita. En cualquier caso, no se asignará ningún recurso de carácter social sin contar con la aprobación de la persona con discapacidad.

Cuando la persona rechace el recurso propuesto por los profesionales o no se encuentre disponible el que se considera más idóneo, se le ofertará en ese momento o en otras sesiones posteriores del EMP aquel que más se ajuste a sus necesidades cuando estén en línea con sus expectativas.

De todas las actuaciones que se produzcan en el transcurso de las deliberaciones del EMP se levantará acta por parte del Secretario, que la enviará a los representantes del sistema sanitario y social del EMP.

La asignación definitiva del recurso o prestación de servicios sociales se realizará por el órgano competente, en base a la propuesta del EMP, o de la CMR, en su caso.

4.ª) Seguimiento:

El sistema de salud y de servicios sociales realizará un seguimiento de las prestaciones, dentro de sus respectivas competencias, que garantice la calidad de vida de las personas destinatarias.

La baja de un recurso o prestación de servicios sociales se hará motivadamente, dando audiencia a la persona y a su representante legal.

Sexta.– Estructuras de coordinación.

Equipo Mixto Provincial (EMP).

Forman parte del EMP el Servicio de Salud Mental de cada provincia, la Gerencia Territorial de Servicios Sociales y las Corporaciones Locales competentes que gestionen las prestaciones sociales de cada provincia.

En la toma de decisiones relativas a la prestación que se propone a la persona con discapacidad por enfermedad mental, participará un representante del Servicio de Salud Mental que comprometerá el nivel de asistencia sanitaria necesario y la continuidad de cuidados de salud y el representante del sistema de servicios sociales que financie la prestación o sea titular del recurso de servicios sociales.

La actuación conjunta en el seno del EMP se llevará a cabo a través de las siguientes actuaciones:

- a) Evaluar las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de los casos derivados a través de la secretaría del EMP, así como ofrecer y asignar a la persona las prestaciones específicas de la directriz séptima, consideradas idóneas de acuerdo con su Proyecto de Vida, entre las disponibles o en su caso establecer planes alternativos temporales.
- b) Realizar las revisiones de aquellas situaciones en que se produzcan desajustes entre el recurso asignado y la adaptación de las personas al mismo, proponer las bajas de las prestaciones específicas cuando éstas no sean necesarias o se considere que definitivamente no han resultado adecuadas.
- c) Proponer a la persona el recurso que mejor se adapte a su Proyecto de Vida.
- d) Proponer la asignación de prestaciones de carácter social al órgano competente.

Cuando el recurso de la red específica de servicios sociales no sea adecuado y se precise otro de la red normalizada, se realizará una información y orientación a la persona afectada o a su representante legal para que presente la solicitud donde corresponda. La información y orientación a la persona con discapacidad, la realizará preferentemente el técnico o persona de su entorno en la que la persona confíe.

Si se hubiera derivado una persona desde un EMP a un recurso de otra provincia, y resultara inadecuado de acuerdo con el perfil de necesidad establecido en la directriz tercera, se realizarán las gestiones pertinentes por parte de la CMR para que la persona retorne al dispositivo sanitario o social desde el que partió u otro, de la demarcación territorial de origen. Transcurridos 6 meses desde que la persona ingresó en el recurso se considerará adecuado, correspondiendo a la demarcación territorial de destino la continuidad de atención.

Corresponde a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales la convocatoria y gestión de la secretaría del EMP, órgano que adoptará sus decisiones por consenso. En caso de falta de prestaciones adecuadas o discrepancia manifiesta, el asunto será puesto en conocimiento de la CMR para que resuelva.

Podrán asistir a las reuniones del EMP, por invitación de éste, las entidades proveedoras de servicios que se vayan a encargar de la gestión operativa de los casos y aquellas que en dicho momento lo estén haciendo. Cuando asistan las personas a las que se les va a ofertar prestaciones, se les pedirá autorización para que participen en la sesión otras personas que no son miembros obligatorios del EMP.

Cuando así lo consideren adecuado los titulares del EMP, se podrá invitar a representantes de otros sistemas de protección públicos o proveedores de servicios de otros ámbitos.

Cuando el EMP trate de casos complejos de personas con drogodependencia podrán participar las entidades que estén o hayan estado implicadas en su tratamiento.

Se programarán tantas reuniones del EMP como sean necesarias, de modo que se ocupen con prontitud todas las vacantes de las prestaciones sociales puestas a disposición del EMP para su propuesta de asignación. Teniendo esto en cuenta, la secretaría del EMP velará para que el ritmo de reuniones se ajuste a los principios de eficacia y economía administrativa.

Comisión Mixta Regional (CMR).

Reúne a la Consejería de Sanidad, a través del Servicio de Asistencia psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria y al Servicio de Concertación de la Gerencia de Servicios Sociales.

La CMR resuelve los casos derivados por los EMP por falta del recurso adecuado en su área, por disparidad de criterios o por dificultad en la coordinación de procedimientos, así como resolver los retornos de las personas mal derivadas desde los EMP.

El Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria convoca y presta asistencia a esta Comisión. Las decisiones se tomarán por consenso de las partes. Los acuerdos de la CMR se comunicarán a los EMP.

Se programarán tantas reuniones de la CMR como sean necesarias, de modo que se ocupen con prontitud todas las vacantes de las prestaciones sociales puestas a disposición de la CMR para su propuesta de asignación, y para la resolución de las discrepancias que surjan en el funcionamiento de los EMP.

Séptima.– Prestaciones. Disponibilidad de una red de prestaciones sociales y sanitarias de responsabilidad pública.

La inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad por enfermedad mental, supone la posibilidad de su atención normalizada a través de las prestaciones existentes, como la ayuda a domicilio, la prestación económica para la asistencia personal o el servicio de atención residencial.

Dichas prestaciones se compatibilizan con otras específicas, cuya creación o fomento responde a la atención de las necesidades específicas de las personas con discapacidad por enfermedad mental en función del proceso o momento vital, con el objetivo del máximo control por la persona de su vida cotidiana y el apoyo a su Proyecto de Vida, sin descuidar la atención sanitaria que pueda necesitar.

Las prestaciones específicas para la atención de las personas con discapacidad por enfermedad mental contarán con servicios adaptados a sus necesidades y profesionales con formación suficiente para dar soporte al Plan de Apoyos Integrado derivado del Proyecto de Vida de los usuarios. Esta atención específica podrá ser prestada mediante servicios o centros que atiendan de forma exclusiva a personas con discapacidad por enfermedad mental o bien compartida con otros perfiles de necesidad, teniendo una especial importancia este último caso en el medio rural, siendo todo ello garantía de atención para las personas en sus entornos más inmediatos, al tiempo que permite un mayor aprovechamiento, coordinación y eficiencia de las prestaciones que puedan existir.

Lo que diferencia cada recurso es la intensidad en el nivel de apoyos, de servicios y de presencia o seguimiento de profesionales, que se presten al usuario, teniendo en cuenta que el objetivo es la máxima autonomía y participación de la persona con discapacidad por enfermedad mental. Aspecto este último esencial, teniendo en cuenta que el pleno desarrollo del Proyecto de Vida de cualquier persona requiere su inclusión en el medio comunitario.

La red de prestaciones sociales y recursos sanitarios de responsabilidad pública está integrada por:

1.º) Recursos sanitarios:

Los recursos sanitarios que atienden a las personas con discapacidad por enfermedad mental, garantizando el tratamiento y la continuidad de la atención son:

- El nivel primario de atención, con los Equipos de Atención Primaria.
- El nivel de atención especializada:
 - Todos los dispositivos de la red de Salud Mental dependientes de la Gerencia Regional de Salud.
 - Cualquier otro recurso de Atención Especializada, no dependiente de la red de Salud Mental.

2.º) Prestaciones de servicios sociales:

Las prestaciones de servicios sociales cuya propuesta de asignación corresponde a los EMP o a la CMR son:

a) Residencias.

Servicio con alta supervisión que incluye el alojamiento y garantiza la calidad de vida y la atención integral, continuada y adaptada a las necesidades de las personas con discapacidad por enfermedad mental, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades, en un entorno normalizado y accesible, en tanto adquieren habilidades para utilizar un servicio de menor nivel de apoyos profesionales. Su tamaño máximo aconsejado será de 40 plazas, y estará integrado por varias unidades de convivencia de no más de ocho plazas.

A estos efectos se entenderán como unidades de convivencia la estructura espacial, compuesta por habitaciones con baño, sala de estar, cocina y demás elementos de una vivienda, con dimensión y ambiente de hogar para un tamaño máximo aconsejable de 8 personas.

Comprende:

- Alojamiento y manutención.
- Atención las 24 horas a las necesidades cotidianas de manera que se fomente la autonomía personal, mediante el apoyo en las actividades de la vida diaria, tanto en las básicas como en las instrumentales, los apoyos sobre pautas de autocuidado y control del entorno, y el acompañamiento.

b) Viviendas supervisadas.

Servicio con supervisión limitada que garantiza una atención de la persona con discapacidad por enfermedad mental compatible con un estilo de vida normalizado, promoviendo su vida autónoma, y potenciando su inclusión social. La ocupación máxima aconsejada será de cuatro personas. Se impulsarán, siempre que así lo aconseje el Proyecto de Vida de la persona, la utilización de viviendas individuales.

Comprende:

- Alojamiento
- Manutención según Proyecto de Vida.
- Atención a las necesidades cotidianas de manera que se fomente la autonomía personal, mediante el apoyo en las actividades de la vida diaria, tanto en las básicas como en las instrumentales, los apoyos sobre pautas de autocuidado y control del entorno, y el acompañamiento.
- Servicio telefónico cubierto por profesionales de la entidad, para situaciones de emergencia que cubra las 24 horas del día.

c) Centro de Día

Servicio que garantiza la atención integral y continuada a las necesidades de la persona con discapacidad por enfermedad mental durante la jornada diurna, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades según el rol social de su ciclo evolutivo, con especial atención a la posibilidad efectiva de su inclusión laboral.

Comprende:

- Promoción de la autonomía personal.
- Transporte, según Proyecto de Vida.
- Colaboración en el mantenimiento o mejora del nivel de salud de los usuarios.
- Desarrollo de las habilidades ocupacionales, laborales y sociales que faciliten la inclusión sociolaboral.

d) Servicio de Asistencia Personal.

Servicio profesionalizado de apoyo a las personas en situación de dependencia para desarrollar su Proyecto de Vida conforme a sus necesidades, intereses y expectativas.

Comprende fundamentalmente las siguientes actuaciones:

- tareas personales
- apoyo en el hogar
- acompañamiento social o laboral
- supervisión y coordinación
- apoyo en la capacidad de comunicación

e) Servicio de Promoción de la autonomía personal.

Conjunto de intervenciones dirigidas, en función de las necesidades de cada persona, a prevenir o reducir una limitación en la actividad o alteración de la función física, intelectual, sensorial o mental, así como mantener o mejorar habilidades ya adquiridas, con la finalidad de conseguir el mayor grado posible de autonomía personal, adaptación a su entorno, mejora de la calidad de vida e integración en la vida comunitaria.

f) Equipos para la promoción de la autonomía personal EPAP.

Equipos de intervención social de apoyo específico a los CEAS, integrados en la estructura de las corporaciones locales como recurso de atención especializada en el primer nivel del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública.

Su finalidad es la de prestar soporte comunitario a través de la intervención en el entorno habitual de la persona.

Por lo que a las personas con enfermedad mental se refiere, el objetivo es su mantenimiento en la comunidad, evitando en ciertos casos la institucionalización y en otros prestando los apoyos necesarios para la reintegración a su medio tras una estancia hospitalaria.

La derivación para la intervención del EPAP se realizará de manera directa a propuesta del CEAS correspondiente, no obstante, también podrá realizarse a propuesta del EMP.

Octava.– Instrumentos para la prestación de apoyos en las prestaciones sociales.

Toda persona derivada a una prestación o recurso social de los establecidos en la directriz séptima, apartado segundo, deberá contar con un Proyecto de Vida y un profesional de referencia en un plazo no superior a 3 meses desde el acceso.

Corresponde prestar la ayuda a la persona en la elaboración de su Proyecto de Vida y la elaboración del Plan de Apoyos Integrado al equipo profesional que gestione el recurso o prestación asignado.

Corresponde a la dirección del recurso o prestación asignado, la designación del profesional de referencia.

1.– El Proyecto de Vida.

Consiste en la proyección individual que realiza cada persona sobre todas las dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social, e incluye tanto sus metas como los apoyos informales de las personas de su entorno familiar y social, los apoyos normales existentes en su comunidad y los apoyos formales por los servicios sociales, los del sistema sanitario y los del resto de sistemas de protección públicos. Contendrá un Plan de Apoyos Integrado.

El Plan de Apoyos Integrado, es el instrumento técnico, que sobre la base del conocimiento del Proyecto de Vida de la persona, planifica y organiza los apoyos que sean precisos para que esa persona pueda vivir de acuerdo a sus valores, deseos y preferencias en relación a todos aquellos aspectos que configuran la forma personal de entender el bienestar y abordar la propia vida.

Se trata de un documento elaborado por el equipo profesional (personal técnico y profesional de referencia), con la participación de la persona con discapacidad de forma individual o colectiva ayudada por su grupo de apoyo, que recoge la información sobre la historia de vida de la persona, sobre sus valores, preferencias, costumbres, expectativas, deseos, sobre sus capacidades y déficits, organizando en base a esa información los apoyos que la persona necesita para desarrollar su proyecto en los diferentes ámbitos de la vida.

Se realizará una evaluación periódica del Plan de Apoyos Integrado y de sus resultados en cuanto a la mejora de la calidad de vida de la persona usuaria.

2.– El profesional de referencia.

A toda persona usuaria de una prestación se la asignará un profesional de referencia una vez superada la fase de adaptación al centro o al servicio, quien tendrá las siguientes funciones:

- a) Establecer con la persona usuaria una relación de apoyo, constituyendo para él una figura de referencia, para la atención, canalización y resolución de sus problemas y demandas.
- b) Facilitar la coordinación diaria de todas las actuaciones relativas a la persona con discapacidad, la ejecución y el desarrollo de las actividades en las que participe, adecuándolas a los objetivos previstos en su Proyecto de Vida y orientándola en beneficio de su desarrollo personal y social.
- c) Apoyar el desarrollo del Proyecto de Vida y las actuaciones concretas que integren el mismo de cada persona usuaria a él asignada, llevar a cabo el seguimiento continuado de la persona y proponer cuando proceda, las adaptaciones pertinentes en dicho Proyecto de Vida.
- d) Servir de enlace y referencia de la familia, en su caso.
- e) Asegurar el puntual y completo registro de las incidencias, datos y observaciones sobre la persona usuaria y su evolución, recopilar información sobre ella, incorporándola a los informes que hayan de ser elaborados sobre la evaluación y seguimiento del Proyecto de Vida, compartiendo con el resto del personal que corresponda la información disponible sobre aquella, y lo determinado sobre ella en las sucesivas reuniones del equipo de atención directa.
- f) Cuidar de que se incorporen al expediente de la persona usuaria todos los documentos y datos que deban ser recogidos en él, garantizando su ordenación y permanente puesta al día.
- g) Responsabilizarse del funcionamiento y dinamización del grupo de convivencia en el que, como unidad funcional básica, se integran las personas usuarias a él asignadas.