

PROCESO INTEGRADO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL



Comisión Mixta Regional

Aprobado 18/11/10
Revisado el 13/04/11 y
REVISADO: 12/06/2012

PROCESO INTEGRADO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL.

I. PRESENTACIÓN.

La atención integral a la población con discapacidad por enfermedad mental requiere de una red de servicios psiquiátricos completa y adecuada, así como de la existencia de una red de equipamientos sociales, bien dimensionados, que atienda las diversas situaciones derivadas de la discapacidad secundaria a dichas condiciones o de las circunstancias sociales adversas que son frecuentes en la evolución de estas patologías.

El Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU ha acuñado el concepto de “Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario” que incluye las atenciones sociales en la organización local de una red coordinada de servicios, recursos y programas de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible.

Liberman (1.988) y Stroul (1989), con el concepto de “Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario plantean la necesidad de la organización y articulación de una red integral y coordinada de servicios y programas para las personas con discapacidad por enfermedad mental que cubran las múltiples necesidades derivadas de las enfermedades mentales incluyendo el alojamiento y atención residencial.

La carencia de soporte social y residencial limita la eficacia de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras a nivel hospitalario, obligando a mantener estancias hospitalarias innecesarias por razones terapéuticas (Carling y Ridgway, 1985). Aparece en muchos casos lo que señalan estos autores, el fenómeno de la “puerta giratoria”, esto es, la serie de reingresos repetidos de un mismo paciente en un espacio breve de tiempo.

Por otra parte la insuficiencia de adecuadas alternativas residenciales y sistema de soporte comunitario supone que recaiga en muchos casos la responsabilidad del cuidado y apoyo sobre las familias, generando situaciones de sobrecarga y tensión (Hatfield y Lefley, 1987). En otras ocasiones la falta de estos equipamientos está en la base del vagabundeo y la marginación social que caracteriza a los denominados enfermos mentales “sin techo”.

La discriminación y el estigma asociado a la enfermedad mental constituyen también barreras sociales que limitan la utilización de los dispositivos generales de atención y alojamiento disponibles para la población general. Así mismo, los insuficientes ingresos económicos de gran parte de estas personas y la situación de pobreza de algunos de ellos constituyen otra barrera importante.

Los planes en Salud Mental de la Comunidad Autónoma han trazado un camino en el que inevitablemente debían confluir las redes de Sanidad y Servicios Sociales como sistemas complementarios para conseguir la continuidad de cuidados a las personas con trastornos mentales a lo largo de su itinerario vital. El objetivo es loable para cualquier colectivo y la práctica aconsejable para una atención centrada en la persona, sin embargo, para las personas con discapacidad por enfermedad mental es totalmente necesario ya que su itinerario vital está jalonado de recaídas y recuperaciones que deben ser atendidas de forma continua.

Por otro lado, para conseguir que la persona se encuentre en las mejores condiciones para mantener una vida autónoma, se necesita de un trabajo imprescindible dentro de la red de salud mental, y de la continuidad dentro de los distintos dispositivos tanto sanitarios como sociales.

El distinto enfoque en de la prestación de servicios a las personas con trastornos mentales tanto desde la red de salud mental, como en la de los servicios sociales, tiene el riesgo de conducir a una fragmentación de las intervenciones. El elemento común a ambas redes es conseguir la mayor autonomía de la persona, que es la idea que se pretende vertebrar con proceso integrado de atención compartido entre salud mental y servicios sociales.

Una vez identificada la necesidad común, asumido que la persona con discapacidad por enfermedad mental es fundamentalmente persona y simultáneamente paciente/usuario y destinatario de los dos sistemas, se precisa establecer en qué forma debe conformarse la prestación integrada de servicios para garantizar la continuidad de cuidados.

El primer aspecto a considerar es la organización territorial de las dos redes y aunque en ambos sistemas nos encontramos con atención básica o primaria y específica o especializada, se constata la complejidad y diferencias tanto en la organización de ambas estructuras como en la presencia de diferentes administraciones y de niveles dentro de cada administración que poseen competencias en la atención a este colectivo.

Con este panorama, asegurar la continuidad de cuidados supone un gran reto. Hay experiencias en España muy interesantes en las que se han dado respuestas diferentes para conseguir el mismo objetivo. Esto lo que demuestra es la necesidad de adaptar el modelo de atención a las circunstancias condicionantes de cada realidad. La implantación de los equipos de coordinación de base, como primer intento de establecer

un foro común entre los distintos sistemas para dar una solución consensuada centrada en la persona, nos ha suministrado una valiosa experiencia ya que de sus aciertos y de sus debilidades se han sacado gran parte de las conclusiones básicas para el diseño de este proceso.

De este modo la provincia (con sus corporaciones locales competentes)/área de salud como ámbito territorial básico común a ambas redes (con las excepciones de Valladolid y León), es el primer elemento que sirve de base para construir un lugar de encuentro entre los dos sistemas. El segundo elemento es la necesidad de establecer una estructura, que garantice la asignación de recursos, y permeabilice las fronteras entre los dos sistemas. El tercero es la concordancia en la necesidad de desarrollar en todas las provincias/áreas de salud una red de recursos de responsabilidad pública, tanto de salud mental como de los servicios sociales. El cuarto elemento supone definir una metodología de trabajo conjunto que, relacionada con la gestión por procesos, intenta desarrollar en la práctica un modelo de atención integrada manteniendo la responsabilidad de cada red en lo que le es propio. Por último la implantación inicial se ha realizado con carácter piloto en la provincia/área de salud de Zamora, y el Equipo para la Promoción de la Autonomía Personal (EPAP) en el área de servicios sociales de Prádena con la Diputación provincial de Segovia, con el fin de poder sacar conclusiones, y extender la experiencia de forma controlada y mejorada al resto de la comunidad autónoma.

En esta dirección se pone en marcha el **“Proceso integrado de atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental”** que pretende garantizar la asistencia a toda la población que con esta patología, necesite no solo asistencia psiquiátrica sino también soporte social para desarrollar su vida.

II. MARCO NORMATIVO

- Ley 16/ 2010, de 20 de Diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León
- Decreto 13/1990 de 25 de enero, por el que se regula el Sistema de Acción Social de Castilla y León
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Capitulo tercero. De la salud mental. Artículo 20.
- Ley 8/2010 de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. Incorpora la atención sociosanitaria encomendando su desarrollo a las Consejerías competentes en Sanidad y Servicios Sociales.
- Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León.
- Ley 39/2006 de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Contempla el sistema de atención, ayudas y prestaciones residenciales para las personas en situación de dependencia y sus familias.

III. PRINCIPIOS DEL MODELO:

1. Atención centrada en la persona.

Cada persona habrá de disponer de unos objetivos de actuación que se adapten a sus necesidades clínicas y sociales particulares y que recojan sus intereses y preferencias considerando al enfermo mental como persona con capacidad de elegir y participar en la planificación de su futuro. Por ello, la atención individual habrá de primar sobre el conjunto de actuaciones estandarizadas. En cualquier caso se cuidarán y reforzarán los vínculos familiares e interpersonales existentes teniendo este aspecto en cuenta a la hora de utilizar los recursos disponibles.

La incorporación a este proceso de atención de una persona con trastornos mentales se realiza por prescripción de la Red de Asistencia Psiquiátrica sobre la base de la valoración de las necesidades del sujeto, en muchas ocasiones tras culminar un proceso de rehabilitación psicosocial.

2. Continuidad de atención y cuidados.

Las personas con trastornos mentales que entren a formar parte de este proceso de atención tendrán asegurada la continuidad de atención, a través de las actuaciones, servicios y recursos que se pongan a su disposición según el plan establecido para la consecución de los objetivos previstos.

3. Atención integral y promoción de la autonomía personal.

En la atención habrán de tenerse en cuenta los diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se ven afectados por las enfermedades mentales graves y prolongadas. Los apoyos se basarán en el “principio de apoyo a la autonomía” según el cual incluso las personas con mayor autonomía requieren apoyo para afrontar con éxito nuevas situaciones de complejidad creciente en lo relativo a la inserción comunitaria.

4. Integración en la comunidad y participación.

El proceso de atención busca en la medida de lo posible garantizar la permanencia del individuo en su familia y entorno por lo que habrá de desarrollarse una infraestructura de servicios ubicados en un entorno comunitario que permita cubrir la demanda existente en las provincias de Castilla y León.

5. Coordinación de sistemas, recursos y profesionales.

La puesta en marcha de este proceso de atención coordinada exige la reordenación e implementación de los recursos asistenciales de las redes de asistencia psiquiátrica y de servicios sociales (tanto de titularidad de la Gerencia como de las Corporaciones Locales), así como el establecimiento de cauces de comunicación y decisión conjunta que permitan que las prestaciones de los diversos subsistemas de atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental sean complementarias entre sí.

6. Búsqueda de la efectividad y eficiencia en la utilización de los recursos.

La intervención conjunta y coordinada de la atención psiquiátrica y social, a las personas con trastornos mentales, permite agilizar la asignación del recurso disponible que mejor se adecue a la evolución vital de la persona, mejorando a su vez, las posibilidades de permanencia e integración en la comunidad. Todo ello, tiene por objeto prevenir situaciones con alto riesgo de marginación, y favorecer la disminución de los costes sociales y económicos.

IV. POBLACIÓN DIANA

Personas con trastornos mentales, entendiéndose por tales lo que recoge la definición elaborada por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (1.987), en torno a las dimensiones de diagnóstico, discapacidad, y duración: principalmente esquizofrenia y otras psicosis graves, trastornos depresivos graves, trastornos delirantes y algunos trastornos graves de personalidad, con dificultades importantes en la capacidad de la persona para llevar una vida autónoma en el ámbito personal y social y duración de la enfermedad y del tratamiento al menos dos años.

Podemos definir actualmente en nuestra comunidad dos subpoblaciones que precisan tanto asistencia psiquiátrica como soporte social para el desarrollo de su vida:

- Personas con discapacidad por enfermedad mental que viven en la comunidad y a quienes la pérdida de la familia, o la falta de soporte familiar adecuado, les pone en peligro permanente de desestabilización clínica y/o les impide mantener un vida normalizada en la comunidad.
- Personas con discapacidad por enfermedad mental que tras haber alcanzado su potencial de rehabilitación carecen de la autonomía suficiente que les permita incorporarse a un recurso normalizado o en su ámbito familiar.

V. OBJETIVOS

GENERAL

Garantizar la continuidad de la atención sanitaria y social dirigida a personas con discapacidad por enfermedad mental de Castilla y León, mediante la coordinación y desarrollo de recursos específicos por parte de los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales.

ESPECÍFICOS

- Favorecer la vida autónoma y la integración en la comunidad.
- Proporcionar soporte social, incluido alojamiento.
- Garantizar la atención a personas con trastornos mentales, aun cuando el recurso idóneo no este disponible.
- Coordinar las atenciones sociales y sanitarias.

VI PROCESO DE ATENCIÓN

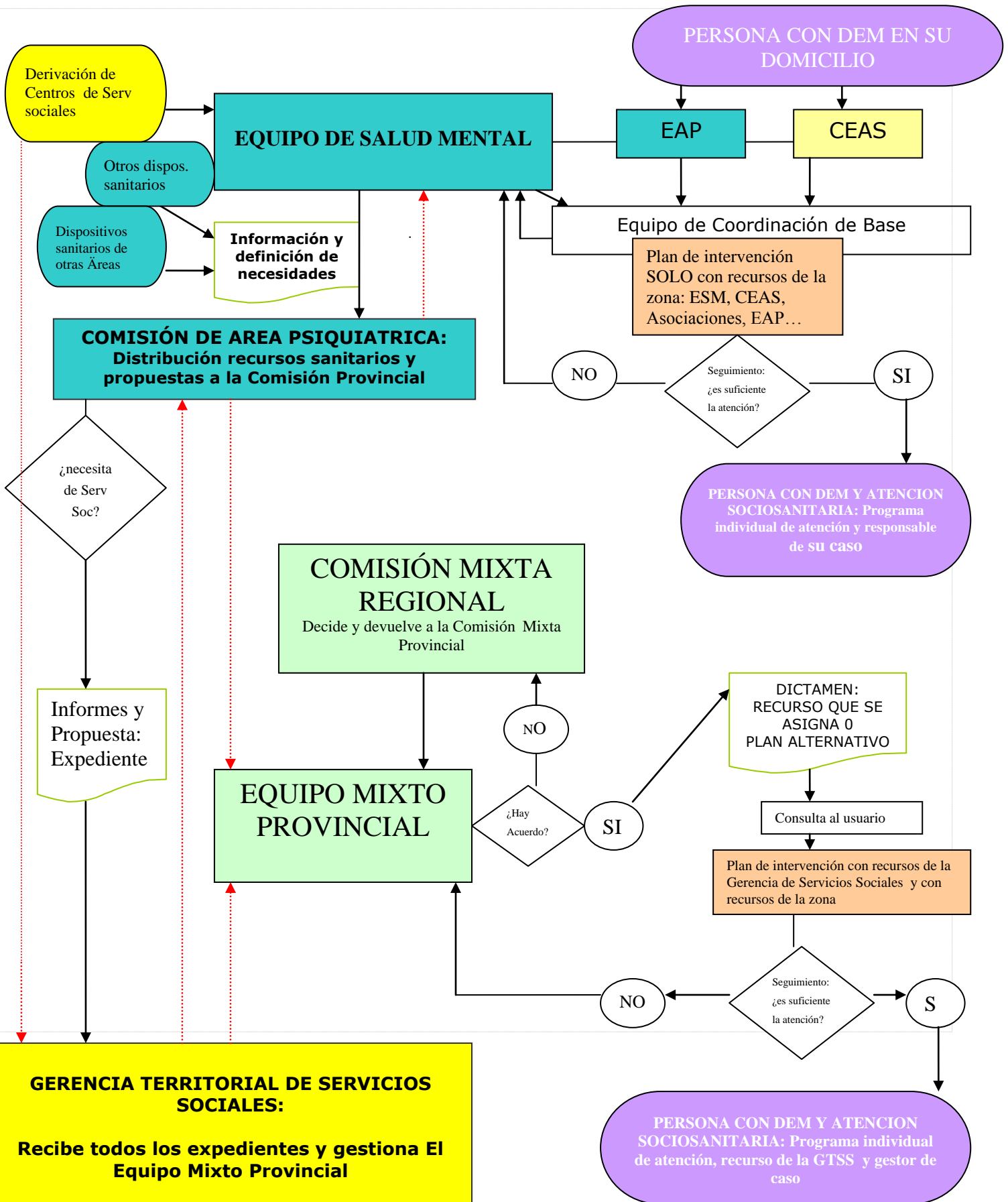
ASPECTOS GENERALES.

El “proceso de atención” que a continuación se describe tiene como principal objetivo establecer un modelo de intervención integrada, de carácter sociosanitario, dirigido a personas afectadas por una discapacidad cuando necesitan apoyo de los sistemas de salud y servicios sociales (Sociosanitario).

La garantía de la atención continuada a este grupo de población que se recoge en el diagrama adjunto, tiene en cuenta los siguientes aspectos previos:

1.- **La atención psiquiátrica**, dependiente del sistema público, atiende a todos los ciudadanos de Castilla y León que lo necesiten en función de su patología. El proceso de atención compartida que definimos, garantiza la continuidad de cuidados psiquiátricos por parte del sistema sanitario público, independientemente del lugar donde resida la persona enferma.

2.- **La atención social** se presta a través del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública (Gerencia de Servicios Sociales y Corporaciones Locales), el cual se organiza en el territorio en base a una serie de estructuras funcionales, como los Equipos de Acción Social Básica y los Equipos Multidisciplinares Específicos, entre los que se encuentran los Equipos para la Promoción de la Autonomía Personal (EPAP), y asimismo incorpora un catálogo de prestaciones entre las que figuran la atención residencial y el centro de día.



FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN.

El proceso de atención comprende **cinco** fases: **detección** de la persona con discapacidad por enfermedad mental, **valoración** de sus necesidades, **resolución** y **notificación de recursos y servicios concedidos**, realización del **Plan de intervención** y **seguimiento**. Todas deben completarse siempre para garantizar la calidad de la atención, independientemente del nivel asistencial donde se encuentre el enfermo o de los recursos que se vayan a utilizar.

1ª Fase: Detección.

A) EN EL DOMICILIO

La detección de persona con discapacidad por enfermedad mental se realiza normalmente desde los niveles comunitarios de intervención, ya sean de la red sanitaria y/o social, los cuales, por proximidad con la persona afectada y su entorno, serán quienes primero observen la situación o reciban la demanda de ayuda.

La captación de la necesidad podrá realizarla cualquier profesional de atención directa en el ámbito comunitario: CEAS, Equipo de Atención Primaria de salud (EAP) y Equipo de Salud Mental (ESM), o de forma conjunta en el Equipo de Coordinación de Base (ECB). **El ESM aglutinará la información sobre la persona con el fin de valorarla, completarla, y responsabilizarse del proceso de atención individual.**

Si de los primeros contactos entre los profesionales de las redes de atención, se deduce la necesidad de algún **recurso** es conveniente iniciar el trámite de **reconocimiento de dependencia**, según el procedimiento administrativo regulado por la Orden FAM 824/2007 de 30 de abril. Así mismo no debe olvidarse, el **reconocimiento de discapacidad**, dado que este trámite es imprescindible para el acceso a otros recursos como pensiones no contributivas, beneficios fiscales, etc.

Con carácter general, cuando el CEAS o el EAP realicen la detección de un caso contactarán con el ESM correspondiente para verificar la atención psiquiátrica y en su caso promover el inicio de la asistencia sanitaria normalizada.

Puede ocurrir que en esta fase ya se detecte que la persona tiene una escasa conciencia de enfermedad y existen dificultades para que reciba la atención psiquiátrica que necesita, por lo que es necesario un abordaje previo a su incorporación a la red

sanitaria. En este caso la intervención inicial podrá plantearse en el ámbito de trabajo del ECB y con la utilización de recursos sociales básicos, incorporando al EPAP, o por el contrario, si la atención sanitaria está normalizada, se iniciará el proceso de valoración e intervención, orientada desde el ESM, para la utilización de los recursos específicos.

B) CUANDO LA PERSONA SE ENCUENTRA EN UN CENTRO SANITARIO

En este caso serán los profesionales responsables de la persona los que, en relación con el ESM correspondiente y previamente al alta, realizarán la valoración de las necesidades que se van a generar para iniciar los trámites de inserción en el proceso de atención, incluida la necesidad o no del apoyo del EPAP en la fase inicial de integración en el domicilio, enviando a la Comisión de Área Psiquiátrica, los informes complementarios necesarios.

C) CUANDO LA PERSONA SE ENCUENTRA EN UN CENTRO DE CARÁCTER SOCIAL

Como regla general la atención sanitaria de la persona que se encuentra en un recurso social se prestará a través de la red de salud del área donde está ubicado el centro. En aquellas situaciones en las que el recurso social cuente con personal sanitario especializado, éste deberá mantener un contacto periódico con el dispositivo de la red de salud pública que corresponda, con el fin de favorecer una labor de coordinación continua.

En caso de que la persona no mantuviera contacto con su ESM, es imprescindible incorporar al paciente a la red de asistencia psiquiátrica y normalizar la atención, por lo que los profesionales del centro, enviarán al ESM correspondiente la información necesaria sobre la situación sociosanitaria de la persona, así como la valoración profesional y la propuesta de atención. El ESM podrá solicitar al centro la información necesaria para completar el historial mínimo del caso y en coordinación con éste citará al paciente a una consulta de valoración inicial.

2ª Fase: Valoración de necesidades y propuesta de acceso a servicios o recursos sociales.

La valoración de necesidades es una fase fundamental del proceso de atención. Debe contemplar todos los aspectos de la persona y su entorno, y solo así sustentará un plan de intervención eficaz.

1.- LA VALORACIÓN DE NECESIDADES

A) SI LA PERSONA A VALORAR ESTA EN SU DOMICILIO, y la necesidad sociosanitaria requiere recursos comunitarios básicos, será suficiente la convocatoria del ECB, que garantizará la participación tanto del EAP y CEAS-EPAP como del ESM, e incluso otros actores que pudieran estar interviniendo con la persona, mediante la cumplimentación de la Guía de Gestión Compartida de Casos Sociosanitarios.

Cuando para la resolución de la situación, por presentar la persona simultáneamente necesidades sanitarias y sociales de especial complejidad que le hacen especialmente vulnerable y que requiera la actuación de ambos sistemas, se emitirán los informes técnicos necesarios para la intervención que serán remitidos al ESM que realizará la valoración integral del caso, siempre manteniendo la relación de coordinación con los dispositivos comunitarios intervinientes. El ESM, a través de su responsable o el gestor de caso, expondrá la valoración y propuesta de intervención de cada caso en la Comisión de Área Psiquiátrica.

El ESM de distrito, como conductor del proceso, deberá valorar y completar el expediente y remitir toda la información sobre el caso a la Comisión de Área Psiquiátrica (Servicio de Psiquiatría del Área de Salud correspondiente).

B) Cuando la persona se encuentre **INGRESADA EN UN DISPOSITIVO DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA de área** y tenga las necesidades arriba señaladas, el expediente lo realizará, como se ha dicho anteriormente, el equipo técnico de dicha unidad que elaborará la evaluación completa de las necesidades de la persona y emitirá los correspondientes informes, de común acuerdo con el ESM de referencia de la persona, remitiéndolos directamente a la Comisión de Área Psiquiátrica, para la planificación de los recursos necesarios antes del alta.

C) Si la persona se encuentra **EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA REGIONAL DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA**, la valoración y propuesta inicial así como el expediente será también realizado por el equipo de la unidad que lo trata, que previamente al alta lo remitirá al ESM de procedencia que corresponda al paciente, para que lo informe y, en su caso, lo tramite a través de la Comisión de Área Psiquiátrica.

D) Si la persona se encuentra **EN UN DISPOSITIVO DE LA RED DE SERVICIOS SOCIALES**. La propuesta de traslado a otro recurso social la realizará el equipo del centro en el que reside la persona, que lo remitirá al ESM responsable de su atención y seguimiento psiquiátrico y con quien necesariamente deberán tener contacto periódico y mantener una relación de coordinación. El ESM completará el expediente, llevando el caso a la Comisión de Área Psiquiátrica.

En cualquier caso, las propuestas de necesidad de recursos sociales de nivel específico o especializado, deberán responder a la inexistencia acreditada de recursos en el ámbito comunitario o a la insuficiencia de los mismos.

E) Cuando las personas con discapacidad por enfermedad mental **NECESITEN RECURSOS LOCALIZADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE RESIDENCIA HABITUAL**, el Equipo Mixto Provincial, enviará el expediente completo de la situación sanitaria, psiquiátrica y social del enfermo, así como la propuesta motivada del traslado, a la Comisión Mixta Regional, que evaluará la situación de la persona y la posibilidad de su integración en el recurso recomendado u otras alternativas posibles.

EL EXPEDIENTE individual a cumplimentar en cada caso consta del informe social y sanitario normalizados en la red de servicios sociales para el acceso a recursos sociales y un informe psiquiátrico propio de la red de asistencia psiquiátrica, también normalizado. A este expediente se le podrá añadir otra documentación o informes que en cada caso se consideren necesarios para facilitar la valoración y resolución del caso.

Para aquellas situaciones en las que se resuelva que la persona va a residir en otra área de salud diferente, es necesario, además de realizar las actuaciones necesarias para normalizar la asistencia sanitaria, adjuntar un resumen del historial de salud del paciente, destinado al ESM, que a partir de ese momento será responsable de su tratamiento.

2.- PUESTA EN COMUN DE LOS CASOS EN LA COMISIÓN DE ÁREA PSIQUIÁTRICA

Realizada la valoración inicial, la propuesta asistencial sanitaria y las necesidades de recursos sociales por los profesionales del ESM, éstas serán elevadas a la **Comisión de Área Psiquiátrica**, que es el **único cauce para centralizar todos los expedientes de solicitud de acceso a recursos de carácter social específico y especializado**, que se le remitan desde los distintos dispositivos de la red de salud de su área.

Una vez tratados, y aprobadas las propuestas de solicitud del recurso social, en consonancia con la garantía de atención psiquiátrica necesaria para cada caso, se ordenarán y priorizarán los expedientes para la toma de decisión conjunta sobre la adjudicación del recurso solicitado en el Equipo Mixto Provincial. Es para ello imprescindible que el secretario de la comisión de área psiquiátrica haga llegar, con tiempo suficiente, copia de los expedientes a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales para que de esta manera la información común sea compartida con las Corporaciones Locales afectadas y otros asesores intervinientes en el nivel de decisión.

Los casos derivados de otras áreas, previo estudio por la Comisión Mixta Regional se enviarán al Jefe de Servicio de Psiquiatría del Área al que se asignen, para que los incorpore a la Comisión de Área Psiquiátrica dentro del conjunto de los tratados.

La Comisión de Área Psiquiátrica es el único cauce para derivar casos al Equipo Mixto Provincial, mediante el envío de la información completa de las personas con trastornos mentales que necesitan acceder a recursos sociales específicos o especializados, sin perjuicio de lo establecido en el apartado VII en relación con el funcionamiento de los Equipos Mixtos provinciales.

3ª Fase: Resolución y Notificación.

EL EQUIPO MIXTO DE VALORACIÓN PROVINCIAL: Salud Mental - Servicios Sociales (Gerencia Territorial de Servicios Sociales y Corporaciones Locales)

Reunido el Equipo Mixto Provincial y a la vista de las solicitudes planteadas hará una valoración global de los casos, teniendo en cuenta la prioridad de necesidades, los recursos de carácter social aplicables y los dispositivos o programas de salud mental vinculados a los mismos. Para ello aplicará los criterios definidos para cada recurso y aquellos otros que se pudieran establecer con carácter general por la Comisión Mixta Regional en la resolución de discrepancias y consultas que se le planteen.

Con el resultado definitivo el Equipo Mixto Provincial elaborará un **dictamen escrito** para cada caso que contendrá el recurso social asignado, la forma de acceso al mismo y la continuidad de cuidados sanitarios en caso de que deba cambiar de domicilio. Señalará también aquellos aspectos que deban tenerse en cuenta en el acceso a los recursos propuestos, como por ejemplo, el plazo mas conveniente para hacer efectiva la incorporación o el carácter temporal de la misma, etc.

En los casos que la persona proceda de un recurso residencial, tanto del sistema de servicios sociales como del sistema de salud mental, y vuelva a un hogar familiar y se requiera una continuidad de cuidados en el sistema de servicios sociales, se considerará que la persona no está integrada en los servicios de la Corporación Local correspondiente, y por tanto, la asignación del recurso EPAP se realizará mediante Dictamen del Equipo Mixto Provincial en la que intervendrá la Corporación Local a la que pertenezca el EPAP.

En caso de no disponer de recurso idóneo se optará por definir en el dictamen una propuesta de **plan de atención alternativo de carácter provisional** que será revisado de oficio por la propia comisión con la periodicidad que se establezca en cada caso.

De lo tratado en la reunión del Equipo Mixto se levantará acta.

El Equipo Mixto Provincial es el responsable de emitir el dictamen en el que se acuerde la asignación del recurso social y sanitario idóneo en cada caso o recurso alternativo en su defecto.

Elaborado el dictamen individual de cada caso por el Equipo Mixto Provincial, se procederá a notificar el acuerdo en un plazo máximo de 48 horas desde su adopción, al responsable del dispositivo que realizó la derivación, a fin de que informe a la persona interesada del contenido del mismo y recabe su acuerdo/aceptación, en relación con las medidas y recursos propuestos, mediante la firma de la solicitud, asimismo se le pedirá que formalice la solicitud de dependencia, en caso que no la tenga ya solicitada previamente. A la vez se indicará la documentación que el interesado tenga que aportar a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales (GTSS), o a la Corporación Local para tramitar su incorporación al recurso en caso de que fuera preciso. Sólo se ofertarán aquellos servicios, centros residenciales y/o centros de día de las corporaciones locales que estén integrados en la red unificada de servicios sociales.

Aceptada la asignación de recursos realizada, GTSS y/o en su caso la Corporación Local correspondiente, se lo notificará al órgano directivo del recurso social propuesto y se le remitirá en el mismo plazo copia de los informes y documentación relativa al caso.

El responsable del recurso asignado comunicará a la GTSS el día de ingreso de la persona asignada, para que la GTSS o la CCLL puedan emitir resolución con esa fecha.

Simultáneamente, el ESM o dispositivo de procedencia del enfermo se pondrá en contacto con el responsable del recurso asignado para planificar la forma de incorporación al nuevo recurso, el plan de acogida y seguimiento, así como la actuación en crisis, si fuera de su competencia por zona territorial.

4ª Fase: Plan de Intervención.

A) Personas con discapacidad por enfermedad mental que permanecen en su entorno

El plan de intervención será definido bien por el ESM en colaboración con el resto de dispositivos comunitarios de base a través del ECB, cuando los recursos sociales sean de la red de servicios sociales básicos, o bien, por el ESM y el equipo

responsable del recurso social específico asignado. Cuando el plan de intervención sea para una persona que el EPAP tenga como usuario por intervenciones anteriores y continúe en su entorno habitual sin que precise un recurso específico adicional, la coordinación del ESM y EPAP será suficiente para garantizar la continuidad de cuidados, y no se precisará que estos casos se deriven al Equipo Mixto Provincial. No obstante, semestralmente la Corporación Local a la que pertenezca el EPAP pasará información del número de casos atendidos al Equipo Mixto Provincial.

B) Personas con discapacidad por enfermedad mental que deben abandonar su entorno domiciliario.

Si conforme al dictamen sobre el recurso asignado por la Equipo Mixto, la persona se debe trasladar fuera de su entorno habitual, el ESM deberá contactar con el recurso de la red de Asistencia Psiquiátrica de recepción para remitirle la información relativa al caso, junto con la propuesta de atención.

El ESM de recepción, será a partir de entonces responsable de la atención y seguimiento psiquiátrico de la persona y él que, en base a los informes y propuesta recibida, elaborará el plan de atención en coordinación con los responsables del recurso social al que ha sido derivada la persona.

El programa individual de atención (PIA).

En todos los casos, deberá existir constancia escrita en la historia y/o expediente de cada persona del **Programa Individual de Atención (P.I.A.)** que será compartido entre los dispositivos sociales y sanitarios responsables de **garantizar la continuidad de cuidados y la atención en crisis**, debiéndose establecer con carácter periódico un sistema de comunicación y seguimiento conjunto de cada caso.

Igualmente es necesario que exista **un profesional de referencia**, entre los responsables de la intervención directa, que será quien tenga la iniciativa en la coordinación de recursos y quien sirva de interlocutor con la persona afectada, su familia y la red asistencial. Con carácter general este profesional de referencia será el gestor de caso del ESM del distrito, aunque podrá designarse a un profesional responsable del recurso social específico, si el caso conlleva una intervención primordialmente social.

5ª Fase: Seguimiento.

Si se produjera cualquier cambio en la situación, que motivara la modificación de los recursos o servicios aplicados, los profesionales implicados en el plan individual

de atención, incluido el ESM a través de su Gestor de Caso, definirán la nueva propuesta para su revaloración en el Equipo Mixto Provincial.

La Gerencia Territorial de Servicios Sociales mantendrá reuniones de coordinación trimestrales con las entidades responsables de los centros colaboradores y de los programas de carácter social que formen parte de la red de servicios para el seguimiento de los programas, la evaluación de resultados y el planteamiento de propuestas de mejora.

VII. FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS IMPLICADAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

EQUIPO MIXTO PROVINCIAL:

Definición:

Es el órgano que reúne al Servicio de Psiquiatría del Área y al Sistema de Servicios Sociales, que de forma mancomunada forman la Gerencia Territorial de Servicios Sociales (GTSS) y las Corporaciones Locales (CC.LL.) con competencias y recursos sociales. Su papel es evaluar las necesidades de recursos sociales y sanitarios presentadas por las partes, asignar los recursos más idóneos entre los disponibles y, en su caso, establecer planes alternativos temporales, con la idea de que todas las personas deben ser atendidas con la mejor calidad posible.

Existirá un Equipo Mixto Provincial por provincia.

Composición:

- **Por el sistema de salud:**
 1. Un representante de la Comisión de Área Psiquiátrica, preferentemente el Jefe de Servicio o persona en quien delegue (que conozca bien los casos).
 2. Cuando en una provincia exista más de un Área de Salud, la composición del Equipo Mixto se ampliará con los representantes de las Comisiones de Área Psiquiátrica existentes.

- **Por el sistema de servicios sociales:**
 1. Un representante de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, preferentemente el Jefe de Sección de atención a personas con discapacidad.
 2. Un representante de cada una de las CCLL con competencias y recursos que pudieran ser asignados.

A petición de los componentes del Equipo Mixto, podrá acudir algún técnico de cada parte como asesor, si fuera necesario, de la entidad que haya promovido la derivación o esté interviniendo en el caso o lo haya hecho con anterioridad (personal de CEAS, de EPAP, entidades privadas....)

Funcionamiento:

- La convocatoria y gestión del equipo Mixto Provincial será competencia de la GTSS: registro de expedientes recibidos, comprobación de las solicitudes que existen en servicios sociales y fase en que se encuentran (dependencia, minusvalía, otros servicios o recursos, convocatoria de la reunión, señalamiento del orden del día, actas, etc.)
- Las decisiones se tomarán por consenso de los representantes de los dos sistemas de atención, que **serán los únicos con capacidad de voto**. En casos de discrepancia manifiesta, el asunto será puesto en conocimiento de la Comisión Mixta Regional para que resuelva.
- Con el fin de mantener la paridad del Equipo Mixto, las decisiones correspondientes a los Servicios Sociales las ostentarán los representantes de la administración de la que dependan los recursos asignados en cada caso.
- Igualmente cuando en el Equipo Mixto participe más de una Comisión de Área Psiquiátrica, el voto lo ostentará la que haya presentado el caso concreto.
- El dictamen con los recursos asignados a cada persona dará origen a una resolución administrativa individualizada que se emitirá en las 48 horas posteriores a la reunión por la administración competente y se notificará al recurso solicitante.
- El Equipo se reunirá siempre que exista un número mínimo de solicitudes o revisiones de caso.
- En situaciones excepcionales, la GTSS y las corporaciones locales podrán presentar casos de personas con enfermedad mental atendidas en recursos sociales, con necesidad de intervención social urgente y en las que fuera necesario apoyo específico para completar la valoración, de cara a su incorporación al proceso establecido.

COMISIÓN MIXTA REGIONAL:

Definición:

Es el órgano que reúne a la Consejería de Sanidad, a través del Servicio que tenga encomendadas las funciones de coordinación sociosanitaria la Gerencia de Servicios Sociales y el Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Gerencia Regional de Salud. Su papel es resolverlos asuntos que los Equipos Mixtos Provinciales no han podido solucionar, por falta del recurso adecuado en su área, por disparidad de criterios o por dificultad en la coordinación de procedimientos. Así mismo entran también entre sus competencias impulsar y coordinar a los Equipos Mixtos Provinciales, evaluar los procesos y las prestaciones coordinadas, asesorar y elaborar propuestas de mejora para la creación y orientación de recursos y prestaciones destinados a personas con enfermedad mental, proponer acciones formativas conjuntas, definir procedimientos conjuntos, etc.

La Comisión Mixta Regional, integrada al menos por los miembros que se señalan a continuación, podrá crear subcomisiones técnicas temporales o permanentes para la ejecución de sus funciones o para la realización de trabajos de su interés y con diferentes objetivos de implantación, seguimiento, información, etc.

Composición:

- El Jefe de Servicio de Coordinación Sociosanitaria.
- Un Jefe de Servicio de la Gerencia de Servicios Sociales.
- El Jefe de Servicio de Asistencia Psiquiátrica de SACYL
- Un técnico de la Gerencia de Servicios Sociales.
- Un técnico del Servicio de Asistencia Psiquiátrica de SACYL.
- Un técnico del Servicio de Coordinación Sociosanitaria que actuará como secretario.

A petición de los componentes de la Comisión Mixta Regional, y con el conocimiento del Equipo Mixto Provincial correspondiente, se podrá convocar a representantes de las Corporaciones Locales, de entidades que gestionan recursos, coordinadores de programas, etc. con el fin de facilitar la toma de decisiones de la Comisión.

Funcionamiento:

- La convocatoria y gestión de esta Comisión compete al Servicio de Coordinación Sociosanitaria, que procederá a convocar las reuniones, elaborar las actas, y dar soporte administrativo al trabajo de la misma.
- Para la resolución de problemas cotidianos y de seguimiento de los acuerdos, la Comisión constituye un Equipo Técnico tripartito.
- Las decisiones se tomarán por consenso de las tres partes.
- Los acuerdos de la Comisión Mixta Regional se comunicarán a los Equipos Mixtos Provinciales.
- Todas las propuestas recibidas por escrito o mediante acta de los Equipos Mixtos, serán contestadas por escrito.

COMISION DE AREA PSIQUIATRICA

Definición:

Órgano de información, comunicación y coordinación de la red de Asistencia Psiquiátrica en cada Área, dirigido por el Jefe del Servicio.

Funciones:

- 1.-Facilitar la comunicación en el Servicio de Asistencia Psiquiátrica.
- 2.-Informar sobre la puesta en marcha de nuevos procedimientos y programas.
- 3.-Coordinar el funcionamiento en red de los dispositivos de Área.
- 4.-Coordinar la atención de pacientes complejos entre los dispositivos de Área.
- 5.-Elaborar el plan de atención para las personas con Enfermedad Mental Grave Prolongada (EMGP) que requieran atenciones combinadas en dispositivos de la Consejería de Familia y otras instituciones.
- 6.-Centralizar y canalizar a la Comisión Mixta Provincial sociosanitaria las propuestas de necesidades sociales a cubrir por los Equipos de Salud Mental.
- 7.-Recibir las solicitudes formuladas por Comisiones de Área de otras Áreas de Salud para atender pacientes en dispositivos del área.
- 8.-Coordinar un Plan sociosanitario de atención para pacientes que son dados de alta en Centros de ámbito regional, Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios o que son remitidos desde Centros de otras Comunidades Autónomas.
- 9.-Conocer las necesidades de atención sociosanitaria para pacientes psiquiátricos en el Área de Salud.

Componentes

Esta Comisión estará formada al menos por:

- El Jefe del Servicio de Asistencia Psiquiátrica
- El Jefe de Sección o Responsable de cada uno de los dispositivos de la red de Asistencia Psiquiátrica existentes en el área.
- El Coordinador del Programa de Gestión de Caso.
- El Coordinador del Programa de Tratamiento Comunitario.

El Jefe del Servicio de Asistencia Psiquiátrica podrá convocar a otros profesionales de la red para su incorporación como miembros de la Comisión si se considera necesario.

Funcionamiento:

- La Comisión se reunirá al menos una vez al mes.
- La convocatoria y gestión de la reunión será competencia del Jefe del Servicio de Asistencia Psiquiátrica.
- Existirá un secretario encargado de elaborar el acta-resumen de cada reunión.