

MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

*ORDENACIÓN DE LA RED FORAL
DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO, DE DÍA Y OCUPACIONALES
EN GIPUZKOA*



Gipuzkoa
BERRIA

ÍNDICE

Presentación

Introducción: Finalidad, ámbito y marco global del Modelo

Parte I. Diagnóstico y contexto de aplicación

1. Diagnóstico sobre la red actual de atención
 - 1.1. Fortalezas y oportunidades
 - 1.2. Amenazas y debilidades de la red actual de atención
2. Contexto de aplicación
 - 2.1. Contexto institucional y económico
 - 2.2. Contexto normativo

Parte II. Marco conceptual.

3. Marco conceptual: Componentes básicos del modelo de atención
 - 3.1. Respeto y promoción de los derechos
 - 3.2. Calidad de vida
 - 3.3. Paradigma y modelo de apoyos
 - 3.4. Planificación centrada en la persona
 - 3.5. Apoyo conductual positivo

Parte III. Ordenación de la red foral de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales e impacto en la valoración y la orientación a servicios.

4. Ordenación de la red foral de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales
 - 4.1. Principales variables de ordenación de los servicios
 - 4.2. Ordenación de la red de servicios de alojamiento:
 - 4.2.1. *Comparativa de los criterios de ordenación de los servicios de alojamiento*
 - 4.2.2. *Fichas descriptivas de las modalidades de servicios de alojamiento*
 - 4.2.3. *Características básicas de los servicios de alojamiento*
 - 4.3. Ordenación de la red de servicios de atención diurna: centros de día y servicios y centros ocupacionales
 - 4.3.1. *Comparativa de los criterios de ordenación de los centros de día y servicios y centros ocupacionales*
 - 4.3.2. *Fichas descriptivas de las modalidades de centros de día*
 - 4.3.3. *Características básicas de los centros de día*
 - 4.3.4. *Especificidades de las modalidades de programas ocupacionales*
 - 4.3.5. *Características básicas de los servicios y centros ocupacionales*
5. Impacto en la valoración de necesidades y en la orientación a recursos: nuevos instrumentos.

Parte IV. Propuestas de actuación

6. Propuestas de planificación de la red de atención
 - 6.1. Propuestas de planificación en relación con la atención en servicios o centros de alojamiento, de día y ocupacionales
 - 6.2. Propuestas de planificación en relación con los programas de apoyo en el domicilio
7. Propuestas de organización.
8. Propuestas complementarias

Anexos

- Anexo 1. Posicionamientos particulares de las entidades participantes.
- Anexo 2. Anexos técnicos:
 - Anexo 2.1. Funciones correspondientes a los Apoyos Personalizados Básicos
 - Anexo 2.2. Marco jurídico

PRESENTACIÓN

Este documento describe el Modelo de Atención a Personas con Discapacidad y a Personas con Trastorno Mental en Servicios de Alojamiento, de Día y Ocupacionales integrados en la red de responsabilidad foral del Territorio Histórico de Gipuzkoa.

El Modelo propuesto es el resultado de una reflexión conjunta, anunciada en su momento por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa ante el Consejo de Personas con Discapacidad, y desarrollada a lo largo del año 2014 y comienzos del 2015 entre dicho Departamento y las principales entidades del tercer sector que prestan servicios de alojamiento, de día y ocupacionales a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental en este Territorio Histórico. Dicha reflexión se ha desarrollado en el marco de un Grupo de Trabajo en el que han participado las siguientes personas:

- Por parte del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa:
 - Txelo Pérez Martínez - Directora General de Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
 - Pablo García - Asesor del Departamento.
 - Jon Iribar - Servicio de Planificación, Concertación y Prestaciones Económicas.
 - Ander Zapiain – Servicio de Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
 - Arritxu Manterola – Servicio de Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
 - Arantxa Ayarza - Servicio de Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
 - Fátima Eizmendi. - Servicio de Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
 - Patxi Leturia - Servicio de Inserción Social, Atención a las Mujeres Víctimas de la Violencia Machista y Urgencias Sociales.

- Por parte de las entidades prestadoras de servicios:
 - Por parte de Aita Menni: José Ignacio Quemada y Olatz Uriarte.
 - Por parte de Aspace: Julen Corcuera y Mariate Guridi.
 - Por parte de Atzegi: Patxi Izulain.
 - Por parte de Gautena: Félix Arregi.
 - Por parte de Goyeneche: Mari Jose Goñi y José Angel Mendiluce.
 - Por parte de Uliazpi: Pako Mendizabal.
 - Por parte de Gureak: Ainhoa Askasibar.

- Por parte del SIIS Centro de Documentación y Estudios:
 - Helena Sotelo

El Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa quiere agradecer el interés, la implicación y el ánimo constructivo y dialogante de todas estas personas en un debate intenso y rico en aportaciones. Sin su compromiso con esta reflexión, este Modelo de Atención no habría visto la luz.

INTRODUCCIÓN: FINALIDAD, ÁMBITO Y MARCO GLOBAL DEL MODELO

El Departamento de Política Social, consciente de que, tradicionalmente, las entidades del tercer sector han ido por delante en su esfuerzo por garantizar una atención de calidad a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental —atentas siempre a los avances observados en otras realidades en relación con la prestación de apoyos y atentas también a la defensa de sus derechos—, considera imprescindible alinearse con esos avances e integrarlos formalmente en su modelo de atención y en la ordenación de la red foral de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales dirigidos a la prestación de apoyos a estas personas.

Este Modelo de Atención a Personas con Discapacidad y a Personas con Trastorno Mentalen Servicios de Alojamiento, de Día y Ocupacionales establece así un marco de actuación compartido entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y las entidades que prestan estos servicios en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, definiendo tanto la filosofía de la atención y el marco conceptual en el que se apoya como su aplicación a la red de servicios de alojamiento, de día, y ocupacionales mediante la ordenación de los centros y mediante la determinación de los criterios e instrumentos de orientación hacia los mismos. Alcanzar este marco compartido ha requerido desarrollar diferentes propuestas y debatirlas hasta dibujar, entre las partes intervinientes, una línea de orientación para el desarrollo futuro de los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales dirigidos a la atención de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental. Con todo, y dado que lógicamente es difícil alcanzar un acuerdo unánime en todos y cada uno de los aspectos tratados, las entidades han tenido la oportunidad de dejar constancia de sus diferencias de posicionamiento con respecto a este marco de actuación; pueden consultarse en el Anexo 1 de este documento.

La finalidad de este Modelo es encuadrar, sin encorsetarlo, el avance hacia la implementación de sus propuestas. Desde esta óptica, no se configura ni como un plan de actuación, ni como un mapa de servicios, sino como un conjunto de directrices susceptibles de orientar ese avance, sin perjuicio de que se integren en él algunas propuestas muy específicas —en términos de planificación y de organización—, que se generan y articulan como actuaciones necesarias para el progresivo afianzamiento del modelo.

El modelo así definido para los centros se enmarca en el enfoque comunitario de proximidad de la atención asumido por el Sistema Vasco de Servicios Sociales como referencia para su funcionamiento. En su marco, debe favorecerse la atención de las personas en su entorno habitual, mediante la articulación de las fórmulas de apoyo más acordes con los principios de promoción de la autonomía, de integración en el entorno y de normalización, favoreciendo y promoviendo en todo lo posible la utilización de los servicios comunitarios abiertos al conjunto de la población.

En términos de ordenación de la red de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, la asunción de dicho enfoque comunitario conlleva para la Diputación Foral y para las entidades que intervienen en la prestación de la atención, el compromiso de promover, dentro de la viabilidad marcada por la existencia de una masa crítica suficiente de personas con necesidades de atención, en el marco de una planificación racional de la red foral de

recursos, la atención en el entorno habitual mediante alternativas de atención que resulten idóneas, por su tamaño, proximidad y forma de funcionamiento, a la integración en el entorno, lo que, a su vez, determina la necesidad de garantizar la distribución de la red de atención en todo el territorio, evitando, en lo posible, la excesiva concentración de recursos en la capital.

Lógicamente, este modelo de atención y de organización de la red de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, debe concebirse y entenderse en un marco mucho más amplio, más global, en el que debe adquirir gran protagonismo toda una gama de servicios y programas, distintos a los ya mencionados pero, con frecuencia complementarios de aquellos, orientados a facilitar la normalización y la inserción social, y a promover el derecho a la elección de la propia persona usuaria. Esto tiene varias implicaciones:

- Por un lado, no debe perderse de vista la necesidad de impulsar con mayor intensidad iniciativas que ya se están desarrollando a nivel foral —algunas de ellas muy directamente asociadas a la atención en la red de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales— como son las fórmulas de respiro residencial y de día en fin de semana y en periodos vacacionales, y otras orientadas hacia la potenciación de alternativas de apoyo en el medio habitual de vida de la persona, en particular en el marco del Programa de Vida Independiente o de otras fórmulas que, con ese mismo espíritu, pudieran implementarse en el futuro con el fin de ir avanzando hacia un modelo que potencie una cada vez mayor autonomía en las decisiones que afectan al contexto de vida en el que la persona desea vivir, a sus planes de futuro, al diseño de los apoyos más idóneos y a su participación como miembro pleno de su comunidad.
- Por otro, debe tenerse en cuenta la necesidad de coordinar las actuaciones de los servicios sociales forales con otras de nivel municipal, en ámbitos de actuación tan relevantes como la ayuda a domicilio, la intervención socioeducativa y psicosocial o el apoyo a personas cuidadoras, todas ellas de indiscutible relevancia para posibilitar la permanencia en el entorno, con el fin de potenciar la articulación de una red de servicios más apta a dar respuesta a la diversidad de necesidades en el marco del principio de continuidad de la atención.
- Asimismo, es necesario promover, en colaboración con las administraciones municipales, la articulación de vías que, en ámbitos tan variados como el urbanismo, la cultura, el ocio y el deporte, coadyuven a la integración y a la normalización de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental, potenciando una cada vez mayor utilización de los servicios comunitarios abiertos al conjunto de la población.

Esta visión integral constituye el telón de fondo de este proceso, pero no su objeto específico: su finalidad específica se centra, como se ha dicho, en la articulación funcional del modelo de atención en servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, y más concretamente en la introducción de los cambios que resulten necesarios para garantizar que la filosofía de la atención adoptada, más allá de constituir un marco conceptual y teórico, tenga un impacto real en la estructuración de la red de apoyos, en la valoración y orientación de las personas usuarias y en los procedimientos de acceso y derivación.

PARTE I.

DIAGNÓSTICO Y CONTEXTO DE APLICACIÓN

1. DIAGNÓSTICO ACERCA DE LA RED ACTUAL DE ATENCIÓN

Para que el diseño del Modelo de Atención y, en particular, la ordenación de la red de servicios y centros de alojamiento, de día y ocupacionales, así como las propuestas de planificación a corto y medio plazo, respondan a las necesidades reales, es necesario tomar como punto de partida para su articulación un diagnóstico básico de la situación actual de dicha red¹, que permita determinar, en términos muy globales y sintéticos, cuáles son sus fortalezas y cuáles sus principales vulnerabilidades.

1.1. Fortalezas y oportunidades

La red de atención en servicios de alojamiento, de día y ocupacionales para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental presenta notables fortalezas y oportunidades. Son las siguientes:

- *La alta cobertura de plazas.*

La red de atención cuenta, en la actualidad, con una alta cobertura de plazas, aunque se observan desigualdades entre los diferentes niveles de atención así como carencias en aspectos como la intensidad de la atención, el despliegue territorial o la capacidad de extender la atención a nuevas necesidades, a veces muy específicas.

Nº de plazas y cobertura a 31 de diciembre de 2013*			
Tipo de servicio	Colectivo	Nº de plazas	Cobertura por 1.000 habitantes
Servicios de alojamiento	Personas con discapacidad	769	1,077
	Personas con trastorno mental	192	0,269
Centros de día	Personas con discapacidad	620	0,869
	Personas con trastorno mental	228	0,319
Centros ocupacionales	Personas con discapacidad	1067	1,495
	Personas con trastorno mental		

*Últimos datos consolidados disponibles.

Fte. Behagi. Gipukoako Gizarte Behatokia – Observatorio Social de Gipuzkoa

- *La capacidad de las entidades prestadoras de servicios.*

Los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales son prestados por entidades que muestran gran capacidad de atención e innovación, y que, además, muestran gran capacidad de adaptación a las nuevas necesidades e incluso de anticipación a las mismas. También asumen el liderazgo en la incorporación a los servicios de los nuevos paradigmas de atención afianzados a nivel internacional.

¹ Como se ha indicado en la presentación, este Modelo se elabora a lo largo del año 2014 y finaliza a comienzos de 2015, de modo que el diagnóstico se refiere a la realidad constatada en ese periodo (con la salvedad de las cifras referidas a coberturas que corresponden al cierre de 2013 por tratarse de las estadísticas consolidadas más recientes disponibles a la fecha de cierre de este documento).

- *Una gama amplia de servicios y prestaciones.*

La red se estructura en una amplia gama de servicios y prestaciones, lo cual constituye una innegable ventaja de cara a la personalización de la atención. Esta red, además, está basada en la compatibilidad y la complementariedad entre los servicios para posibilitar la continuidad de cuidados y la integración social. Con todo, la red no está bien estructurada ni territorial ni normativamente: en particular, se observa una excesiva presencia de actividades condicionadas a presupuesto así como cierta diversidad de las vías y condiciones de acceso. El sector además es rico en asociaciones, aunque, en muchos casos, sean de perfil muy débil.

Por otra parte, se ha tratado de fomentar una distribución territorial de los centros para posibilitar el mantenimiento de las personas en su entorno más cercano, principalmente en los servicios de apoyo limitado y extenso, aunque sea cierto, como se verá al tratar las debilidades de la red, que todavía adolece de una excesiva centralización.

- *Progresiva consolidación del marco general de derechos.*

Se asiste en la actualidad a una progresiva consolidación del derecho a los servicios sociales, por mucho que, sin duda, esté siendo más lenta de lo que se esperaba hace pocos años, debido a un largo proceso interinstitucional de debate y acuerdo de los contenidos de la Cartera de Prestaciones y Servicios Sociales y sobre todo del Mapa de Servicios Sociales y de la correspondiente Memoria Económica, que no se ha alcanzado hasta fechas recientes. Su valor, efectivamente, se ve en parte limitado para ajustarse a un contexto de crisis económica en el que la reducción de los presupuestos públicos lleva a las Administraciones públicas a centrar su esfuerzo de gasto en garantizar la provisión de las prestaciones y de los servicios que se configuran como derechos, lo que a veces fuerza al recorte de la cobertura de otros servicios a los que previamente se tenía acceso.

- *Oportunidades complementarias.*

La red existente, y en particular la fuerte implicación de las entidades en la mejora continua de la atención, así como el compromiso del Departamento de Política Social con su consolidación y con su ampliación, conlleva además, de las ventajas ya referidas, toda una serie de oportunidades complementarias de mucho calado:

- presenta, sin duda, un notable potencial de generación de empleo;
- ofrece un marco propicio a la instauración de un proceso conjunto de aprendizaje e innovación;
- y ofrece la infraestructura idónea para articular cauces susceptibles de promover una participación efectiva de las personas usuarias y de las familias.

1.2. Amenazas y debilidades de la red actual de atención.

En su diseño y en su funcionamiento actual, la red de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental en servicios y centros de día, ocupacionales y de alojamiento presenta también algunas amenazas y debilidades que es necesario tener presentes en la articulación del modelo. Brevemente, son las siguientes:

- *Ralentización en el ritmo de creación de plazas.*

Gipuzkoa dedica considerables recursos a la atención de personas con discapacidad y de personas con trastorno mental, pero, en los últimos 4 años, el ritmo de creación de plazas

en centros de atención se ha ralentizado notablemente respecto a períodos anteriores, debido a las limitaciones presupuestarias derivadas de la crisis económica. A la dificultad presupuestaria se ha sumado la existencia de muy importantes necesidades en otros ámbitos de actuación, a las que el Departamento también debe hacer frente: personas mayores en situación de dependencia, infancia y adolescencia en situación de desprotección y personas en situación de exclusión social. La necesidad de dar respuesta simultáneamente a este conjunto de necesidades, limita, lógicamente, las posibilidades de crecimiento en todasellas.

Como consecuencia, se está generando una demanda no atendida en centros (aunque sí se responde a ella con apoyos de otro tipo) que resulta significativa en el caso de los alojamientos y que evidencia la necesidad de tomar iniciativas a muy corto plazo.

La red existente es comparativamente potente, pero requiere todavía un crecimiento sostenido para abordar determinados cambios sociales, mejorar la calidad de la atención y garantizar los derechos legalmente reconocidos. La actual tendencia a la “congelación” directamente asociada a la crisis económica, dificulta y a veces impide abordar esos retos.

▪ *Organización compleja y especializada de los servicios.*

La red de atención, basada en la colaboración con las asociaciones y entidades del sector, con larga tradición en la atención a la discapacidad y al trastorno mental, está compuesta por una gran diversidad de centros, que trata de ajustarse a:

- la heterogeneidad existente entre las discapacidades (agrupadas en base a su diagnóstico);
- la diversidad de los tipos de apoyo y de las intensidades de apoyo requeridos en función de las necesidades observadas en las distintas dimensiones de la vida de las personas usuarias;
- los diferentes grados de autonomía y dependencia que presentan las personas usuarias.

Estas características contribuyen a generar una organización de servicios compleja y especializada.

Por otra parte, es necesario tener presente que se ha alcanzado un mayor desarrollo de los servicios de atención secundario (en particular, de centros especializados) que de servicios de atención primaria (básicamente, de apoyo en el domicilio y en el entorno comunitario). Es indispensable operar el cambio en esta concepción o en esta actitud, y las previsiones de Cartera deberían ser un punto de arranque hacia ese cambio, puesto que la misma prevé, a nivel primario, una serie de servicios que también deberían participar en la atención a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental. Son los siguientes: el servicio de información, orientación y valoración está abierto a toda la población; el servicio de ayuda a domicilio está abierto a las personas en riesgo y en situación de dependencia; el servicio de intervención socioeducativa y psicosocial está abierto a personas en riesgo de dependencia; el servicio de apoyo a personas cuidadoras está abierto a personas cuidadoras de personas en riesgo o en situación de dependencia. Siendo esto así, la cuestión ahora es promover el recurso a esos servicios desde colectivos que, por unas u otras razones, tradicionalmentese han visto distanciados de los mismos.

▪ *Dificultades para la determinación de las tarifas de concertación.*

Las tarifas de concertación entre el Departamento de Política Social y las entidades prestadoras de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad o con trastorno mental, además de no haberse

actualizado en la legislatura actual, son tarifas no estructuradas de acuerdo con parámetros comunes, aplicables al conjunto de los servicios, independientemente de la entidad que los gestiona. Sin duda, las tarifas actuales responden también a criterios objetivables –en términos de prestaciones ofertadas por los servicios y de ratios de personal–, pero dichos parámetros no responden a un estándar común de referencia, lo cual puede dificultar tanto la presión efectiva de las entidades del sector o de los sindicatos hacia la Administración, como la posibilidad real para ésta de garantizar, en base al principio de igualdad, la aplicación de criterios más armonizados al conjunto de los servicios.

Esta debilidad sólo podrá superarse cuando confluyan dos elementos fundamentales:

- Por un lado, la normativa autonómica reguladora de los requisitos materiales, funcionales y de personal aplicable a los diferentes tipos de servicios y centros de día, ocupacionales y de alojamiento, que constituye el marco de referencia para la aplicación de los procedimientos de autorización, homologación e inspección. Como se verá más adelante, esta normativa se encuentra en la actualidad en curso de elaboración, de modo que este primer obstáculo podría quedar salvado en un futuro más o menos próximo.
 - Por otro, la existencia de un convenio colectivo de referencia para el sector –que permita superar la diversidad actual basada en pactos de empresa– o, alternativamente, si esa posibilidad se estima muy remota, el acuerdo entre las entidades del sector y el Departamento de Política Social para adoptar, con funciones puramente instrumentales (es decir, sin necesidad de formalizar un convenio colectivo), un marco de referencia que permita garantizar la aplicación de criterios homogéneos, comunes, en la determinación de las tarifas, en función de las diferentes prestaciones ofertadas por los servicios.
- *Indefiniciones del modelo actual de atención y ordenación.*

El modelo de atención y ordenación existente en la actualidad se ha ido construyendo entre las entidades prestadoras de servicios y la Diputación Foral, en base a las necesidades detectadas, a falta de un modelo de intervención asumido por la Administración Foral. El resultado es un conjunto de buenas prácticas, innovaciones y adaptaciones de servicios, habitualmente lideradas por las entidades del sector en respuesta a las necesidades detectadas y, a su vez, planteadas al Departamento de Política Social para su adecuada financiación, pero sin una adecuada planificación ni una estrategia compartida. En otros términos, el panorama actual es más el resultado de una actitud reactiva que el resultado de una estrategia proactiva consensuada entre ambas partes.

Por otro lado, existe, entre las entidades prestadoras de servicios y el Departamento de Política Social cierto desfase a la hora de trasladar un marco conceptual asumido por ambas partes al funcionamiento real de los servicios: las entidades se esfuerzan por adaptar, en lo posible, sus pautas de actuación y de organización a las nuevas líneas de avance que se promueven en el sector –en particular, desde una óptica de promoción de la autonomía, de integración y de defensa de los derechos–, mientras que el Departamento, aun compartiendo esos valores, sigue funcionando con claves del pasado en aspectos de singular importancia para la efectiva aplicación de ese marco conceptual, como es el caso, en particular, de la valoración y la orientación de las personas usuarias hacia los recursos. También se observa ese peso del pasado en aspectos organizativos como el calendario anual de apertura de los centros concertados, los horarios de atención,

las tarifas aplicadas, la determinación de las ratios de personal y el recurso a subvenciones parciales. Y esta situación es motivo de insatisfacción para ambas partes.

- *Creciente peso de las necesidades sanitarias en las personas atendidas en los centros de la red social y la todavía escasa respuesta en el ámbito sociosanitario.*

Una de las preocupaciones más patentes en relación con la situación actual de los centros es el creciente peso de las necesidades sanitarias. Esta situación se hace particularmente patente en relación con:

- Las necesidades de apoyo y atención sanitaria asociadas a ciertas condiciones crónicas o a situaciones de convalecencia.
- Las necesidades de atención a un pequeño colectivo de personas con discapacidad intelectual que presenta trastornos de conducta graves, difícilmente abordables desde una estructura de apoyos puramente sociales.
- Las necesidades de atención de las personas con trastorno mental grave, con respecto a las cuales, hay que reconocer que el paso de un sistema institucional de atención sanitaria en grandes estructuras a un modelo de atención de corte comunitario, no se ha visto acompasado con la creación, en número suficiente, de las alternativas comunitarias necesarias para dar respuesta a esa población desde una perspectiva sociosanitaria.
- Las necesidades de atención a las personas con daño cerebral adquirido, que probablemente reflejan una de las situaciones que mejor ilustran la necesidad de diseñar e implementar modelos de atención que contemplen fases de atención sanitaria, sociosanitaria y social en absoluta coordinación. Es un hecho que los casos más graves de daño cerebral adquirido requieren atención sanitaria altamente cualificada, rehabilitación multidisciplinar y especializada y apoyo continuado a medio-largo plazo que combine apoyos sociales –de terapia ocupacional y de atención residencial– con soporte sanitario –en particular, programas de rehabilitación de mantenimiento–. Asimismo, en las transiciones entre el ámbito hospitalario y la vuelta al entorno de vida habitual, las necesidades de adaptación del domicilio y de formación y entrenamiento de las personas cuidadoras son máximas.

En respuesta a estas situaciones, las soluciones aportadas por los ámbitos sanitario y sociosanitario son todavía insuficientes.

En tales circunstancias, empieza a ser urgente actuar con celeridad, porque de no ser así, el espacio sociosanitario corre el riesgo de pasar de ser una gran oportunidad convertirse en un mecanismo de bloqueo, en un espacio virtual al que se remitan problemas que queden en realidad sin solución, desatendidos. La Cartera de Servicios Sociosanitarios que se está diseñando en la actualidad podría ser a corto o medio plazo una parte de la respuesta, o por lo menos, el marco estructural en el que se inserten y conjuguen las diversas respuestas necesarias. Complementariamente, también serán necesarios acuerdos que den respuesta a las necesidades sanitarias que, en la actualidad, se atienden en los servicios y centros de alojamiento, de día y ocupacionales, cuando los mismos no tienen naturaleza sociosanitaria (es decir, cuando se configuran como servicios sociales propiamente dichos) y, por lo tanto, no se integren en la Cartera de Servicios Sociosanitarios.

▪ *Tendencias de cambio.*

A lo anterior se suman fuertes tendencias de cambio que suponen una presión suplementaria sobre el sector para que la red de atención se adapte a las mismas. Son las siguientes:

- Las necesidades determinadas por los condicionantes de edad en los dos extremos del ciclo vital:
 - . Por un lado, el envejecimiento de una franja de la población atendida en servicios y centros de día, ocupacionales y de alojamiento, plantea la necesidad de definir criterios que arbitren bien su permanencia en la red de atención a la discapacidad y al trastorno mental, bien su traslado a la red de atención a personas mayores, en función de las necesidades específicas (*véase la variable de edad definida en el apartado 4.1*).
 - . Por otro, la existencia de un reducido número de personas menores de edad que presentan necesidades de apoyo extenso y generalizado que requieren ser atendidas en servicios especializados (*véase la variable de edad definida en el apartado 4.1*).
- A lo anterior se añade el progresivo debilitamiento de la red familiar de apoyo, determinado en buena medida por el envejecimiento y las situaciones de dependencia que se observan en un creciente número de personas cuidadoras que hasta el presente soportaban la carga de la atención. Esta realidad tiene un claro reflejo en un número creciente de personas con discapacidad intelectual o con trastorno del espectro autista que se encuentran en situación de gran vulnerabilidad para la toma de decisiones debido al fallecimiento de sus familiares de apoyo. En otros casos, la evolución hacia formas familiares de núcleo muy reducido —en particular, familias monoparentales— limitan las posibilidades de atención en el marco de la solidaridad familiar.
- La formulación y progresivo afianzamiento de nuevos paradigmas de intervención.
- La entrada de entidades no tradicionales en el sector.
- La introducción de cambios de mucho calado en el marco legal, en particular, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad —a nivel internacional—, la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, así como sus sucesivas modificaciones —a nivel estatal— y la Ley de Servicios Sociales y su lento proceso de desarrollo —a nivel autonómico—.

La diversidad, profundidad y amplitud de estas tendencias de cambio determinan que no puedan ser afrontadas por el sector en solitario, y mucho menos por cada una de las entidades que lo conforman, a pesar de su gran protagonismo.

▪ *El debilitamiento de los programas de actividades que promueven el mantenimiento en el entorno y la participación social.*

En los últimos años, y como resultado de los recortes presupuestarios derivados de la crisis económica, se ha observado un marcado debilitamiento de los programas de actividades orientados a promover el mantenimiento en el entorno y la participación social de las personas con discapacidad y con trastorno mental. Estos programas, tradicionalmente referidos bajo la denominación genérica de programas de ocio y

tiempolibre, tienen, como señalan todas las entidades participantes en el Grupo de Trabajo, una finalidad que va más allá del simple entretenimiento; más allá también de fortalecer el apoyo a las familias y evitar o retrasar procesos de institucionalización, brindan la oportunidad de favorecer y hacer posible un desarrollo personal más ajustado a los deseos y necesidades de las personas con diversidad funcional, incrementando su presencia en la vida de la comunidad y apoyando la consecución de una mayor satisfacción vital, de una vida más plena.

Muchos de estos programas cumplen en realidad funciones de respiro y de apoyo a las y los cuidadores habituales, que resultan fundamentales para que estas personas sigan asumiendo una parte muy considerable de la prestación de apoyos, máxime cuando, por su edad, su capacidad para la atención va mermándose.

- *El insuficiente desarrollo de los servicios de respiro consistentes en estancias temporales y de fin de semana.*

En la misma línea, se considera que los servicios de respiro consistentes en estancias temporales y de fin de semana presentan, en la actualidad, un desarrollo insuficiente habida cuenta, en particular, de las cada vez mayores necesidades de una red informal de atención que, como se acaba de apuntar, también sufre de cierto debilitamiento. El sostenimiento de esta red requiere el reforzamiento de este tipo de servicios, en particular para dar respuesta a situaciones de urgencia social, determinadas habitualmente por situaciones sobrevenidas de claudicación de la persona cuidadora principal.

- *La dificultad de situar a la persona en el centro de procesos de atención en los que deberían confluir diferentes sistemas.*

Existe un riesgo cierto de que la compartimentación entre sistemas —sistema de servicios sociales, sistema sanitario, sistema educativo, de empleo, de vivienda, de transporte, por citar los principales— dificulte o incluso impida la necesaria visión integral de la persona que requiere apoyos, si no se articulan cauces que permitan una coordinación efectiva de las intervenciones y que afiancen, en los principales agentes de esos sistemas, una conciencia clara de su corresponsabilidad en la prestación de apoyos a las personas con discapacidad y las personas con trastorno mental.

2. CONTEXTO DE APLICACIÓN

Esta reflexión sobre el Modelo de Atención y de Ordenación de la red foral de servicios se produce en un contexto social, económico y político, y también organizativo y normativo, que inevitablemente incide en su aplicación práctica y en el carácter necesariamente progresivo de su implantación. Se señalan ahora, muy sintéticamente, algunos factores determinantes de ese contexto (algunos de ellos, inevitablemente, ya han tenido que apuntarse, al presentar el diagnóstico en el apartado 1, pero aquí se tratan como parte de un marco más amplio).

2.1. Contexto institucional y económico.

- *La compartimentación intra-sistema: La insuficiente orientación de los servicios sociales comunitarios hacia las personas con discapacidad y con trastorno mental.*

Se observa una excesiva y casi exclusiva identificación de los servicios sociales para la atención a personas con discapacidad o con trastorno mental como responsabilidad de la Diputación Foral de Gipuzkoa, en contraste con una, por lo general y salvo honrosas excepciones, escasa orientación de los servicios sociales comunitarios hacia estos colectivos.

Esta identificación –que predomina entre la población en general y entre las personas afectadas, pero también entre profesionales y entre responsables políticos– representa un obstáculo para la construcción de una red comunitaria y territorialmente equilibrada, coherente con la universalización planteada por la Ley de Servicios Sociales y con los principios de normalización e inclusión reivindicados por los propios colectivos de personas con discapacidad y con trastorno mental.

- *La compartimentación inter sistemas: el largo proceso de construcción del espacio sociosanitario*

En la actualidad, los dos sistemas básicos de atención a la población adulta con discapacidad o con trastorno mental, todavía funcionan sin una lógica compartida, lo cual no sólo dificulta la prestación de servicios mixtos, sino también la continuidad y la coordinación de los cuidados prestados por ambas redes en situaciones en las que no es necesario recurrir a plazas sociosanitarias.

En efecto, a pesar de los esfuerzos que empezaron a desarrollarse desde hace más de dos décadas en relación con la construcción del espacio socio-sanitario, los avances, aunque reales, son lentos y el ámbito de los servicios sociales es probablemente el que más sufre de esta situación, debido a una tradicional asimetría en la relación entre ambos mundos: el ámbito sanitario no tiene dificultades para determinar sus límites o incluso para restringirlos, mostrando su querencia por replegarse sobre sus funciones de atención a las patologías agudas que han constituido y siguen constituyendo su núcleo básico y esencial –máxime en periodo de crisis económica–, mientras que el ámbito de los servicios sociales, más indefinido, ha tendido, históricamente, a configurarse como un ámbito residual que todavía hoy sufre de representar y contener todo lo que no puede definirse como sanitario. Es indudable que, a pesar de las innegables dificultades que conlleva, la

construcción del espacio socio-sanitario representa para los servicios sociales una verdadera oportunidad de delimitación de su ámbito de actuación y de sus funciones.

- *El impacto de la crisis económica en el desarrollo de la red y en las culturas institucionales.*

La crisis económica no sólo ha tenido un considerable impacto en la red de atención con las consecuencias que ya se han referido en el diagnóstico –en particular, en términos de ralentización del ritmo de creación de plazas y de reducción de los servicios de respiro o de los programas de actividades–, sino que condiciona las posibilidades reales de crecimiento en un futuro próximo.

La escasa disponibilidad económica también añade dificultad a la aplicación efectiva del modelo de atención en los propios centros: optar por un modelo de planificación centrada en la persona, de calidad de vida y de respeto de los derechos exige modificar las pautas de interacción entre profesionales y personas usuarias y exige diversificar las relaciones de los centros con el contexto comunitario, y esto, sin duda, incide en las necesidades de personal. Por ello, se considera esencial que la Planificación Centrada en la Persona se constituya en un eje básico del modelo de atención: asumido y aplicado por las entidades, los centros, sus profesionales, las personas usuarias y las y los familiares de las personas usuarias, y también asumido y promovido por la Diputación Foral (la aplicación de la PCP conlleva un cambio en las formas de hacer que exige mayor flexibilidad, mayor personalización de la atención, y es importante que la Administración responsable de proveer esa atención sea consciente de ello, de sus implicaciones en términos de funcionamiento, de articulación de la red y de financiación).

Pero probablemente la consecuencia más permanente de la crisis sea el cambio que ha supuesto en las actitudes y en las culturas institucionales. Esto tiene, sin duda, aspectos muy positivos: en particular, ha obligado a las administraciones a prestar mucha más atención a la racionalización del gasto público, lo cual, tras tanto años de bonanza económica, quizá no se percibiera un criterio tan relevante antes de la crisis y ha contribuido a concienciar a la población de que esa racionalización del gasto es necesaria para la sostenibilidad del sistema.

Pero el cambio en las culturas institucionales también presenta facetas más ambiguas, más discutibles, derivadas de una actitud defensiva que difícilmente contribuye a la construcción de los sistemas de atención y a la puesta en práctica de formas de funcionamiento basadas en la continuidad de los cuidados: esto es algo que se observa en todos los sistemas, pero quizá resulta más evidente o más visible en el sector sanitario –precisamente porque es el sector más representativo del derecho universal–, en donde se manifiesta, como ya se ha apuntado, con un repliegue en funciones básicas de atención a condiciones agudas, en el fomento de políticas de autocuidado en situaciones de cronicidad o en la introducción de fórmulas de copago en los servicios sanitarios que, hasta el presente, eran gratuitos.

2.2. Contexto normativo

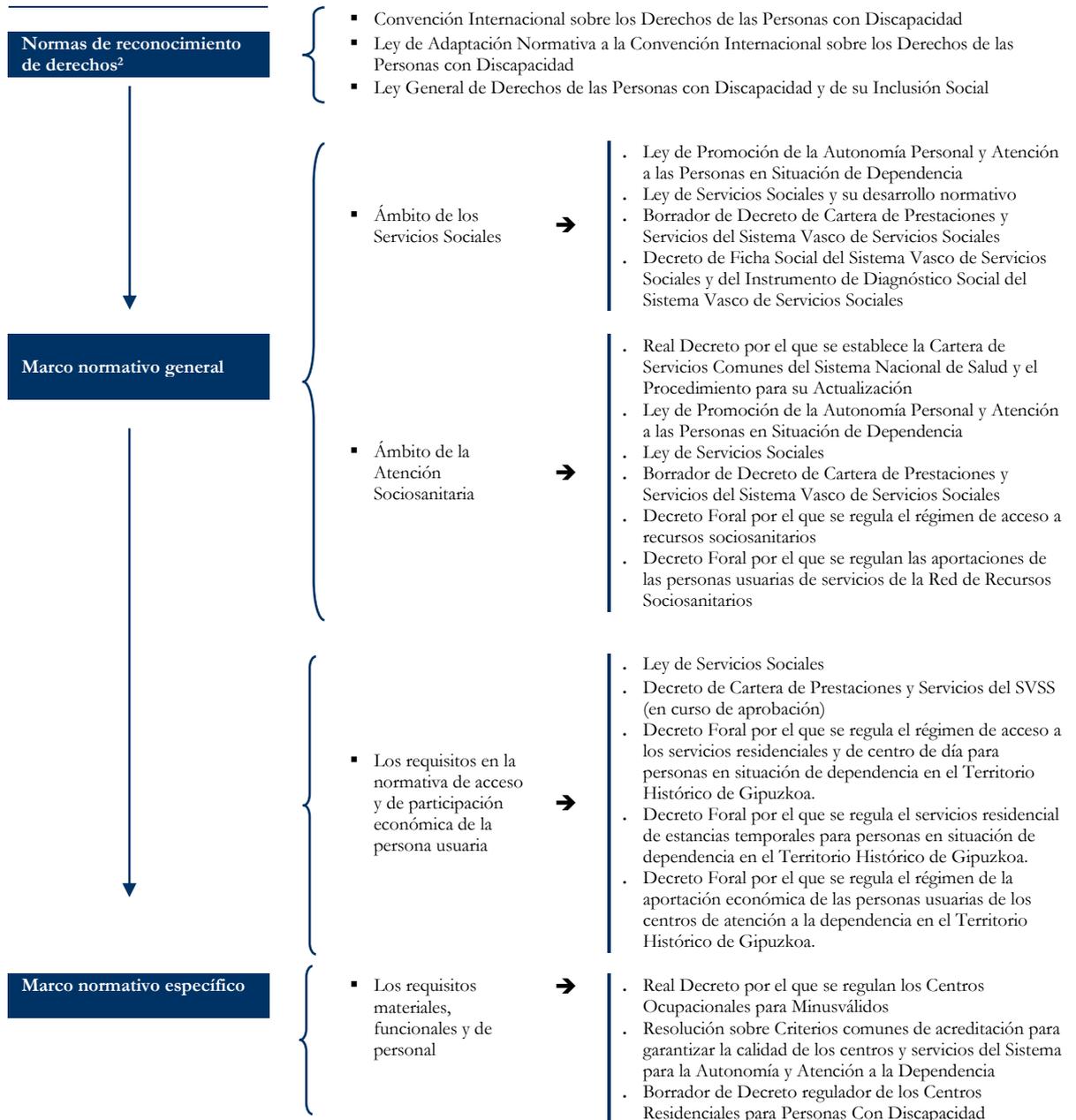
El contexto normativo en el que se enmarca este proceso de construcción del Modelo de Atención a Personas con Discapacidad y con Trastorno Mental en Servicios de Alojamiento, de Día y Ocupacionales se caracteriza por la coexistencia de diferentes ritmos de avance en las normas que inciden, de forma más o menos directa, en esos servicios. En efecto, por un lado, se han integrado en el ordenamiento jurídico disposiciones normativas generales centradas en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y de las

personas con trastorno mental o, más acertadamente, en el reconocimiento de estas personas como sujetos de derechos, que han llegado principalmente de la mano de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; por otro lado, en el ámbito más específico del acceso a los servicios y de las características que deben reunir esos servicios, el cuerpo normativo se encuentra todavía en construcción, inmerso en un proceso de desarrollo complejo y lento.

Partiendo de lo anterior, puede decirse que el marco jurídico en el que se insertan los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales destinados a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental está configurado básicamente por tres grandes grupos de normas que, de más generales a más específicas, son:

- Las normas de reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y trastorno mental y de promoción de la igualdad de oportunidades, que incluyen entre otros derechos, el derecho a los servicios sociales y entre éstos el derecho a los servicios de atención diurna —tanto en servicios de día como ocupacionales— y a los servicios de alojamiento.
- Las normas sectoriales:
 - por un lado, las normas reguladoras de los servicios sociales, que reconocen el derecho a tales servicios, regulan las condiciones de acceso a su ejercicio efectivo e integran en su catálogo de servicios los servicios de día, ocupacionales y de alojamiento, para personas con discapacidad y personas con trastorno mental;
 - por otro, las previsiones normativas en relación con la atención sociosanitaria (al margen de las disposiciones propiamente sanitarias, que no se tratan aquí).
- Las normas específicas reguladoras de las características materiales, funcionales y de personal que deben reunir los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales para ser autorizados y, en su caso, homologados, y también para ser objeto de inspección.

NORMATIVA QUE INCIDE EN LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ALOJAMIENTO, DE DÍA, Y OCUPACIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL



Este cuerpo normativo se describe con cierto detalle en el Anexo 2.1 de este documento (indicándose asimismo las referencias completas de las normas y de su publicación en los

² En las normas de reconocimiento de derecho que se enuncian en el esquema, las personas con trastorno mental quedan englobadas, siguiendo las clasificaciones nosológicas internacionales, dentro del colectivo de personas con discapacidad, no explicitándose, por lo tanto, en el enunciado de las normas.

correspondientes boletines oficiales) y a él se remite para un conocimiento más específico de las disposiciones.

En términos de contexto normativo, en cambio, lo que más interesa destacar aquí, por sus implicaciones directas, son los últimos avances que se observan a nivel autonómico:

- Por un lado, los avances en la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, cuya próxima entrada en vigor tendrá particular incidencia en tres aspectos esenciales:
 - El procedimiento de acceso a los servicios, en donde adquieren especial relevancia elementos como la determinación de la idoneidad de un recurso o de una combinación de recursos, la elaboración de un plan de atención personalizada en base a la prescripción técnica y a la participación de la persona usuaria y de sus familiares, así como la asignación de una persona profesional de referencia, que será un o una profesional del nivel de atención secundaria, si, como resultado de la valoración y diagnóstico especializado, la responsabilidad del caso recayera en ese nivel.
 - La delimitación del derecho de acceso a los servicios y centros de alojamiento, de día y ocupacionales, al definir la población destinataria de cada servicio y al establecer su régimen de compatibilidad o incompatibilidad y los requisitos de acceso. Conviene tener presente, en particular en relación con este aspecto, que las previsiones de la Cartera en términos de acceso a servicios y prestaciones y de compatibilización de servicios y prestaciones, constituyen un mínimo de obligado cumplimiento para las Administraciones competentes para su provisión, sin que ello impida que cada Administración opte por mejorar ese nivel mínimo en su ámbito de actuación.
 - La delimitación de las características básicas de los servicios, mediante su definición, la determinación de los tipos y subtipos de servicios dentro de cada categoría, y la delimitación de las prestaciones técnicas ofertadas desde los mismos, con indicación explícita de si se trata de prestaciones propias de servicios sociales, de prestaciones complementarias o de prestaciones correspondientes a otros sistemas de atención (en particular, prestaciones sanitarias).

Es importante tener presente, a efectos de contextualización, que a la fecha de cierre de este documento, las administraciones autonómica, forales y municipales han alcanzado un acuerdo en torno al contenido de la Cartera —encontrándose el Decreto correspondiente en curso de tramitación—, al Mapa de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma y a la correspondiente Memoria Económica, lo cual debería por fin acelerar los avances en la implementación de sus previsiones.

- En segundo lugar, debe destacarse que el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco haya iniciado un proceso de regulación de los requisitos materiales, funcionales y de personal aplicables a los centros residenciales destinados a personas con discapacidad —que se encuentra en fase de alegaciones en el momento actual— y haya anunciado, en la memoria explicativa correspondiente a los Presupuestos 2014, la regulación asimismo de los servicios y centros de día y ocupacionales.

Independientemente de las modificaciones que, en el curso de los procesos de aportaciones y alegaciones y en el curso de la tramitación, puedan sufrir los textos inicialmente propuestos por el ejecutivo autonómico, el simple hecho de disponer de una normativa reguladora será un paso adelante:

- Un paso adelante en la construcción del Sistema, puesto que delimita los contenidos mínimos y los requisitos mínimos que son exigibles al conjunto de los servicios de un mismo tipo, lo cual resulta particularmente necesario en el marco de un Sistema que está abierto a la participación de entidades de muy distinta naturaleza (por su tamaño, por su recorrido histórico, por su ámbito geográfico de implantación, por su representatividad del colectivo de personas atendidas, por su carácter lucrativo o no lucrativo, etc.).
- Un paso indispensable para que la Diputación Foral, pueda, a través de los servicios de autorización, homologación e inspección, ejercer unas funciones que deben constituir una garantía no sólo para la propia Administración Foral —dada la responsabilidad pública de la red de atención— sino también para las entidades que prestan los servicios, para sus profesionales y para las personas usuarias y sus familias.

Desde esta óptica, es fundamental ser conscientes de que la regulación no tiene por qué encorsetar los servicios, ni restar dinamismo e iniciativa a las entidades a la hora de articular nuevos servicios o programas de atención: primero, porque la regulación establece unos mínimos y porque dentro de los límites así definidos tienen cabida innumerables variantes de servicios; segundo, porque la normativa vasca prevé desde hace muchos años —y esa posibilidad se ha mantenido en el nuevo marco normativo— la posibilidad de recurrir a fórmulas experimentales que no quedan sujetas a requisitos durante su experimentación, lo cual permite ensayar nuevas vías y soluciones que tienen así la posibilidad de afianzarse³.

Finalmente, deben señalarse los fundamentales avances realizados a lo largo del primer semestre de 2015 en la regulación foral de los servicios en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, mediante la aprobación de una serie de Decreto Forales que en unos casos

³La posibilidad de desarrollar fórmulas y servicios experimentales, que no quedan sujetos a requisitos materiales, funcionales y de personal, está prevista en la normativa vasca desde hace años.

▪ Ya el Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la CAPV incluye una disposición adicional segunda que dice:

“Segunda.— Servicios y centros de carácter experimental. En atención al interés general, y con objeto de posibilitar el desarrollo de modalidades alternativas e innovadoras de atención, la Administración competente podrá autorizar, con carácter excepcional, y por un plazo máximo de 2 años, a servicios y centros de carácter experimental.

Si al cabo de este plazo, se considerara, en base a una evaluación cualitativa, que la modalidad de atención así desarrollada constituye una alternativa adecuada y viable, se deberá proceder a la regulación de los requisitos materiales y funcionales que le correspondan.”

▪ Por su parte, la Ley de Servicios Sociales, en su disposición adicional quinta retoma esta previsión:

“En atención al interés general, y con objeto de posibilitar el desarrollo de modalidades alternativas e innovadoras de atención, el Gobierno Vasco en colaboración con las demás Administraciones Públicas Vascas, podrá autorizar, con carácter excepcional y por un plazo máximo de 2 años, prorrogable por un año más, servicios y centros de carácter experimental.

Si al cabo de ese plazo, se considera sobre la base de una evaluación cualitativa, que la modalidad de atención así desarrollada constituye una alternativa adecuada y viable, se deberá proceder a la regulación de los requisitos materiales, funcionales y de personal que le correspondan”.

▪ En relación con la financiación de estas alternativas experimentales, la Ley de Servicios Sociales, prevé en su artículo 73 sobre “Apoyo público a la iniciativa social sin ánimo de lucro para el desarrollo de prestaciones y servicios no incluidos en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del SVSS y la realización de otras actividades en el ámbito de los servicios sociales”, que:

“1.Las administraciones públicas vascas podrán fomentar y/o apoyar el acceso a otras prestaciones o servicios no incluidos en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, así como promover la realización de otras actividades en el ámbito de los servicios sociales, siempre que se adecuen a las orientaciones generales establecidas por la planificación estratégica de las administraciones públicas vascas y que sean desarrolladas por entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro, independientemente de cuál sea su forma jurídica —asociaciones, fundaciones, cooperativas de iniciativa social y otras entidades no lucrativas—.

2.Serán objeto de especial consideración, los efectos de lo previsto en el apartado anterior, las siguientes actividades:

- Las actividades innovadoras y experimentales en relación con la puesta en marcha de nuevas prestaciones y servicios de atención a las personas;
- Las actividades de apoyo al tejido asociativo y de promoción de la participación ciudadana;
- Las actividades de investigación, desarrollo e innovación orientadas a la mejora de la planificación, a la garantía y mejora de la calidad en la organización de servicios y en la prestación de la atención, y a la mejora de las prácticas profesionales.

3. Lo previsto en el apartado anterior podrá articularse en el marco de subvenciones o convenios, pudiendo estos últimos tener carácter plurianual.”

permiten la reordenación de disposiciones existentes pero muy dispersas (y con frecuencia ya muy alejadas en el tiempo) y en otros, colman un vacío normativo. Son los siguientes:

- El Decreto Foral 7/2015, de 24 de marzo, de El Decreto Foral 7/2015, de 24 de marzo, por el que se regula el régimen de acceso a los servicios residenciales y de centro de día para personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.
- El Decreto Foral 12/2015, de 21 de abril, por el que se regula el servicios residencial de estancias temporales para personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.
- El Decreto Foral 15/2015, de 2 de junio, por el que se regula el régimen de la aportación económica de las personas usuarias de los centros de atención a la dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

Este conjunto de disposiciones reguladoras no son específicas del ámbito de la atención a la discapacidad y al trastorno mental, sino que son comunes al conjunto de los servicios residenciales y de atención diurna destinados a las personas en situación de dependencia — incluyendo por lo tanto en su ámbito los destinados a personas mayores—. Este carácter común garantiza la coherencia del sistema de acceso y de participación económica de las personas usuarias en el conjunto de los servicios residenciales y de día integrados en la red foral de atención —ya se trate de servicios de titularidad pública, ya de servicios concertados o convenidos—, y favorece la equidad en la atención de los distintos colectivos, sin que ello impida la introducción de previsiones diferenciadas cuando resultan necesarias (por ejemplo, en la definición de las distintas tipologías o modalidades de servicios residenciales).

Este avance foral resulta tanto más importante por cuanto adhiere, de forma expresa, sin ambigüedades, con el Modelo de Atención propuesto en el presente documento. En efecto, en su Exposición de Motivos, el Decreto Foral de Acceso señala textualmente que:

“(..). el Territorio Histórico de Gipuzkoa se ha dotado de una red de centros, gestionados por entidades que podrían calificarse como de vanguardia en su ámbito, en especial en el campo de las personas con discapacidad. Lo que ha impulsado la progresiva extensión dentro del Territorio Histórico de un modelo de atención cuyos componentes básicos son: el Paradigma y Modelo de Apoyos, la Planificación Centrada en la Persona, el concepto y constructo de Calidad de Vida y sus dimensiones, el Apoyo Conductual Positivo y el respeto y la promoción de los Derechos. (...) Lógicamente, un aspecto tan básico como el relativo al acceso de las personas a los servicios que responden a ese Modelo, debe estar también alineado con el mismo y responder a los mismos principios”.

PARTE II.

MARCO **C**ONCEPTUAL.

3. MARCO CONCEPTUAL. COMPONENTES BÁSICOS DEL MODELO DE ATENCIÓN.

El modelo de atención que se propone para las personas con discapacidad y para las personas con trastorno mental reposa sobre dos pilares básicos:

- El primer pilar es el compromiso de situar el respeto y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental en el núcleo de los servicios y de las actuaciones desarrolladas por las y los profesionales, pero también de las decisiones adoptadas, a nivel institucional, en relación con su planificación y su dotación.
- El segundo pilar es la aplicación efectiva en los servicios de los avances diseñados en las últimas décadas, a nivel internacional, desde el modelo social de la discapacidad. Este modelo social, que tuvo su origen en los años 70 en el movimiento estadounidense de defensa de los derechos de las personas con discapacidad y que surgió en oposición al modelo médico imperante hasta entonces, introdujo la visión según la cual las limitaciones que experimentan las personas con discapacidad y las personas con trastorno mental son atribuibles a la no adecuación del entorno físico y social.

Esta nueva concepción, absolutamente rompedora y radical, determinó la necesidad de modificar las pautas de atención y marcó el comienzo del desarrollo de toda una serie de avances en la conceptualización y en el diseño de la atención:

- el concepto y el constructo de Calidad de Vida;
- el Paradigma y el Modelo de Apoyos;
- la Planificación Centrada en la Persona;
- el Apoyo Conductual Positivo.

Estos avances son los que se consideran esenciales en la estructura del modelo, es decir en su articulación y en las metodologías de trabajo; en mayor o menor medida, su enfoque ya está presente en la red de servicios, pero es cierto que no siempre con la intensidad y el protagonismo que su asunción efectiva requeriría.

Ambos pilares y los componentes que los integran están fuertemente relacionados entre sí y conforman un conjunto coherente: en efecto, para ser eficaces, tanto el Modelo de Apoyos como el Apoyo Conductual Positivo deben articularse mediante una planificación individualizada capaz de determinar qué apoyos específicos necesita la persona para alcanzar las metas u objetivos que desea alcanzar y esto sólo es posible mediante una planificación que se articule en torno a la persona, a sus necesidades, a sus deseos y a sus preferencias, es decir, mediante una Planificación Centrada en la Persona; a su vez, esa planificación de los apoyos debe obedecer a una finalidad última de mejora de la Calidad de Vida de la persona; por último, la calidad de vida de la persona está íntimamente ligada al hecho de que esa persona es sujeto de derechos y a que, en la prestación de los apoyos, es necesario promover el respeto de esos derechos.

Existe un amplio consenso entre los miembros del Grupo de Trabajo con respecto a este marco filosófico de la atención, que, en parte, ya está siendo aplicado por las propias entidades. Con todo, es necesario tener muy presente que, para que esta filosofía de la atención no quede simplemente en una construcción teórica, casi inalcanzable, es imprescindible asumir sus implicaciones reales, ser conscientes de que es un proceso a largo plazo en el que los objetivos irán alcanzándose de forma progresiva. Sin duda, los

condicionantes de contexto que se han mencionado en la primera parte de este documento serán determinantes del ritmo efectivo de avance en esta dirección.

A continuación se explican los aspectos esenciales de cada uno de esos componentes del Modelo de Atención.

3.1. El respeto y la promoción de los derechos de las personas.

Es un hecho que los últimos años han sido testigos de una clara mejora en la atención ofrecida en los servicios:

- la individualización de la atención se acepta sin reservas, por lo menos en un plano teórico, aunque, en la práctica, todavía deban replantearse determinadas formas de hacer;
- también se acepta, de forma generalizada, la mayor adecuación de la atención en servicios pequeños, bien integrados en la comunidad, sin perjuicio de considerar asimismo la necesidad de contar con algunos recursos muy especializados capaces de dar respuesta a necesidades muy específicas o muy pronunciadas de atención que requieren apoyos de gran intensidad;
- se empieza a otorgar cierta importancia a la participación de personas usuarias y familiares en el funcionamiento de los servicios y centros;
- se presta mayor atención a la fase de ingreso y adaptación al recurso que hace apenas unos años;
- se ha mejorado la dotación física de muchos servicios;
- se están afianzando fórmulas de evaluación externa y empieza a calar la necesidad de introducir procesos de mejora continua de la calidad.

En otros términos, se ha asistido a un proceso de “humanización” y de “dignificación” de los servicios que merece una valoración muy positiva.

Aun así, queda por hacer y, sin duda, el elemento clave para ir introduciendo cambios que garanticen una mejora continua de la atención es adoptar los derechos básicos de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental como punto de referencia en todas las actuaciones y admitir que respetarlos constituye la condición *sine qua non* de una atención de calidad.

Adoptar estos derechos como principio rector de la atención no significa que deban desatenderse otros intereses que convergen en el servicio —en particular, los impuestos por la organización de la vida colectiva— ni tampoco que las personas usuarias no tengan obligaciones. Significa que, bajo ninguna circunstancia, debe perderse de vista la situación de especial vulnerabilidad de estas personas y que, en todas las decisiones que se adopten, sean de carácter general o particular, debe tenerse presente su condición de personas y la necesidad de garantizar que puedan ser ellas mismas y elegir, en todo lo posible, el estilo de vida que desean llevar.

Para alcanzar este objetivo, es necesario esforzarse por encontrar fórmulas de atención que permitan responder, simultáneamente, a las necesidades inherentes al ejercicio de los

derechos de las personas usuarias y a las necesidades organizativas de la estructura, necesidades que, aun no siendo coincidentes, pueden ser compatibles e incluso mutuamente benéficas.

En efecto, parece evidente que, si se opta por flexibilizar las pautas de atención, saldrán beneficiadas, por un lado, sin duda, las personas usuarias, en la medida en que contarán con mayores posibilidades reales de elección y con mayores oportunidades de organizar su vida a su modo, de crearse sus propias costumbres en lugar de tener que someterse, inevitablemente, a los usos colectivos; en otras palabras, de ser ellas mismas. Y, por otro, también saldrán beneficiadas las y los profesionales, no sólo por tener la posibilidad de prestar los apoyos de forma menos automática y más personalizada –lo cual, en sí mismo, es ya un indicador positivo en cualquier actividad laboral–, sino también por el hecho de desempeñar su labor en un medio más humano y en condiciones más dignas. En este sentido, la cada vez mayor dignificación de la atención a las personas usuarias determina una cada vez mayor dignificación de las funciones de atención y de la prestación de apoyos.

Situar los derechos de las personas en el núcleo de la atención significa partir de que el respeto de los derechos debe ser la regla y que cualquier limitación a su ejercicio efectivo debe ser la excepción a esa regla. Con esto no se pretende decir que, en determinados casos, la excepción a la regla no pueda ser frecuente; lo que significa es que, en la articulación de los apoyos, en el marco de la planificación centrada en la persona, es imprescindible tomar siempre como punto de partida el derecho, esforzarse por respetarlo al máximo y por introducir el menor número posible de limitaciones a ese derecho, argumentando siempre las razones que, en ese caso concreto, las hacen necesarias.

Sin duda, adoptar la matriz de derechos en la prestación de apoyos presenta sus dificultades, unas veces debido a la dificultad existente para compaginar los derechos individuales de las personas con los condicionantes organizativos de los servicios, otras veces debido al nivel de necesidad de apoyo de la propia persona, otras debido a que todavía no se ha integrado esa cultura en las y los profesionales de los servicios y en las familias. Es difícil, sin duda, y avanzar en esa dirección exige comprometerse con un proceso lento, basado, fundamentalmente, en un progresivo cambio de actitudes.

Parte de ese proceso ya se ha realizado: hace apenas unas décadas ni se aludía a los derechos de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental en el marco de los servicios de atención y, en cambio, en la actualidad, todos somos conscientes de la necesidad de garantizar, en todo lo posible, derechos básicos, como son, en particular, la dignidad, la intimidad, la autonomía, la elección o la participación. En algunos casos, por razones diversas, no podrá garantizarse el ejercicio pleno de tales derechos, pero sí es posible seguir avanzando hacia una mejora progresiva en su consecución. Hay que darse el tiempo necesario para el cambio de actitudes y dotarse de pautas de buenas prácticas que ayuden a la progresiva incorporación de ese cambio y a compaginar el respeto a los derechos individuales con los condicionantes organizativos.

3.2. Calidad de Vida

A lo largo de las tres últimas décadas, el concepto de calidad de vida se ha convertido en un elemento central de la Planificación Centrada en la Persona, de la evaluación de resultados y de los procesos de mejora de la calidad. A pesar de encontrarse ya muy afianzado, todavía se encuentra en construcción y coexisten, de hecho, diferentes enfoques y modelos de calidad de vida. Dado que el propósito de este apartado es enmarcar el Modelo, se indican aquí sólo

algunos elementos básicos del modelo más afianzado en nuestro entorno, conceptualizado y estructurado originariamente en Estados Unidos por R.L. Schalock.

Puede decirse que la estructuración de este modelo surge de la necesidad de mejorar la comprensión del concepto de calidad de vida, que, muy promovido en los años 80 y muy reforzado en los 90 gracias a la aprobación de diferentes normas antidiscriminación, se había visto propulsado a primera línea de los movimientos de defensa de los derechos de las personas con discapacidad en Estados Unidos. Profundizar en la comprensión del concepto conllevó profundizar en su conceptualización, en su medición y en su aplicación; tuvo como resultado una lista de principios básicos que se reflejan en la siguiente tabla.

Principios de conceptualización, medición y aplicación de la calidad de vida
<p>Conceptualización</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La calidad de vida es multidimensional y se ve influida por factores personales y ambientales, así como por la interacción de estos factores. 2. La calidad de vida tiene los mismos componentes para todas las personas. 3. En la calidad de vida intervienen componentes subjetivos y objetivos. 4. La calidad de vida aumenta con el grado de autodeterminación, la disponibilidad de recursos, la existencia de un proyecto de vida y de unos objetivos vitales, y el desarrollo de un sentido de pertenencia. <p>Medición</p> <p>La calidad de vida se mide por el grado en el que las personas tienen experiencias de vida que valoran.</p> <p>La calidad de vida se mide atendiendo a las dimensiones que contribuyen a una vida completa e interconectada.</p> <p>La calidad de vida se mide atendiendo a los contextos físico, social y cultural que son importantes y significativos para las personas.</p> <p>La calidad de vida se mide tanto en relación con experiencias que son comunes a todas las personas como en relación con vivencias que son únicas y personales.</p> <p>Aplicación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La aplicación del concepto calidad de vida contribuye a mejorar el bienestar dentro de cada contexto cultural. 2. Los principios de calidad de vida deben estar en la base de las intervenciones y del diseño de los apoyos. 3. Las aplicaciones del modelo de calidad de vida deben basarse en resultados demostrables. 4. Los principios de calidad de vida deben integrarse y ocupar un lugar destacado en la formación de las y los profesionales.
<p>Fte. Schalock, R.L.; Gardner, J.F.; Bradley, V.J. <i>Quality of Life for people with intellectual and other developmental disabilities. Applications across individuals, organizations, communities and systems.</i> 2007.</p>

A partir de ahí, los esfuerzos de investigación y de evaluación ampliamente basados en estos principios, han tratado de ofrecer una base conceptual y empírica firme para la medición y la aplicación del concepto de Calidad de Vida, que ha llevado a un consenso en torno a diferentes elementos, en particular:

- Su carácter multidimensional: la calidad de vida de una persona tiene su reflejo en diferentes facetas de su vida; aunque las propuestas difieren ligeramente entre estudiosos,

puede afirmarse que existe cierto consenso en diferenciar ocho ámbitos o dimensiones de calidad de vida.

- La necesidad de desarrollar indicadores para esas múltiples dimensiones.

En la siguiente tabla, se reflejan tanto las dimensiones como los indicadores que se han asociado a cada una de ellas:

Dimensiones de Calidad de Vida e Indicadores de Calidad	
Dimensiones	Indicadores
Bienestar Emocional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conformidad: satisfacción, estado de ánimo, disfrute. ▪ Autoconcepto: identidad, autovaloración, autoestima. ▪ Ausencia de estrés: predictibilidad y control.
Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interacciones: redes sociales, contactos sociales. ▪ Relaciones: familiares, de amistad, de compañerismo. ▪ Apoyos: emocionales, físicos, económicos, de refuerzo.
Bienestar Material	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estatus económico: rentas y prestaciones económicas. ▪ Empleo: estatus laboral, entorno laboral. ▪ Vivienda: tipo de vivienda, propiedad.
Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación: logros, estatus. ▪ Competencia personal: cognitiva, social y práctica. ▪ Realización: éxito, logros, productividad.
Bienestar Físico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de salud: funcionamiento, síntomas, forma física, nutrición. ▪ Actividades de la vida diaria: habilidades de autocuidado, movilidad. ▪ Ocio: actividades de ocio, aficiones.
Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomía/control personal: independencia. ▪ Metas y valores personales: deseos y expectativas. ▪ Elección: oportunidades, opciones, preferencias.
Inclusión Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integración y participación en la comunidad. ▪ Roles comunitarios: contribuyente, participante, voluntario. ▪ Apoyos sociales: red de apoyo, servicios.
Derechos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humanos: respeto, dignidad, igualdad. ▪ Normativos: ciudadanía, acceso a los derechos, acceso a la defensa de los derechos.

Estas dimensiones y sus indicadores ofrecen una estructura para la evaluación de necesidades y para la planificación de los apoyos en el marco de la Planificación Centrada en la Persona y del Modelo de Apoyos.

3.3. Paradigma y Modelo de Apoyos

A lo largo de las dos últimas décadas ha ido ganando protagonismo el denominado “Paradigma de los Apoyos”, deudor a la vez de la filosofía de la normalización de los años 70 y del movimiento de vida independiente y de integración comunitaria fuertemente desarrollado en los 80, y asociado al énfasis que, desde la década de los 90, se ha puesto en la noción de calidad de vida. El cambio fundamental que conlleva consiste en dejar de centrar la atención en los déficit de la persona con discapacidad para centrarla en su autodeterminación y su inclusión.

Los elementos clave del Modelo de Apoyos pueden sintetizarse así:

- Lo esencial de este cambio de enfoque se expresa en la pregunta: ¿qué apoyos necesita una persona para participar en su comunidad, para asumir roles socialmente reconocidos y para llevar el tipo de vida que desea llevar y sentirse más satisfecha con su vida?
- Responder a esa pregunta requiere determinar qué desfase existe entre las capacidades y habilidades que tiene una persona y las que requeriría para funcionar en su comunidad y para llevar una vida más cercana a sus preferencias y a sus opciones.
- Dado que las personas funcionan en diversos contextos, es necesario evaluar o medir ese desfase en los distintos contextos en los que se desenvuelve. Para ello, el Modelo de Apoyos diferencia varias áreas importantes en la vida y en el desarrollo personal: vida en casa; vida en la comunidad; formación y educación; empleo; salud y seguridad; área conductual; área social; y protección y defensa de la persona.
- En cada una de estas áreas, cada persona puede requerir diferentes tipos de apoyo y de diferente intensidad.
- El objetivo es que a través de la prestación de apoyos en las diferentes áreas de la vida, la persona consiga mejorar su grado de independencia, su nivel relacional, su nivel de participación en la comunidad y su bienestar personal.

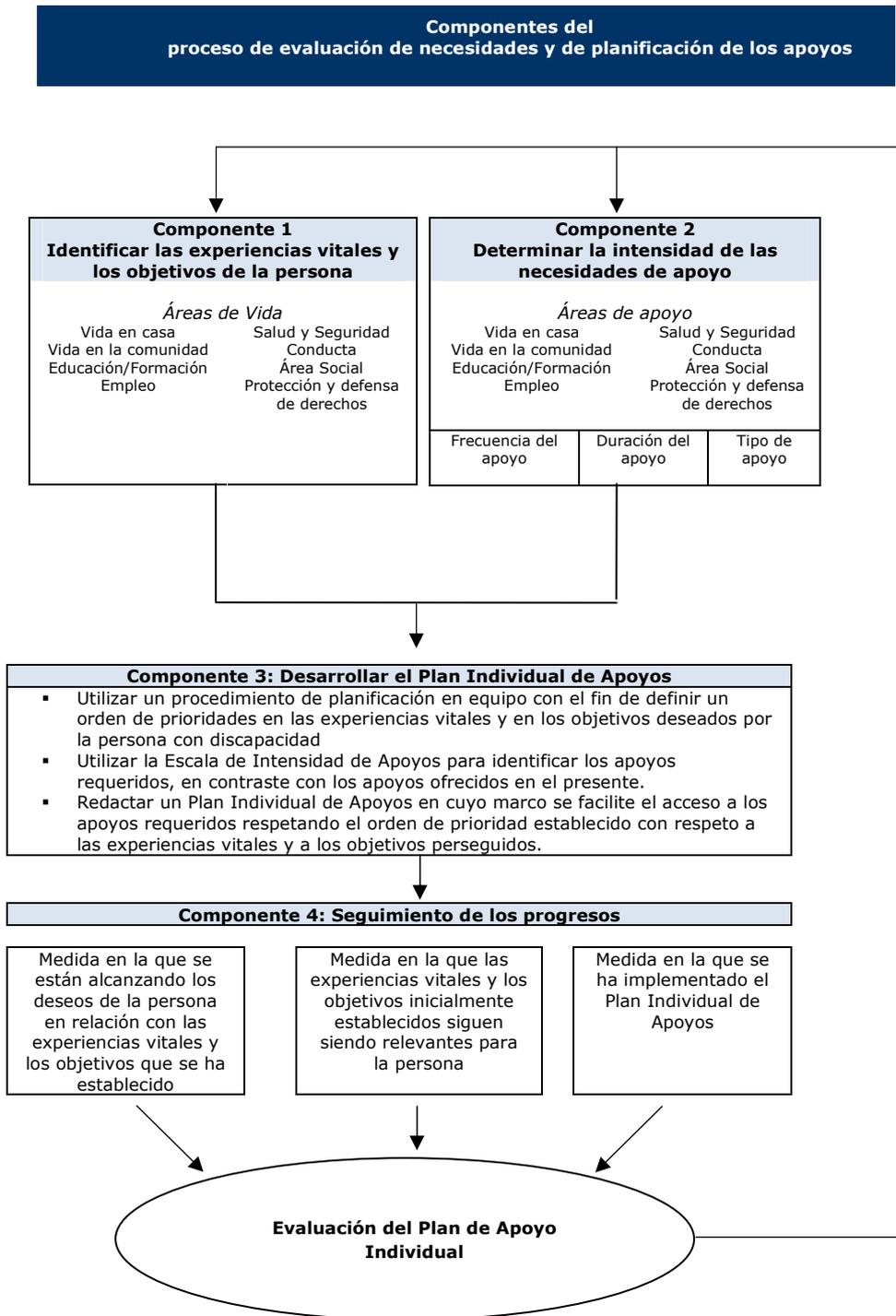
Lógicamente, más allá de su atractivo intrínseco, el traslado a la práctica de la atención de este nuevo paradigma ha supuesto retos de envergadura:

- Por un lado, ha generado la necesidad de ofrecer una nueva descripción de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mentalusuarías de esos apoyos, basada no ya en sus déficit, como ocurría en el modelo tradicional, sino en sus necesidades personales y en sus aspiraciones. Esta nueva conceptualización ha requerido el desarrollo de nuevos sistemas de clasificación.
- Por otro, la visión tradicional centrada en la prestación de atención para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, ha tenido que ampliarse para abarcar otras facetas de la vida, directamente asociadas al desarrollo personal, al empoderamiento, a la autodeterminación, a la inclusión y a la asunción de roles socialmente reconocidos.

Superar esos retos ha requerido que los sistemas de implementación de los apoyos sean capaces de:

- abarcar una amplia gama de necesidades de apoyo;
- centrarse en la persona;
- ser lo suficientemente flexibles para permitir cierta variabilidad en las prioridades individuales;
- contar con instrumentos que permitan realizar una evaluación de necesidades y preferencias individuales y, en consecuencia, determinar los apoyos requeridos, así como el seguimiento de la evolución de las necesidades con vistas a la correspondiente adaptación de los apoyos.

Su articulación se refleja en el siguiente gráfico, propuesto por algunos de los estudiosos más relevantes del modelo, en el que se distinguen cuatro componentes del proceso de evaluación de las necesidades de apoyo y de planificación de los apoyos.



Fte: Thompson, J.R.; Hughes, C.; Schalock, R.L.; Silverman, W.; Tassé, M.J.; Bryant, B.; Craig, E.M.; Campbell, E.M. Integrating supports in assessment and planning, 2002.

En coherencia con lo anterior, para que el modelo fuera viable, era necesario disponer de un instrumento de evaluación que permitiera medir la intensidad de las necesidades de apoyo de la persona, una vez definido el desfase entre las capacidades y las habilidades con que cuenta de la persona para funcionar en una determinada área y las capacidades y habilidades necesarias para hacerlo. Así es como se elaboró la Escala de Intensidad de Apoyos, a veces referida en nuestro entorno como EIA, pero más frecuentemente referida por las siglas SIS, procedentes de su denominación en inglés: *Supports Intensity Scale* (en adelante, Escala SIS).

Tanto el enfoque de los cuatro componentes como la Escala SIS parten de cinco premisas básicas acerca de la naturaleza de las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental:

- *Primera. Los tipos de apoyo deben ajustarse a las necesidades y preferencias individuales.* La discapacidad es un desajuste entre lo que la persona puede hacer de forma más o menos autónoma y los entornos o contextos en los que se desenvuelve. Dado que las características de los entornos son muy diversas, que el nivel de competencia personal varía entre las personas y que también son muy distintos sus objetivos y deseos, es poco probable que dos personas puedan presentar exactamente las mismas necesidades de apoyo y, por lo tanto, el mismo plan individual de apoyos. Un plan de apoyos debe ajustar la prestación de diferentes tipos de apoyo a las capacidades, necesidades, preferencias y circunstancias individuales.
- *Segunda. La prestación de los apoyos debe ser flexible.* Las necesidades de apoyo de las personas son dinámicas, es decir, cambian en función del entorno físico, de la situación y del momento. En consecuencia, un proceso de evaluación de las necesidades de apoyo y de planificación y prestación de los apoyos debe, necesariamente, identificar una gama de apoyos lo suficientemente flexible para responder a las diferentes circunstancias. Es necesario, además, proceder periódicamente a una nueva evaluación de necesidades y de los apoyos prestados con el fin de determinar si mantiene un buen ajuste entre ellos o si es necesario proceder a su modificación.
- *Tercera. Algunos apoyos son más importantes que otros para la persona.* Tanto la evaluación de necesidades como el proceso de planificación de los apoyos deben dar cabida a la definición de un orden de prioridad entre las diferentes necesidades. En efecto, dado que la prestación de apoyos requiere recursos y dado que la disponibilidad de recursos es limitada, es esencial poder distinguir entre los apoyos que se consideran prioritarios y otros que lo son menos. Para determinar la prioridad de una determinada necesidad de apoyo es necesario tener en cuenta las preferencias individuales pero, simultáneamente, es indispensable garantizar la cobertura de las necesidades básicas, en particular, las relacionadas con la seguridad, el alojamiento o la alimentación.
- *Cuarta. La evaluación sistemática de las necesidades de apoyo debe guiar el desarrollo y la revisión de los planes individuales de apoyo.* Un proceso de evaluación de necesidades de apoyo debe aportar información suficiente para ayudar a las personas que participan en la planificación de los apoyos a ajustarlos a los deseos de la persona con respecto a su vida presente y futura. Este conocimiento contribuirá a que el equipo idee soluciones para identificar, estructurar y coordinar los apoyos que mejor se ajusten a esas preferencias. Como resultado de ese proceso, debe diseñarse un plan de apoyos que identifique, como mínimo:
 - las diferentes fuentes de apoyo que van a intervenir en su prestación: profesionales, servicios, familiares, amigos, voluntarios, etc.;
 - la función que deben cumplir los diferentes tipos de apoyo que se hayan previsto;
 - la intensidad de los apoyos requeridos.

- *Quinta. La evaluación de las necesidades de apoyo debe tener en cuenta múltiples factores.* Cuando se procede a la evaluación de las necesidades, el equipo evaluador debe estar sensibilizado y mostrarse respetuoso con los valores, las creencias y las expectativas que influyen en la vida de la persona. La inclusión en el equipo de planificación de familiares o amigos facilita la incorporación de estos factores en el proceso.

3.4. Planificación Centrada en la Persona

La Planificación Centrada en la Persona gira siempre, en su concepto y en su aplicación, en torno a dos preguntas básicas centradas en la persona con discapacidad con trastorno mental:

- ¿Quién es realmente esta persona? ¿Cuáles son sus deseos, sus preferencias, sus necesidades, sus capacidades, sus miedos?
- ¿Qué papel desempeñamos en su vida y cómo podemos ayudarle a conseguir que su vida sea más acorde con lo que realmente desea, con lo que ella considera importante y deseable?

Desde ese enfoque, la Planificación Centrada en la Persona se estructura como un proceso continuo de escucha y de aprendizaje orientado a tratar de saber lo que es importante para la persona, tanto en relación con su vida presente como en relación con sus planes de vida para el futuro. Es, además, un proceso de carácter colectivo, en el que participan tanto la propia persona con discapacidad como todas las personas —familiares, amigos y profesionales— que mantienen un fuerte vínculo con ella, siempre que ella previamente acepte su participación.

En contraste con otras formas de programación individual, es una forma completamente diferente de percibir y de trabajar con la persona con discapacidad, que se fundamenta en la igualdad de la relación: la relación que se mantiene con la persona ya no es una relación de poder, sino una relación de colaboración orientada a su mayor y mejor inclusión social. Desde esta óptica, es una metodología directamente asociada al principio y al derecho de autodeterminación, al Modelo de Apoyos y al objetivo de mejora de la calidad de vida.

La Planificación Centrada en la Persona presenta diversas ventajas:

- *Respeto la individualidad y las diferencias personales.* La Planificación Centrada en la Persona evita la aplicación indiscriminada de programas y tratamientos homogéneos, comunes a todas las personas atendidas, y permite ofrecer un servicio más personalizado. También contrarresta la tendencia que tienen los servicios a definir las necesidades de las personas en función de las disponibilidades de la propia estructura y, en consecuencia, forzar la adaptación de las personas a los servicios en lugar de adaptar la red de servicios y su funcionamiento a las variadas necesidades de las personas. Bien aplicado, puede dar como resultado una atención más personalizada, más flexible, más variada y mejor adaptada.
- *Capacita a las personas.* La Planificación Centrada en la Persona reconoce la importancia de la persona usuaria en su calidad de persona, en lugar de percibirla, en primera instancia, como un conjunto de problemas a resolver. Este enfoque contribuye a crear una relación de poder más equilibrada entre el personal de apoyo y la persona atendida. Dar importancia a la persona en la toma de decisiones hace posible un proceso de aprendizaje continuo, por el cual cada persona desarrolla capacidades y actitudes que le ayudan a participar cada vez más en la comunidad, a ir asumiendo el control de su vida y a

responsabilizarse de ella. En otros términos, capacitar a la persona usuaria contribuye a su desarrollo personal.

- *Permite un uso más eficiente de los servicios.* El servicio centra sus esfuerzos en intervenciones bien definidas y claramente orientadas, y no pierde ni tiempo ni recursos en actividades poco provechosas, poco satisfactorias y con escaso impacto en la calidad de vida de la persona usuaria. El papel del personal de apoyo es más claro, lo que contribuye a una mejor coordinación de sus intervenciones. Este tipo de planificación ayuda a estructurar el trabajo con personas que presentan necesidades complejas y hace más fáciles de asumir y gestionar las tareas integradas en la prestación del servicio.
- *Considera la vida de la persona en todas sus facetas, en lugar de limitarla a la vida residencial.* La Planificación Centrada en la Persona pretende ser una planificación integral, cuyo hilo conductor es la vida de la persona en sus diferentes facetas. De ahí que tenga en cuenta el papel que juegan en su vida otros servicios y adopte medidas para coordinar las actuaciones y aplicar criterios coherentes de intervención, y de ahí también que potencie su relación con el entorno comunitario. Este aspecto es básico para la coherencia del modelo: es necesario que la planificación centrada en la persona le permita involucrarse en actividades apropiadas a su edad cronológica en entornos comunitarios acordes con sus metas, objetivos y preferencias personales.
- *Apoya a las personas para ayudarles a descubrir el futuro que desean.* La Planificación Centrada en la Persona ayuda a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental, en su caso a sus familiares, y al propio personal de apoyo a tomar decisiones acerca de cuáles son las necesidades, deseos y preferencias más importantes a las que conviene dar respuesta tanto en el presente como de cara a la construcción de un proyecto de vida. El plan facilita que los servicios generen más oportunidades de participación en la comunidad lo que a su vez abre la puerta a nuevas opciones y posibilidades para el futuro.

Así caracterizada, la Planificación Centrada en la Persona constituye el eje principal en torno al cual se articulan el conjunto de las actuaciones.

3.5. Apoyo Conductual Positivo⁴

Aunque inicialmente, el objetivo principal del Apoyo Conductual Positivo era la disminución de las conductas problemáticas, pronto se consideró que por positivo que eso fuera no era suficiente y que, para ser eficaz, el apoyo conductual no sólo debía disminuir las conductas problemáticas, sino que también debía ser capaz de estructurar y generar conductas prosociales –es decir apropiadas y aceptables socialmente–, garantizar un cambio conductual duradero, ser aplicable a toda la gama de situaciones con las que las personas pueden encontrarse en la vida real, y favorecer el acceso a un estilo de vida satisfactorio.

La clave que define el Apoyo Conductual Positivo es la idea de que para remediar las conductas problemáticas es necesario primero remediar contextos deficientes y, en este sentido, diferencia dos tipos de déficit:

⁴El Apoyo Conductual Positivo fue conceptualizado en Estados Unidos en 1996, por Koegel, Koegel y Dunlap y desde entonces, ha evolucionado a buen ritmo, a medida que se han ido desarrollando nuevas experiencias de aplicación y nuevas investigaciones empíricas, hasta afianzarse como una de las principales técnicas de intervención y aprendizaje.

- Los déficit del entorno: las condiciones del entorno son deficientes en la medida en que conllevan ausencia de posibilidades de elección, estrategias de enseñanza inadecuadas, acceso insuficiente a actividades y materiales estimulantes, y rutinas diarias mal seleccionadas.
- Los déficit del repertorio de conductas: los repertorios de conductas son deficientes cuando las habilidades de comunicación, las habilidades de autogestión, las habilidades sociales y otras conductas constructivas no existen o están insuficientemente desarrolladas.

En los últimos años, se ha afianzado la idea de una fuerte asociación entre estos dos tipos de déficit contextuales y la ocurrencia de conductas problemáticas, y numerosos teóricos, incluido Emerson, han concluido que las conductas problemáticas pueden gestionarse de forma efectiva centrando la atención en la evaluación del contexto y en la intervención en el mismo.

El Apoyo Conductual Positivo se estructura en torno a cuatro fundamentos básicos en relación con las conductas problemáticas y la eficacia de la intervención.

- Fundamento 1º.- Las conductas problemáticas están directamente relacionadas con el contexto en el que se producen.
- Fundamento 2º.- Las conductas problemáticas tienen una función muy concreta para la persona que las presenta.
- Fundamento 3º.- Las intervenciones más eficaces se basan en un profundo conocimiento de la persona, de sus contextos sociales y de la función que, en dichos contextos, desempeñan sus conductas problemáticas.
- Fundamento 4º.- El Apoyo Conductual Positivo debe basarse en valores respetuosos de la dignidad de la persona, de sus preferencias y de sus metas individuales.

El Apoyo Conductual Positivo comparte sus valores y principios así como su objetivo último de mejora de la calidad de vida, con la filosofía del Modelo de Apoyos y con el aprendizaje de habilidades adaptativas.

PARTE III.

ORDENACIÓN DE LA **R**ED **F**ORAL DE **S**ERVICIOS O **C**ENTROS DE **A**LOJAMIENTO, DE **D**ÍA, y **O**CUPACIONALES **I**MACTO EN LA **V**ALORACIÓN Y LA **O**RIENTACIÓN **S**ERVICIOS

4. ORDENACIÓN DE LA RED FORAL DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO, DE DÍA Y OCUPACIONALES

A lo largo de esta última década se han ido introduciendo cambios en la clasificación y organización de la red foral guipuzcoana de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental, inspirados, en buena medida, por el conjunto de los elementos que componen el marco conceptual descrito en el punto 3 de este documento, y en particular por el Paradigma y Modelo de Apoyos.

El inicio de este proceso de cambio se remonta a finales de la década de los 90 con el *“Plan Integral de atención a personas con minusvalía en Gipuzkoa 1996-2000”* elaborado por Gizartekintza, en el que se refleja la conveniencia de constituir grupos-tipo de usuarios en función de sus necesidades, y prosigue en el año 2004, cuando el Departamento de Política Social realiza, con Antares Consulting, un análisis sobre la planificación de los recursos de atención a personas con discapacidad en Gipuzkoa, que condujo a la introducción de la variable de intensidad de apoyos en la clasificación de servicios y centros de día y de alojamiento.

Desde entonces, este proceso de cambio se ha ido materializando progresivamente en dos grandes áreas:

- Por un lado, en el funcionamiento interno del Departamento, en donde se han ido ideando y, a veces, implantando cambios en:
 - el diseño de los procesos de acceso y de ordenación de la lista de espera;
 - el diseño de nuevos servicios: definición de perfiles a atender, ratios de personal y profesionales;
 - la determinación de criterios de aptitud/no aptitud;
 - el diseño y aplicación de los criterios de derivación y traslado entre servicios.
- Por otro, en la ordenación de la red de atención, materializada primero en el II Mapa Foral de Servicios Sociales 2008-2012, en el que los centros ya aparecen denominados en función de su intensidad de apoyos, y, actualmente, en el Borrador de Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa 2014-2017.

Este conjunto de cambios se desarrolla, para el conjunto de los servicios y centros de día, ocupacionales y de alojamiento, al amparo de los siguientes **principios**:

- Fomentar la normalización y la integración social: potenciando el mantenimiento de la personas en su entorno o en entornos normalizados.
- Potenciar el desarrollo de la autonomía personal como principio básico de la atención en los servicios.
- Ofrecer una atención integral e individualizada, desde el enfoque de la Planificación Centrada en la Persona.
- Garantizar la continuidad de cuidados a lo largo de su ciclo vital.
- Buscar un equilibrio entre el respeto a la diversidad y el desarrollo

sostenible de los servicios.

El momento actual es pues un momento de transición en el que se formaliza el cambio ya iniciado, es decir, el paso de un modelo de ordenación de los servicios basado en los diagnósticos a un modelo de ordenación de los servicios basado, primero, en las necesidades de apoyo, y estructurado, a partir de ahí, en base a los diagnósticos.

En el marco de este Modelo de Atención, se trata de alcanzar, desde la responsabilidad pública, un equilibrio que no es fácil de conseguir: conjugar, por un lado, los principios de personalización de las respuestas a las necesidades de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental y a su carácter dinámico y cambiante en el tiempo a lo largo de su ciclo vital, y, por otro lado, el objetivo de ordenar una red de forma racional, compuesta por una gama de servicios lo suficientemente diversa para dar respuesta a la variedad de necesidades, y dotada de un dispositivo capaz de orientar a las personas hacia unos u otros recursos en función de sus necesidades y de la evolución de éstas.

Como ocurre con todos los procesos de cambio, es lógico que éste también pueda generar en los agentes ciertos temores o inseguridades, en relación con el riesgo de avanzar, con esta nueva ordenación, hacia una progresiva disminución de la heterogeneidad entre las personas atendidas en un mismo servicio, heterogeneidad que se considera saludable e idónea, por cuanto de algún modo se acerca a la diversidad propia de la población general y de los servicios generales de atención; el riesgo sería el de avanzar hacia una red más rígida y segregadora. Se es consciente, no obstante, de que ese riesgo puede evitarse mediante una aplicación flexible y dinámica de los nuevos criterios de ordenación de la red, que evite rigideces no sólo innecesarias sino ineficaces. Así tienden a demostrarlo los cambios que el Departamento ha ido introduciendo en los últimos años en dicha ordenación, en base precisamente a esos nuevos criterios, cambios que han permitido avanzar hacia una mayor coherencia de la ordenación sin que haya sido en detrimento de la heterogeneidad, como parece confirmar el hecho de que las propias entidades adhieran a la composición poblacional actual de los servicios.

Para facilitar la comprensión de la ordenación de servicios que se propone, su descripción se estructura en torno a los siguientes contenidos que se desarrollan en los subapartados 4.1, 4.2 y 4.3 del presente punto 4:

- En primer lugar, se definen las principales variables de ordenación de los servicios.
- En segundo lugar, se procede a la descripción de la ordenación de los grandes grupos de servicios: servicios y centros de alojamiento, de día y ocupacionales. Para cada uno de estos grupos, la descripción se articula en torno a los siguientes elementos:
 - Una tabla comparativa de criterios de ordenación, en donde se describen, de forma global, las diferencias existentes entre los principales tipos de servicios incluidos en cada grupo.
 - Fichas descriptivas de las diferentes modalidades de servicios de alojamiento y de centros de día, en donde se explican las características propias de cada modalidad y las diferencias existentes, en su caso, entre las variantes existentes dentro de cada modalidad para unos u otros colectivos. En el caso de los servicios y centros ocupacionales, en cambio, y dado que en su ordenación no se diferencian modalidades sino tres programas caracterizados, principalmente, en base al mayor o menor grado de dedicación a la actividad productiva por parte de las personas usuarias, se incluye una

única ficha en la que se trata de formular las especificidades propias de cada uno de dichos programas.

- Una tabla matriz, de carácter comparativo, que sintetiza las características básicas de los servicios:
 - . En el caso de los servicios y centros de alojamiento y de día, se ordenan en:
 - Modalidades de servicios, atendiendo al nivel de apoyo que ofrecen.
 - Variantes de servicios, en función del colectivo al que se dirigen principalmente: personas con discapacidad intelectual, personas con trastorno del espectro autista, personas con discapacidad mixta y personas con trastorno mental.
 - . En el caso de los servicios y centros ocupacionales, la matriz comparativa se establece entre los tres tipos de programas referidos en el guion anterior.

Tanto en las tablas de ordenación como en las fichas descriptivas se tienen en cuenta, además de las variables de ordenación referidas más arriba, algunas características básicas que ayudan a la delimitación de los servicios, estructurándolas en tres grandes bloques, diferenciados por colores, para facilitar la visualización:

Características generales básicas

- Capacidad máxima de los servicios o, en su caso, de cada unidad o módulo.
- Calendario de apertura, con indicación de si el servicio funciona de lunes a viernes, el fin de semana, y/o en periodos vacacionales.
- Servicios hosteleros: alimentación (desayuno, comida, cena); limpieza; lavandería; transporte.
- Apoyos personalizados básicos: acogida; Planificación Centrada en la Persona con inclusión de la programación de los apoyos; vida en el hogar; desarrollo personal; vida comunitaria, social y cívica; apoyo en el desarrollo formativo-ocupacional-laboral y coordinación entre servicios de alojamiento y servicios diurnos (de día u ocupacionales).
- Tipos de personal de apoyo: se indican los tipos o categorías profesionales con los que debe contar cada modalidad de servicio — sin fijar ratios—, e indicando qué tipos de personal se asignan específicamente a un servicio y qué tipos de personal son “compatibles” entre varios servicios, es decir, pueden ejercer sus funciones en diversas estructuras. Al señalar las categorías de personal, se indican, principalmente, las que intervienen en la atención directa de las personas usuarias, en la medida en que son las más aptas a contribuir a la delimitación o caracterización del servicio. No se explicitan, en cambio, categorías de personal relacionadas con funciones generales de gestión y coordinación —con la excepción de la categoría de “responsable de centro”— o servicios generales de limpieza, lavandería, cocina o mantenimiento, sin que ello signifique, lógicamente, que las mismas no existan.

Características asociadas a la variable de Atención a Trastornos de Conducta

- Niveles de trastorno de conducta que se atienden en los servicios, definidos en base al ICAP-Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual (véase la definición de la variable correspondiente en el apartado 4.1.).

Características asociadas a la variable de Atención Sanitaria

- Niveles de atención sanitaria que se presta in situ en los servicios: Atención general preventiva y de seguimiento; atención sanitaria no especializada (médica y de enfermería); atención médica especializada (véase la definición en el apartado 4.1.).
- Tipos de personal sanitario: personal de enfermería; médico/a no especializada; médico/a especialista en psiquiatría; médico/a especialista en neurología. Sólo se indican los tipos o categorías de personal sanitario con los que debe contar cada modalidad de servicio, sin fijar las ratios para cada tipo o categoría.

Lógicamente, y como es habitual cuando se procede a la ordenación de una red de atención ya existente, estas características no coinciden siempre exactamente con las de los recursos en funcionamiento en la red actual, tanto en términos físicos o materiales, como en términos de prestación de los apoyos. En algunos aspectos, las características actuales de los servicios serán difícilmente modificables a futuro (puede ser el caso, por ejemplo, de las estructuras físicas y, por lo tanto, de la capacidad de los servicios ya creados), pero en otros aspectos será posible una adaptación progresiva a las características previstas en esta ordenación.

Este último es el caso, en particular, de la forma en la que se articula la atención sanitaria en los distintos recursos, articulación que se encuentra sujeta a los cambios que se produzcan de la mano de la Cartera de Servicios y Prestaciones Sociosanitarias así como de los acuerdos con Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco para la prestación de atención sanitaria en los servicios de carácter social. Dado lo anterior, si bien con respecto al resto de los aspectos tratados sólo se refleja la propuesta de futuro, en el caso de la atención sanitaria se ha optado por una doble perspectiva —la situación actual y la previsión de futuro—, siendo conscientes de que el futuro propuesto refleja únicamente la posición que, al respecto, mantiene el Grupo que interviene en el diseño de este Modelo (es decir no responde, de momento, a ningún acuerdo interinstitucional) y explicitando la forma en que se presta actualmente es la que se mantendrá hasta entonces. Esta doble perspectiva se refleja tanto en las tablas comparativas de criterios de ordenación entre tipos de servicios como en las fichas descriptivas de las distintas modalidades correspondientes a cada tipo de servicio; en la tabla matriz correspondiente a cada tipo de servicio, en cambio, dado su carácter sintético, se indica sólo cuál es la situación que se propone para el futuro en relación a este tipo de atención.

Esta ordenación es pues una orientación para la estructuración futura de la red, un punto de referencia hacia el que dirigir las innovaciones y las modificaciones que se articulen para la atención a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental en Gipuzkoa, sin desconsiderar los servicios ya integrados en la red de atención. Al indicar que es una orientación, un punto de referencia, se quiere insistir en que es necesario mantener un margen de flexibilidad, que permita adaptarse a la evolución de las necesidades y de los contextos y que no cierren la puerta a oportunidades o a soluciones coyunturales que se estimen necesarias.

ADAPTABILIDAD DE LA RED

Las previsiones contenidas en esta ordenación tienen por finalidad organizar la red en base a criterios más ajustados que los actuales al marco teórico o filosófico del Modelo de Atención adoptado, asumiendo como principal criterio de ordenación el de la intensidad del apoyo prestado.

Con todo, y como es habitual en los documentos de esta naturaleza, sus previsiones son de carácter orientativo, es decir, deben encuadrar la organización de los servicios sin encorsetarla y sin impedir un cierto margen de flexibilidad garante de la capacidad de adaptación de la red a la evolución de las necesidades de las personas atendidas, a la conveniencia de mantener cierta heterogeneidad en la población atendida en cada servicio, a la necesidad de favorecer la permanencia de la persona en un determinado servicio en tanto la misma resulte viable y también a la evolución del contexto económico.

Los límites de esta adaptabilidad se sitúan, lógicamente, en las condiciones indispensables para hacer posible la implementación efectiva de los elementos básicos del Modelo de Atención: Respeto y Promoción de los Derechos, Calidad de Vida, Sistema de Apoyos, Planificación Centrada en la Persona y Apoyo Conductual Positivo.

4.1. Principales variables de ordenación de los servicios

Las variables que se van a tener en cuenta para clasificar, planificar y desarrollar los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales son las siguientes:

PRINCIPALES VARIABLES PARA LA ORDENACIÓN DE LOS SERVICIOS

Variable 1 Intensidad de Apoyos	}	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intermitente ➤ Limitado ➤ Extenso ➤ Generalizado ➤ Apoyo especial: Atención sanitaria intensa ➤ Apoyo especial: Atención a trastornos de conducta muy graves
Variable 2 Tipo de Discapacidad	}	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discapacidad Intelectual ➤ Trastorno del Espectro Autista ➤ Trastorno Mental ➤ Discapacidad Mixta
Variable 3 Trastorno Conductual	}	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Normal ➤ Levemente grave ➤ Moderadamente grave ➤ Grave ➤ Muy grave
Variable 4 Salud	}	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención general preventiva y de seguimiento ➤ Atención sanitaria no especializada (médica y de enfermería) ➤ Atención médica especializada (psiquiatría y neurología)
Variable complementaria Edad – Etapa vital	}	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infancia-Adolescencia ➤ Etapa adulta ➤ Vejez

VARIABLE 1: LOS NIVELES DE APOYO REQUERIDO

- En el marco del modelo de apoyos:
 - Los **apoyos** se definen como recursos y estrategias destinados a promover el desarrollo de la persona y mejorar su funcionamiento individual.
 - Y los **servicios** son un tipo de apoyo proporcionado por profesionales.

- Los niveles de apoyo propuestos para la ordenación de los servicios son:
 - **Apoyo limitado:** Es el que se proporciona de forma regular durante un periodo corto de tiempo pero definido. Se trata, pues, de un apoyo que puede planificarse y afecta a diversos entornos de la vida de la persona (hogar, trabajo, vida social...)
 - **Apoyo extenso:** Es el que se presta de forma continuada, posiblemente para toda la vida, con una alta frecuencia. Afecta a algunos entornos de vida de las personas, y la persona depende en determinadas situaciones de terceras personas.
 - **Apoyo generalizado:** Es el que se presta de forma continuada, posiblemente para toda la vida, de alta intensidad, en un número elevado de entornos de la vida. Afecta a todas o casi todas las situaciones de vida de la persona, y la persona depende de terceras personas para las actividades básicas de la vida diaria.
- **Apoyos especiales:**
 - **Apoyo especial: Atención sanitaria intensa:** Se trata de un apoyo generalizado caracterizado por la confluencia de componentes sociales y sanitarios, ambos de alta intensidad. Es propio de los servicios de naturaleza sociosanitaria (*véase más adelante la definición de la variable "atención sanitaria"*).
 - **Apoyo especial: Atención a trastornos de conducta muy graves.** Se trata de un apoyo muy especializado, orientado a la atención de personas que presentan trastornos de conducta caracterizados como muy graves (*véase más adelante la definición de la variable "trastornos de conducta"*).

- En el marco de este Modelo de Atención, esta variable de nivel de apoyo es la que permite diferenciar las distintas modalidades de un mismo servicio.

Nota en relación con el Apoyo intermitente

*En el Sistema de Apoyos, existe además un nivel de **Apoyo intermitente**: Es el que se presta de forma esporádica, sólo se provee "cuando es necesario", siendo, por tanto, imprevisible. Suele necesitarse durante cortos periodos de tiempo, que coinciden con situaciones puntuales y pueden ser de intensidad variable. Este tipo de apoyo no se utiliza como variable diferenciadora de las modalidades de servicios, estimándose que, en caso necesario, todos ellos deben encontrarse en situación de poder prestarlo.*

VARIABLE 2: EL TIPO DE DISCAPACIDAD

- A los efectos de la ordenación de servicios, se diferenciarán los siguientes tipos de discapacidad:
 - Discapacidad Intelectual.
 - Trastorno del Espectro Autista
 - Trastorno Mental Grave y Crónico. En su definición⁵ se integran 3 dimensiones:
 - Diagnóstico de trastorno psicótico (excluyendo los orgánicos).
 - Duración del trastorno: dos o más años.
 - Presencia de discapacidad.
 - Discapacidad Mixta:

Si bien, es frecuente que las personas que se integran en los tipos de discapacidad referidos en los apartados anteriores presenten, además de su discapacidad principal, una discapacidad secundaria, se ha considerado necesario prever un tipo de Discapacidad Mixta para dar entrada a servicios destinados a personas en las que esa combinación es particularmente definitoria. Así, en esta tipología se integran, a efectos de ordenación de servicios, personas con parálisis cerebral, con daño cerebral, con grandes discapacidades físicas o también orgánicas y sensoriales, que simultáneamente pueden presentar importantes dificultades asociadas a discapacidad intelectual, trastorno cognitivo, trastorno mental.
-
- En el marco de este Modelo de Atención, esta variable es la que permite diferenciar las diversas variantes existentes dentro de una misma modalidad de servicio, salvo en el caso de los centros ocupacionales, con respecto a los cuales no se hace esta distinción porque en las distintas modalidades de programas se tiende a atender conjuntamente a personas con distintos diagnósticos (tanto personas con distintas discapacidades como personas con trastorno mental), sin perjuicio de que puedan existir programas dirigidos a un colectivo específico.
-
- A efectos de orientación hacia una u otra modalidad de servicio, cuando confluyan en una misma persona más de un tipo de discapacidad se identificará como primera la que prevalezca desde el punto de vista de las necesidades de atención.
-

⁵Ministerio de Sanidad y política Social. “Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave”. Col. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Madrid, 2009.

VARIABLE 3: ATENCIÓN ATRASTORNO DE CONDUCTA

- Esta variable permite determinar qué modalidades de servicios y en qué variantes pueden prestar apoyo a personas con trastorno de conducta en función de la gravedad de este último.

 - Para la identificación de los trastornos de conducta se parte de la definición de Emerson⁶:

“Las alteraciones de conducta comprenden una serie de comportamientos anómalos desde el punto de vista socio cultural de una intensidad, frecuencia y duración tales que conllevan una alta probabilidad de poner en grave compromiso la integridad del individuo o la de los demás, o que conlleva una limitación clara de las actividades del individuo y una restricción importante en su participación en la comunidad.”

 - A efectos de la ordenación de los servicios, se diferencian los siguientes niveles de gravedad en los trastornos de conducta, en base al *ICAP–Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual*⁷:
 - ICAP Nivel 1: Normal (+10 a -10)
 - ICAP Nivel 2: Levemente grave (-11 a -20)
 - ICAP Nivel 3: Moderadamente grave (-21 a -30)
 - ICAP Nivel 4: Grave (-31 a -40)
 - ICAP Nivel 5: Muy grave (-41 y menos)
-

⁶ E. Emerson. “Challenging Behaviour. Analysis and Intervention in people with learning disabilities”. Cambridge University Press, Cambridge, 1995.

⁷ Bruininks, R.H.; Hill, B.K.; Woodcock, R.W.; Weatherman, R.F. “ICAP-INventory for Client and Agency Planning”. DLM Teaching Resources – Riverside, 1986.

Traducción y adaptación de Montero Centeno, D. “ICAP-Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual”. Universidad de Deusto, Mensajero, S.A., Bilbao, 1993.

VARIABLE 4: ATENCIÓN SANITARIA

➤ La ordenación de los servicios también tiene que tener en cuenta la mayor o menor capacidad de unas y otras modalidades de servicios para dar respuesta a la creciente presencia en la población atendida de necesidades de atención sanitaria.

➤ A estos efectos se distinguen los siguientes niveles de apoyos personalizados en relación con la salud de las personas atendidas:

▪ **Atención general preventiva o de seguimiento:** No requiere la intervención de personal sanitario en el servicio, sino que abarca la atención que se presta en cualquier entorno familiar: adoptar medidas básicas de prevención de enfermedades; hacer cierto control o seguimiento de la toma de medicamentos prescritos en casos de enfermedades puntuales (catarro, gripe, etc.) o crónicas; supervisar que se hacen las revisiones básicas (visión y audición) o vacunaciones básicas, acompañamiento a los centros de salud cuando la persona no cuente con apoyos familiares que puedan acompañarle, etc. Se entiende como acompañamiento y supervisión para el uso de servicios de salud ordinarios.⁸

▪ **Atención sanitaria no especializada:** se refiere a la atención primaria o básica, que requiere la intervención de médico especialista y/o, en su caso, de personal de enfermería.

▪ **Atención médica especializada:** se refiere a la atención en Psiquiatría y en Neurología, que requiere la intervención de médicos especialistas.

⁸ Como se verá más adelante, al considerar esta variable, es importante tener presente, que algunas personas necesitan de apoyos importantes que conllevan, en términos de dedicación, una intensidad de apoyo que supera la Atención General Preventiva y de Seguimiento referida en el párrafo anterior, sin que ello signifique que requieran de dotación de personal sanitario específico. En efecto, toda vez que, como se indica en el apartado dedicado al diagnóstico, los apoyos familiares se han ido reduciendo sustancialmente, se ha ido aumentando el apoyo profesional no sólo en el caso de hospitalizaciones y convalecencias, sino también en el seguimiento y apoyo habitual de personas con mucha carga de actos médicos y/o de enfermería: acompañamientos a consultas, pruebas diagnósticas (incluso con hospitalizaciones de día), tratamientos ambulatorios, coordinación con centros de salud y hospitales, seguimiento de pautas y provisión de medicaciones, etc. Por ello, tanto en los apartados sobre atención sanitaria incluidos en las tablas comparativas y en las fichas descriptivas de las distintas modalidades de servicios, como en las propuestas complementarias incluidas en el apartado 8, se considera la necesidad de dimensionar la carga de atención que tales situaciones representan, con vistas a considerar las ratios de personal y a determinar las tarifas de concertación.

VARIABLE COMPLEMENTARIA:EDAD

- Con el objetivo de responder a las necesidades específicas que se generan en cada una de las etapas de la vida se establecen los siguientes grupos de edad:

Infancia y adolescencia: de 0 a 18/21 años

Etapla adulta: de 18/21 a 65 años

Vejez: A partir de 65 años

Esta variable se considera complementaria de las demás, en el sentido de que debe tenerse en cuenta a la hora de organizar los servicios, si bien en relación con cualquiera de los niveles de apoyo y de acuerdo con los criterios que se exponen a continuación.

- **Infancia y adolescencia:**

- Como principio de actuación se considera que las personas menores de edad con discapacidad o con trastorno mental, que presentan necesidades de apoyo limitado y moderado serán atendidas en su domicilio familiar o, en su caso, en la red específica para niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección.
- Si bien éste será también el criterio general de actuación en relación con las personas menores de edad con necesidades de apoyo extenso y generalizado, se observa la necesidad de que, en tales situaciones, cuando la atención en el domicilio no resulte posible, exista la posibilidad de contar con servicios específicos de alojamiento para la atención de estas personas.

- **Etapla adulta:**

- A los servicios de alojamiento se podrá acceder a partir de los 18 años.
- A los servicios de día se podrá acceder a partir de los 21 años, una vez finalizada la etapa educativa.
- A los servicios ocupacionales se podrá acceder a partir de los 18 años.
- El modelo de atención está basado en la promoción de la autonomía personal, la participación activa y la integración en la comunidad, por lo que para las personas que se encuentren en esta etapa vital se potenciará la participación en actividades laborales, ocupacionales, y de día como complemento de los servicios de alojamiento.
- Los servicios residenciales de atención integral están orientados a las personas que presenten dificultades graves en su desplazamiento, cuidados sanitarios especiales, riesgo de inestabilidad psíquica, o trastornos de conducta que desaconsejen los traslados diarios.

- **Vejez:**

- En esta etapa, la variable edad (≥ 65 años) se considera siempre como variable asociada al análisis de las necesidades de apoyo ocasionadas por un deterioro físico y/o psíquico.
- Para determinar si se procede o no a la derivación de una persona con discapacidad mayor de 65 años a un servicio para personas mayores se valorarán, entre otros, los siguientes aspectos:
 - La intensidad de apoyo requerido en las actividades básicas e instrumentales de vida diaria, en el área de salud, en la relación socio-familiar y en la participación comunitaria.
 - Las posibilidades de la persona de beneficiarse de los programas específicos de los servicios de discapacidad.
 - Y el itinerario vital estimado para esa persona.

4.2. Ordenación de la red de servicios de alojamiento

En coherencia con lo previsto, a nivel autonómico, en la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema de Servicios Sociales, la red de servicios de alojamiento del Territorio Histórico de Gipuzkoa se estructura en torno a dos grandes tipos de servicios de alojamiento —viviendas con apoyos y residencias—, que, a su vez, se articulan en modalidades diferenciadas en función del nivel de apoyo que pueden prestar a las personas usuarias; estas modalidades, por su parte, pueden integrar diversas variantes en función del colectivo al que, principalmente —aunque no exclusivamente— se dirigen:

TIPOS, MODALIDADES Y VARIANTES DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO

Tipos	Modalidades	Variantes
Viviendas con apoyo	↓	↓
	<i>Viviendas con apoyo limitado</i>	→ Para personas con discapacidad intelectual Para personas con trastorno del espectro autista Para personas con trastorno mental Para un grupo polivalente, principalmente compuesto por personas discapacidad física y con discapacidad mixta
	<i>Viviendas con apoyo extenso</i>	→ Para personas con discapacidad intelectual Para personas con trastorno del espectro autista Para personas con trastorno mental Para personas con discapacidad mixta
	<i>Viviendas con apoyo generalizado</i>	→ Para personas con discapacidad intelectual Para personas con trastorno del espectro autista Para personas con trastorno mental Para personas con discapacidad mixta
Residencias	↓	↓
	<i>Residencias con apoyo extenso-generalizado</i>	→ Para personas con discapacidad intelectual y para personas con trastorno del espectro autista Para personas con trastorno mental Para personas con discapacidad mixta
	<i>Residencias con apoyo especial – Atención sanitaria intensa</i>	→ Para personas con cualquier tipo de discapacidad o con trastorno mental, siempre que tengan necesidades de atención sanitaria intensa
	<i>Residencias con apoyo especial – Atención a trastornos de conducta muy graves</i>	→ Para personas con cualquier tipo de discapacidad o con trastorno mental, siempre que presenten trastornos de conducta muy graves

En el marco de este Modelo de Atención, las viviendas con apoyo se configuran como la **fórmula de alojamiento por excelencia** para las personas con discapacidad y para las personas con trastorno mental, por considerar que son la vía más idónea o la más susceptible de favorecer la aplicación efectiva de los principios de normalización e integración en el entorno. Esto significa que se tratará de garantizar que todas las personas con discapacidad y las personas con trastorno mental que requieran un servicio de alojamiento — independientemente de que el nivel de apoyo requerido sea limitado, extenso o generalizado,— tengan, de partida, la posibilidad de vivir en una vivienda con apoyo.

Lo anterior, no obstante, queda condicionado a que la persona no requiera, en determinados tipos de apoyo, una intensidad tal que determine su mejor atención en una estructura residencial. En efecto, el segundo tipo de servicio —las residencias— son estructuras capaces de responder, en sus distintas modalidades, a importantes necesidades de cuidado personal para las actividades básicas de la vida diaria, de atención sanitaria y de atención a trastornos de conducta muy graves. Esta capacidad de respuesta se asocia a una importante dotación de personal, en algunos casos muy especializado, y se asocia también, en cierta medida, a estructuras físicas de características muy específicas, lo que lleva a prever, para estos supuestos, la existencia de centros de mayor capacidad que el tamaño máximo previsto para las viviendas con apoyo (24 plazas para grupos de viviendas), si bien respetando, en lo posible, su modulación en unidades de unas 12 plazas.

Partiendo de este posicionamiento de base en relación con los servicios de alojamiento para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental, los apartados 4.2.1, 4.2.2. y 4.2.3. que se incluyen a continuación describen, con cierto detalle, la red de alojamientos que se propone, tratando de caracterizar los diferentes tipos, modalidades y variantes:

- En primer lugar, en el apartado 4.2.1. se ofrece una comparativa de criterios de ordenación, en forma de tabla, entre los dos grandes tipos de servicios de alojamiento — viviendas con apoyo y residencias— atendiendo a las características básicas referidas al comienzo del apartado 4, a saber: características básicas generales, características asociadas a la atención de trastornos de conducta y características asociadas a la atención sanitaria, con el fin de señalar los criterios básicos de delimitación o diferenciación entre ambos tipos.
- En segundo lugar, en el apartado 4.2.2., cada modalidad de servicio se describe en una ficha individual, siguiendo el mismo orden de características básicas adoptado en la tabla comparativa referida en el punto anterior. Aquí la información es del mismo tenor que en aquella, si bien ofrece una descripción algo más detallada e introduce algunas especificidades propias de la modalidad descrita en cada caso y de las distintas variantes que se integren en dicha modalidad.
- Por último, en el apartado 4.2.3., se incluye una tabla matriz de ordenación que trata de sintetizar todas las características básicas para cada tipo, modalidad y variante de servicio. Constituye en realidad una tabla de referencia, que permite tener una visión global de la ordenación de la red. Dada su globalidad, conviene consultarla siempre sin perder de vista la tabla comparativa de criterios de ordenación y las fichas descriptivas de los servicios, que son las que permiten explicitar unas diferencias no siempre evidentes o no siempre matizables en una matriz general.

4.2.1. Comparativa de los criterios de ordenación de los servicios de alojamiento

En esta tabla se establece básicamente una comparación entre los dos grandes tipos de servicios de alojamiento para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental — viviendas con apoyos y residencias—, aunque al describir determinados aspectos también se mencionen, para evitar confusiones, diferencias entre modalidades de un mismo tipo de servicio e incluso entre variantes de una misma modalidad (y, sin perjuicio, de que estas especificidades se describan con mayor detalle en las fichas descriptivas del apartado 4.2.2.).

Es importante tener presente, como ya se ha indicado anteriormente, que la descripción se refiere a las características definidas para el futuro de estos servicios y que, dichas características no se ajustan necesariamente a las que presentan los servicios en la actualidad. La única excepción a lo anterior, es el tratamiento otorgado a los aspectos relativos a la atención sanitaria, con respecto a los cuales se ha optado por describir tanto la situación que desde el Grupo de Trabajo se propone para el futuro como la situación actual, habida cuenta de que es una materia en curso de debate a nivel autonómico y que, en consecuencia, no es posible afirmar, en este momento, que las propuestas de futuro realizadas aquí sean las que finalmente se acuerden; para evitar confusiones, se estima más adecuado ofrecer ambas descripciones.

TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN ENTRE TIPOS DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO: VIVIENDAS CON APOYOS Y RESIDENCIAS		
Cráterios	Viviendas con apoyos	Residencias
Intensidad de los apoyos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyos se constituye en la fórmula de alojamiento por excelencia para las personas con discapacidad y para personas con trastorno mental, como tal, está disponible para los siguientes niveles de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo limitado - Apoyo extenso - Apoyo generalizado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias se reservan siempre a personas que requieren apoyos de alta intensidad. ▪ Se distinguen tres niveles de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo extenso-generalizado - Apoyo especial: atención sanitaria intensa - Apoyo especial: atención a trastornos de conducta muy graves
Modalidades y variantes de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se distinguen tres modalidades de vivienda con apoyos, basadas en las distintas intensidades de apoyo referidas en la fila anterior: <ul style="list-style-type: none"> - Vivienda con apoyo limitado - Vivienda con apoyo extenso - Vivienda con apoyo generalizado ▪ Cada una de estas modalidades existe en diversas variantes destinadas a la atención de personas con diferentes tipos de discapacidad (se detallan en las correspondientes fichas descriptivas en el apartado 4.2.2.). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se distinguen tres modalidades de residencia basadas en dichas intensidades o tipos de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> - Residencia con apoyo extenso-generalizado - Residencia con apoyo especial: atención sanitaria intensa - Residencia con apoyo especial: atención a trastornos de conducta muy graves. ▪ A su vez, la residencia con apoyo extenso generalizado presenta distintas variantes destinadas a la atención de personas con diferentes tipos de discapacidad (se detallan en las correspondientes fichas descriptivas del apartado 4.2.2.)

**TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN
ENTRE TIPOS DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO: VIVIENDAS CON APOYOS Y RESIDENCIAS**

Criterios	Viviendas con apoyos	Residencias
Estructura física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dentro de la categoría de vivienda con apoyos se incluyen dos formas de estructura: <ul style="list-style-type: none"> - Viviendas independientes (no agrupadas): la capacidad máxima de cada vivienda independiente se fija en 12 plazas. Es un límite máximo: las viviendas pueden tener menos plazas, pero no pueden tener más. - Agrupaciones o grupos de viviendas con apoyos: son viviendas independientes, ubicadas en un mismo edificio, habitualmente gestionadas por una misma entidad, que atienden a un mismo perfil de personas usuarias. Consideradas en su conjunto, las viviendas agrupadas en un mismo edificio tendrán un máximo de 24 plazas, siendo el tamaño máximo de cada una de las viviendas de 12 plazas (es decir el tamaño máximo previsto para una vivienda con apoyos en su forma independiente). Cabe, por lo tanto, agrupar, dentro del límite máximo de 24 plazas: 2 viviendas de 12 plazas; 3 viviendas de 8 plazas; 4 viviendas de 6, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tamaño máximo orientativo de cada unidad residencial será de 12 plazas, en coherencia con el tamaño establecido para las viviendas independientes. ▪ No se establece límite máximo global de plazas para el conjunto de las unidades residenciales ubicadas en un mismo equipamiento.
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyos, cuando sea una estructura independiente (no agrupada) se ubicará siempre en un edificio ordinario de viviendas, si se trata de una vivienda con apoyo limitado y preferentemente en un edificio ordinario de viviendas, cuando se trate de viviendas con apoyo extenso o generalizado. ▪ La vivienda con apoyos, cuando adopte la forma de una agrupación de viviendas, también se ubicará preferentemente en un edificio ordinario de viviendas, pero podrá ubicarse en edificios independientes, principalmente cuando las necesidades de las personas usuarias (en particular, necesidades asociadas a trastornos de conducta o a importantes dificultades de movilidad) desaconsejen o dificulten la atención en un edificio ordinario de viviendas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias se ubicarán en edificios independientes. ▪ También podrán ubicarse en edificios compartidos con otros equipamientos sociales.
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyos estará siempre ubicada en el núcleo poblacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La residencia estará ubicada preferentemente en el núcleo poblacional. ▪ Si bien, excepcionalmente, cuando las necesidades de las personas usuarias así lo aconsejen, podrán ubicarse en zonas más alejadas del núcleo poblacional.
Nivel de participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El nivel de participación en la comunidad deberá ser alto, debiendo promoverse y facilitarse la utilización de los recursos comunitarios ordinarios de todo tipo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deberá promoverse la participación de las personas usuarias en la comunidad, facilitando en todo lo posible la utilización de los recursos comunitarios.
Carácter de la atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las viviendas con apoyos no tendrán carácter integral (es decir, no ofrecerán atención durante las 24 horas del día): en efecto, durante el día, las personas que residan en ellas, salvo en circunstancias puntuales, se desplazarán a la actividad diurna que les sea propia: centro educativo, trabajo, centro de día, centro ocupacional. ▪ No obstante lo anterior, en el caso específico de las viviendas con apoyo generalizado para personas con trastorno mental deberá preverse la posibilidad de atención durante el día, ya que el itinerario de las personas con trastorno mental determina que, en 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias tendrán carácter integral (es decir, ofrecerán atención 24 horas al día), contando con los recursos necesarios para ofrecer, a quien así lo requiera, atención durante el día, sin perjuicio de que las personas usuarias para quienes sí resulte idóneo salir a una actividad diurna puedan hacerlo y así se promueva.

**TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN
ENTRE TIPOS DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO: VIVIENDAS CON APOYOS Y RESIDENCIAS**

Criterios	Viviendas con apoyos	Residencias
	función de la fase en la que se encuentren, puedan o no participar en actividades integradas en el entorno comunitario.	
Apoyos personalizados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el conjunto de los servicios de alojamiento, se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona, incluida la planificación individual de los apoyos. - Vida en el hogar. - Desarrollo personal y social. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral-ocupacional y coordinación con los servicios diurnos. 	
Tipos de personal de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las viviendas con apoyos, en todas sus modalidades (es decir, en todos sus niveles de apoyo) y en todas sus variantes (es decir, para todos los colectivos), contarán siempre con los siguientes tipos de personal: <ul style="list-style-type: none"> - Personal específicamente asignado a la vivienda: Monitor(a)/educador(a) - Personal compartible con otros servicios: Responsable de centro ▪ En función de las modalidades y de las distintas variantes dentro de cada modalidad, podrán contar asimismo con otras figuras profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - Personal específicamente asignado a la vivienda: <ul style="list-style-type: none"> . Las viviendas para personas con discapacidad intelectual y las viviendas para personas con trastorno del espectro autista cuentan con la figura de “Ama de casa”, y ello en todas las modalidades (apoyo limitado, extenso y generalizado). - Personal compartible con otros servicios: <ul style="list-style-type: none"> . Todas las modalidades de vivienda contarán además con la figura de Trabajador(a) Social, salvo las viviendas de apoyo limitado y extenso para personas con trastorno mental (y ello sin perjuicio de que la persona que actúe como responsable de vivienda sea trabajador(a) social y compagine funciones propias de trabajo social con funciones de responsable). . La figura de “Psicólogo(a) se considerará necesaria en las viviendas con apoyo limitado, extenso y generalizado para personas con trastorno del espectro autista, en las viviendas con apoyo extenso y generalizado para personas con discapacidad mixta y en las viviendas con apoyo generalizado para personas con trastorno mental. . En el caso de las viviendas con apoyo limitado y extenso para para personas con trastorno mental, la persona que actúa como responsable de vivienda podrá tener un perfil de psicólogo/a y, en tal caso, si fuera necesario, podrá compaginar funciones de atención y apoyo psicológico con funciones de responsable. Esto mismo puede ocurrir en el caso de las viviendas con apoyo limitado, extenso y generalizado destinadas a personas con discapacidad intelectual. 	

**TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN
ENTRE TIPOS DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO: VIVIENDAS CON APOYOS Y RESIDENCIAS**

Criterios	Viviendas con apoyos	Residencias
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En síntesis, y sin olvidar las especificidades recién explicadas, puede decirse que, en términos de “tipos de personal”, las diferencias básicas entre las viviendas con apoyos y las residencias se sitúan en que en estas últimas intervienen algunas figuras profesionales que no se dan en aquellas: <ul style="list-style-type: none"> - es el caso, de la figura de auxiliar/cuidador/a para funciones de cuidado personal en actividades básicas de la vida diaria; - es el caso también de figuras especializadas de atención: terapeuta ocupacional y fisioterapeuta. ▪ Al margen de este personal de apoyo, que interviene directamente con las personas atendidas, los recursos cuentan también con: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de dirección-gestión y coordinación, habitualmente centralizados en las oficinas de la entidad gestora. En la tabla, este personal sólo se refleja parcialmente, mediante la figura del o de la responsable de centro. - En muchos casos también, cuentan con personal de servicios generales (lavandería, limpieza, conserjería, mantenimiento, etc.). Este personal no se refleja en este Modelo. 	
Atención a trastornos de conducta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En las viviendas con apoyos la atención a los trastornos de conducta obedece a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel 1 ICAP (normal): se atiende en las tres modalidades de vivienda y en todas sus variantes. - Nivel 2 ICAP (levemente grave): <ul style="list-style-type: none"> • En la vivienda con apoyo limitado, este nivel de trastorno de conducta se atiende únicamente en la variante para personas con trastorno del espectro autista. • En las modalidades de vivienda con apoyo extenso y generalizado, este nivel de trastorno se atiende en todas sus variantes. - Nivel 3 ICAP (moderadamente grave): <ul style="list-style-type: none"> • Este nivel de trastorno de conducta no se atiende en la modalidad de vivienda con apoyo limitado. • En la modalidad de vivienda con apoyo extenso, se atiende únicamente en la variante para personas con trastorno del espectro autista. • En la modalidad de vivienda con apoyo generalizado, este nivel de trastorno de conducta se atiende en las variantes destinadas a personas con discapacidad intelectual y a personas con trastorno del espectro autista. - Nivel 4 ICAP (grave): <ul style="list-style-type: none"> • Este nivel de trastorno de conducta no se atiende en ninguna modalidad de vivienda con apoyos, salvo en la vivienda con apoyo generalizado en su variante dirigida a personas con trastorno del espectro autista, siempre que en este caso, la persona haya alcanzado dicho nivel durante su estancia en la vivienda, es decir, como resultado de un agravamiento de su situación anterior; no se orientará hacia esa modalidad de vivienda, en cambio, cuando dicho Nivel 4 ICAP exista en el momento del acceso. - Nivel 5 ICAP (muy grave): <ul style="list-style-type: none"> • Este nivel de trastorno no se atiende en viviendas con apoyos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En las residencias la atención a los trastornos de conducta obedece a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel 1 ICAP (normal): <ul style="list-style-type: none"> • Este nivel de trastorno se atiende en todas las modalidades y variantes residenciales, salvo en la residencia de apoyo especial para trastornos muy graves de conducta. - Nivel 2 ICAP (levemente grave): <ul style="list-style-type: none"> • Este nivel de trastorno se atiende en todas las modalidades y variantes residenciales, salvo en la residencia de apoyo especial para trastornos muy graves de conducta. - Nivel 3 ICAP (moderadamente grave): <ul style="list-style-type: none"> • Este nivel de trastorno de conducta se atiende en todas las modalidades y variantes residenciales salvo en la residencia con apoyo extenso-generalizado para personas con trastorno mental y salvo en la residencia de apoyo especial a personas con trastornos muy graves de conducta. - Nivel 4 ICAP (grave): <ul style="list-style-type: none"> • En las residencias de apoyo extenso-generalizado este nivel de trastorno de conducta se atiende únicamente en la variante para personas con discapacidad intelectual y para personas con trastorno del espectro autista • Se atiende también en las residencias con apoyo especial para trastornos muy graves de conducta, siempre que la persona alcance dicho nivel durante su estancia en la residencia, es decir, como resultado de una mejora en su situación anterior; no se orientará hacia esa modalidad residencial, en cambio, cuando dicho Nivel 4 ICAP exista en el momento del acceso. - Nivel 5 ICAP (muy grave): <ul style="list-style-type: none"> • Este nivel de trastorno sólo se atenderá en la modalidad de residencia de apoyo especial para la atención de trastornos muy graves de conducta.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En síntesis, por lo tanto, y sin olvidar las especificidades recién descritas para cada modalidad y variante, puede decirse que, en relación con la atención a trastornos de conducta, las diferencias básicas entre viviendas con apoyos y residencias están en la capacidad de estas últimas para atender, en función de sus modalidades, a personas que presentan trastornos de conducta que se sitúan en los niveles más altos del ICAP: Nivel 4 y Nivel 	

**TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN
ENTRE TIPOS DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO: VIVIENDAS CON APOYOS Y RESIDENCIAS**

Criterios	Viviendas con apoyos	Residencias
	5 (aunque, como se ha visto, las viviendas con apoyo generalizado para personas con trastornos del espectro autista pueden atender a personas valoradas en Nivel 4 ICAP siempre que hayan alcanzado ese nivel durante su estancia en la vivienda, nunca en el momento del acceso).	
Cuidado de la salud y atención sanitaria en los servicios de alojamiento		
Atención sanitaria	<p>▪ Dado que en el momento de diseñar este Modelo de Atención, se encuentran en curso tanto los debates en torno a la Cartera de Servicios y Prestaciones Sociosanitarias (en cuyo ámbito podrían recaer algunas modalidades residenciales) como en torno a la prestación de la atención sanitaria en recursos sociales propiamente dichos, para evitar confusiones, no se describe sólo la previsión de futuro, como en el resto de los aspectos tratados en la tabla, sino también la situación actual. Para ello, este apartado se estructura en tres subapartados (A, B y C):</p> <ul style="list-style-type: none"> - A: Detalla las consideraciones del Grupo de Trabajo en relación con cómo convendría prestar la atención sanitaria a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental usuarias de servicios de alojamiento. Son pues propuestas de cara al futuro cuya materialización dependerá de los acuerdos que se adopten con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. - B: Detalla la forma en que la atención sanitaria se presta en la actualidad en la red de alojamientos para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental, considerando que las fórmulas actuales de prestación serán las que sigan aplicándose en tanto no se alcance la situación de futuro que se explica en el subapartado A. - C: Señala algunas posibles líneas de avance para pasar de la situación descrita en el subapartado B a la situación descrita en el subapartado A. 	
A. Propuestas de Futuro en relación con la prestación de la atención sanitaria en los servicios de alojamiento para personas con discapacidad y personas con trastorno mental		
	<p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En las viviendas con apoyo, la atención a la salud se prestará del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> - Las tres modalidades de vivienda —vivienda con apoyo limitado, extenso y generalizado— ofrecerán <i>in situ</i>, en todas sus variantes, el nivel de Atención General Preventiva y de Seguimiento. - La Atención Sanitaria No Especializada no se prestará <i>in situ</i> en ninguna de las modalidades de vivienda. Para recibir esta atención, las personas usuarias acudirán a los centros de la red pública de salud. - La Atención Médica Especializada (Psiquiatría/Neurología) no se prestará <i>in situ</i> en ninguna de las modalidades de vivienda. Para recibir esta atención, las personas usuarias acudirán a los centros de la red pública de salud. 	<p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En las tres modalidades de residencia —residencia con apoyo extenso-generalizado, residencia con apoyo especial de carácter sanitario, y residencia con apoyo especial para trastornos de conducta muy graves— se prestarán <i>in situ</i> los tres niveles de atención sanitaria: <ul style="list-style-type: none"> - Atención General Preventiva o de Seguimiento - Atención Sanitaria No Especializada - Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología. <p>Lo anterior, lógicamente, se entenderá sin perjuicio de la utilización de los centros de salud de la red pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por otra parte, la intensidad de la atención sanitaria requerida en las dos modalidades de residencias de apoyo especial —apoyo especial sanitario y apoyo especial a trastornos de conducta muy graves—, asociada simultáneamente a importantes apoyos de servicios sociales, lleva a considerar la naturaleza mixta, sociosanitaria, de estos recursos, de conformidad con la definición de atención sociosanitaria aportada por el artículo 46.1 de la Ley de Servicios Sociales, definición que se adopta en las “Líneas estratégicas” <p><i>“La atención sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención”.</i></p> <p>Con todo, este enfoque queda pendiente de lo que finalmente se prevea en la Cartera de Servicios y Prestaciones Sociosanitarias cuya elaboración se</p>

**TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN
ENTRE TIPOS DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO: VIVIENDAS CON APOYOS Y RESIDENCIAS**

Criterios	Viviendas con apoyos	Residencias
	<p>Personal sanitario <i>in situ</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo anterior significa que las viviendas con apoyos no contarán, en ninguna de sus modalidades y en ninguna de sus variantes, con personal sanitario, ya que la única modalidad de atención prestada <i>in situ</i> es la Atención General Preventiva y de Seguimiento, que, por su carácter, no requiere la intervención de personal sanitario. Esta atención es prestada por el personal no sanitario, asumiéndose en términos similares a como se asumen esas funciones en un entorno familiar ordinario. En los casos en los que la intensidad del apoyo requerido para esta atención supere lo que habitualmente constituye una atención general de seguimiento, deberá tenerse en cuenta en el dimensionamiento de las ratios de personal (y, por lo tanto, en las tarifas de concertación). 	<p>encuentra en curso a nivel autonómico a la fecha de cierre del diseño del presente Modelo de Atención a Personas con Discapacidad y Trastorno Mental en Gipuzkoa.</p> <p>Personal sanitario <i>in situ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo anterior significa que las residencias deberán contar <i>in situ</i> con: <ul style="list-style-type: none"> - Personal no sanitario para la prestación de la Atención General Preventiva y de Seguimiento. - Personal sanitario para la prestación de la Atención Sanitaria No Especializada y de la Atención Médica Especializada (Psiquiatría y Neurología): <ul style="list-style-type: none"> • Médico/a no especialista • Psiquiatra • Neurólogo/a • Personal de enfermería ▪ La dotación de este personal en las residencias corresponderá al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, pudiendo concretarse esta dotación por diversas vías, siendo las principales las siguientes: bien la asignación de personal de la red pública de salud a las residencias; bien la financiación del coste sanitario por plaza. En este caso, el tipo de cofinanciación variará en función de si se trata de residencias calificadas de sociosanitarias, a las que se aplicaría la fórmula que se determinen en el marco de la Cartera de Prestaciones y Servicios Sociosanitarios, o de si se trata de residencias de servicios sociales, sin calificación sociosanitaria, a las que se aplicaría la fórmula que se establezca en el marco de los acuerdos específicos que, para tales supuestos, se formalicen entre el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
	<p>B. Situación actual de la prestación de atención sanitaria en la red de alojamiento para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental</p> <p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la actualidad, la prestación de atención sanitaria en las viviendas con apoyos es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Las tres modalidades de vivienda —vivienda con apoyo limitado, vivienda con apoyo moderado y vivienda con apoyo generalizado— prestan <i>in situ</i> el nivel de Atención General Preventiva y de Seguimiento (que, como se ha dicho, no requiere de personal sanitario). - Con carácter general, las viviendas con apoyo, en todas sus modalidades, no ofrecen <i>in situ</i> el nivel de Atención Sanitaria No Especializada: se recurre a la red pública de salud para la prestación de este nivel de atención. La única excepción se da en la vivienda con apoyo generalizado para personas con discapacidad mixta, en donde sí se ofrece este tipo de atención. - Actualmente, determinadas viviendas con apoyo sí prestan el nivel de Atención Médica Especializada (Psiquiatría y/o Neurología): es el caso, en particular, de las viviendas con apoyo extenso y 	<p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la actualidad, la prestación de la atención sanitaria en las residencias, es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - En todas las modalidades residenciales —residencia con apoyo extenso-generalizado, residencia con apoyo especial de carácter sanitario, y residencia con apoyo especial para trastornos de conducta muy graves— se prestan <i>in situ</i> los tres niveles de atención indicados: <ul style="list-style-type: none"> • Atención General Preventiva y de Seguimiento; • Atención Sanitaria No Especializada; • Atención Médica Especializada (Psiquiatría y/o Neurología). - Las únicas excepciones a lo anterior vienen dadas, en relación con la Atención Médica Especializada, por: <ul style="list-style-type: none"> • Las unidades residenciales de apoyo extenso-generalizado para personas con trastorno mental, en las que las personas usuarias son atendidas en los centros de salud mental de la red pública sanitaria.

**TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN
ENTRE TIPOS DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO: VIVIENDAS CON APOYOS Y RESIDENCIAS**

Criterios	Viviendas con apoyos	Residencias
	<p>con apoyo generalizado destinadas a personas con trastorno del espectro autista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias de apoyo extenso-generalizado para personas con discapacidad mixta, en las que las personas usuarias son atendidas en los centros de salud mental de la red pública de salud.
	<p>Personal sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> En la actualidad, la Atención Sanitaria No Especializada prestada en la vivienda con apoyo generalizado para personas con discapacidad mixta se presta mediante personal contratado por la entidad que gestiona las viviendas que se encuadran en dicha modalidad. En la actualidad, la Atención Médica Especializada (Psiquiatría y Neurología) prestada en las viviendas con apoyo generalizado destinadas a personas con discapacidad intelectual y a personas con discapacidad mixta y en las viviendas con apoyo extenso y generalizado para personas con trastorno del espectro autista se presta mediante médicos/as especialistas contratados/as por las entidades que gestionan dichas viviendas. La financiación de este personal sanitario recae en la actualidad básicamente en el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en el marco de la concertación con las entidades gestoras de los servicios. 	<p>Personal sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> En la actualidad, la Atención Sanitaria No Especializada se presta por personal médico y/o de enfermería contratado por las entidades que gestionan las distintas residencias. La financiación de esta Atención Sanitaria No Especializada recae en: <ul style="list-style-type: none"> El Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en el caso de las residencias de apoyo extenso-generalizado para personas con discapacidad intelectual y para personas con trastorno del espectro autista, así como en la variante para personas con discapacidad mixta, en el marco de la concertación con las entidades gestoras de los servicios. En algunos casos, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco participa en la financiación: es el caso en las residencias de apoyo extenso-generalizado para personas con trastorno mental, en la residencia de apoyo especial sanitario y en la residencia de apoyo especial para trastornos muy graves de conducta. En tales supuestos, la cuantía de la financiación aportada por el Departamento de Sanidad varía en función de si se trata de residencias calificadas de sociosanitarias (como es el caso de la residencia de apoyo especial a personas con trastorno de conducta muy grave y de las unidades residenciales para personas con trastorno mental) o de si se trata de residencias que, por lo menos de momento, no cuentan con dicha calificación a pesar de contar con un fuerte componente sanitario (es el caso de las residencias con apoyo especial sanitario). En la actualidad, la Atención Médica Especializada (Psiquiatría y/o Neurología) prestada <i>in situ</i> en las residencias con apoyo extenso generalizado y en las residencias de apoyo especial —tanto de apoyo especial sanitario como de apoyo especial a trastornos de conducta muy graves—, es prestada por personal médico especialista en Psiquiatría y/o Neurología contratado por las entidades que gestionan cada recurso. En estos casos, la financiación de la Atención Médica Especializada recae en la actualidad: <ul style="list-style-type: none"> En el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, en el caso de las residencias con apoyo extenso-generalizado en su variante para personas con discapacidad intelectual y para personas con trastorno del espectro autista y en su variante para personas con discapacidad mixta. En el caso de la residencia con apoyo especial sanitario, existe cofinanciación del

**TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN
ENTRE TIPOS DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO: VIVIENDAS CON APOYOS Y RESIDENCIAS**

Criterios	Viviendas con apoyos	Residencias
		<p>Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, en el marco de un acuerdo con el Departamento de Política Social, pero al tratarse de un recurso que todavía no ha sido calificado de sociosanitario, la cuantía de dicha participación no responde al mismo canon que en el caso de los servicios que sí cuentan con esa calificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el caso de la residencia con apoyo especial para trastorno muy grave de conducta y de las unidades residenciales para personas con trastorno mental, dado que existe un reconocimiento de su naturaleza sociosanitaria, la financiación del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco obedece a los acuerdos alcanzados en relación con ese tipo de servicios (aunque, de momento, los criterios de financiación establecidos para estos dos tipos de servicios no son los mismos).
	<p>C. Propuestas de avance</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasar de la situación actual (B) a la situación propuesta para el futuro (A) exige organizar el progresivo traspaso de la carga de la atención sanitaria asumida en la actualidad por los servicios de alojamiento al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Para facilitar ese proceso, es importante: <ul style="list-style-type: none"> - Conocer el volumen de esa carga y de las necesidades a las que esa carga de atención responde. Convendría pues dimensionar, en todos los tipos de alojamiento: <ul style="list-style-type: none"> · las necesidades de Atención Sanitaria No Especializada y Especializada de las personas usuarias cubiertas desde los propios servicios de alojamiento. · los recursos destinados en la actualidad a su atención desde los servicios de alojamiento: personal médico y de enfermería. <p>Ese dimensionamiento, además de cuantificar la realidad, puede tener una virtud añadida: la de mostrar que la intensidad de la atención sanitaria prestada en la actualidad a las personas usuarias es adecuada y posiblemente también restar temores en el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco de cara a la asunción de esa atención, al disponer de datos que permitan constatar que si bien la intensidad de la atención es alta, el volumen de la población que requiere dicha atención es bastante limitado, por lo menos en comparación con otros colectivos (en particular, con el de personas mayores).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idear vías que ayuden a sensibilizar en relación con las especificidades de la atención sanitaria a las poblaciones atendidas en esta red de alojamientos, con el fin de que, llegado el momento, se opte por alternativas de atención que faciliten el desarrollo de cierta especialización en las y los profesionales sanitarios: por ejemplo, en el caso de las viviendas con apoyos, la asignación de médico de referencia en la red pública de salud a cada recurso de alojamiento permitiría que esos médicos atiendan a un número significativo de personas pertenecientes a esos colectivos y también que, en ocasiones visiten el recurso y contextualicen las necesidades, aun cuando la prestación de la atención se desarrolle en los centros de salud de la red pública. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por otra parte, como se ha indicado al definir la variable de atención sanitaria en el apartado 4.1. es importante tener presente, que algunas personas necesitan de apoyos importantes que conllevan, en términos de dedicación, una intensidad de apoyo que supera la Atención General Preventiva y de Seguimiento referida en el párrafo anterior, sin que ello signifique que requieran de dotación de personal sanitario específico. En efecto, toda vez que, como se afirma en el análisis inicial, los apoyos familiares se han ido reduciendo sustancialmente, se ha ido aumentando el apoyo profesional no sólo en el caso de hospitalizaciones y convalecencias, sino también en el seguimiento y apoyo habitual de personas con mucha carga de actos médicos y/o de enfermería: acompañamientos a consultas, pruebas diagnósticas (incluso con hospitalizaciones de día), tratamientos ambulatorios, coordinación con centros de salud y hospitales, seguimiento de pautas y provisión de medicaciones, etc. <p>Es fundamental dimensionar esta carga específica, que si bien, por su naturaleza recae en la Atención General Preventiva y de Seguimiento, por su intensidad supera la carga de apoyos que podrían considerarse propia de dicho tipo de atención y debe tenerse en cuenta a la hora de determinar las ratios de atención del personal no sanitario que asume dichas funciones, en el marco de los instrumentos de concertación entre el Departamento de Política Social y las entidades gestoras de los servicios.</p> 	

4.2.2. Fichas descriptivas de las modalidades de servicios de alojamiento

En este apartado se describen, en fichas individuales, las características correspondientes a cada una de las modalidades de servicios de alojamientos, indicando en su caso las especificidades propias de las distintas variantes.

Al igual que en el apartado anterior, es importante tener presente que la descripción se refiere a las características definidas para el futuro de estos servicios y que, dichas características no se ajustan necesariamente a las que presentan en la actualidad (aunque, en muchos aspectos, sí lo hagan). La única excepción a lo anterior, es el tratamiento otorgado a los aspectos relativos a la atención sanitaria, con respecto a los cuales se ha optado por describir tanto la situación que desde el Grupo de Trabajo se propone para el futuro como la situación actual, habida cuenta de que es una materia en curso de debate a nivel autonómico y que, en consecuencia, no es posible afirmar, en este momento, que las propuestas de futuro realizadas aquí sean las que finalmente se acuerden; para evitar confusiones, se estima más adecuado ofrecer ambas descripciones.

VIVIENDA CON APOYO LIMITADO	
Variantes de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo limitado se contempla en 4 variantes. <ul style="list-style-type: none"> - 3 de las variantes se determinan en función del tipo de discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> • Vivienda con apoyo limitado para personas con discapacidad intelectual • Vivienda con apoyo limitado para personas con trastorno del espectro autista • Vivienda con apoyo limitado para personas con trastorno mental Esta modalidad no se prevé para personas con discapacidad mixta. - Se contempla además una cuarta variante que pretende dar entrada a recursos destinados a un colectivo mixto de personas usuarias, principalmente compuesto por personas con discapacidad física y discapacidad mixta, de corte similar al de los alojamientos polivalentes existentes en la red actual.
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La capacidad máxima para las viviendas de apoyo limitado será: <ul style="list-style-type: none"> - 12 plazas, en el caso de las viviendas independientes (no agrupadas). - 24 plazas, en el caso del grupo de viviendas. En este supuesto, el tamaño máximo aplicable a cada una de las viviendas agrupadas es de 12 plazas. ▪ Son tamaños máximos, pero pueden articularse recursos más pequeños, tanto para la vivienda independiente (no agrupada) como para el grupo de viviendas (4 viviendas de 6 plazas, 3 de 7 u 8 plazas, todas ellas dentro del máximo de 24 plazas).
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En su forma de vivienda independiente (no agrupada), la vivienda con apoyo limitado siempre se ubicará en un edificio ordinario de viviendas. ▪ En su forma de grupo de viviendas, se ubicará preferentemente en un edificio ordinario de viviendas, pero también podrá ubicarse en estructuras independientes.
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo limitado estará siempre ubicada en el núcleo poblacional, tanto cuando se trate de viviendas independientes como cuando adopten la forma de grupo de viviendas.
Participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El nivel de participación en la comunidad será alto, debiendo promoverse y facilitarse la utilización de los recursos comunitarios ordinarios de todo tipo.
Carácter de la atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo limitado, como el resto de las modalidades de vivienda con apoyos, no será un servicio integral. ▪ En efecto, la forma de vida en las viviendas con apoyo limitado se corresponderá con una forma de vida normalizada. Esto significa que durante el día, las personas usuarias saldrán de la vivienda para acudir a la actividad que les sea propia: actividades educativas, laborales, ocupacionales, socioeducativas en atención diurna. ▪ En consecuencia, durante el día, no se articularán apoyos en la vivienda, salvo en situaciones puntuales en las que las necesidades de una persona así lo requiera (en particular, cuando una persona se ponga enferma y

VIVIENDA CON APOYO LIMITADO	
	deba permanecer en casa durante unos días).
Calendario de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las viviendas con apoyo limitado serán el domicilio de las personas usuarias, de modo que deberán prestar atención durante todo el año, incluidos los periodos vacacionales.
Servicios hosteleros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación: <ul style="list-style-type: none"> - De lunes a viernes, se ofrecerá desayuno y cena. Esto no impedirá, aunque no sea frecuente, que haya personas usuarias que opten por volver a la vivienda a la hora de la comida en día laborable. - En fin de semana, se ofrecerá desayuno, comida y cena. ▪ Limpieza y lavandería: Se ofrecerá un servicio de limpieza y de lavandería, si bien, en lo posible, se tratará de que las personas usuarias que puedan colaborar, participen en dichas tareas.
Apoyos personalizados básicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que en el conjunto de los servicios de alojamiento, en esta modalidad de vivienda se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona, incluyendo en su marco la planificación de los apoyos. - Vida en el hogar. - Desarrollo personal y social. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral. - Coordinación con los servicios diurnos.
Tipo de personal de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la prestación de los apoyos personalizados, las viviendas con apoyo limitado contarán, en todos los casos, con el siguiente personal de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> - Personal específicamente asignado a la vivienda: Monitor(a)/Educador(a). - Personal compartible con otros servicios: Responsable de centro. ▪ En función de las variantes, pueden contar asimismo con otras figuras profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - Personal específicamente asignado a la vivienda: <ul style="list-style-type: none"> • Las viviendas para personas con discapacidad intelectual y las viviendas para personas con trastorno del espectro autista contarán además con la figura de Ama de casa. - Personal compartible con otros servicios: <ul style="list-style-type: none"> • En todas sus variantes, contará además con la figura de Trabajador(a) Social, salvo las viviendas de apoyo limitado para personas con trastorno mental (y ello sin perjuicio de que la persona que actúe como responsable de vivienda sea trabajador(a) social y compagine funciones propias de trabajo social con funciones de responsable). • La figura de “Psicólogo(a) será necesaria en las viviendas con apoyo limitado para personas con trastorno del espectro autista. En el caso de las viviendas con apoyo limitado para personas con trastorno mental, la persona que actúa como responsable de vivienda podrá tener un perfil de psicólogo/a y, en tal caso, si es necesario, compaginará funciones de atención y apoyo psicológico con funciones de responsable. Esto mismo podrá ocurrir en el caso de las viviendas con apoyo limitado para personas con discapacidad intelectual.
Atención a trastornos de conducta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo limitado atenderá a personas con trastornos de conducta de Nivel 1 ICAP (Normal). ▪ En el caso específico de la variante destinada a personas con trastorno del espectro autista se atenderá también a personas con trastornos de la conducta de Nivel 2 ICAP (levemente grave). ▪ No accederán a las viviendas con apoyo limitado personas con trastorno de conducta de los Niveles 3, 4 y 5 ICAP (moderadamente grave, grave y muy grave).
Atención sanitaria	<p style="text-align: center;"><i>Propuestas de Futuro en relación con la prestación IN SITU de la atención sanitaria</i></p> <p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento:</i> Las viviendas con apoyo limitado ofrecerán <i>in situ</i> Atención General Preventiva y de Seguimiento que se presta habitualmente en el entorno familiar: medidas básicas de prevención de enfermedades; control o seguimiento de la toma de medicamentos prescritos en casos de enfermedades puntuales (catarro, gripe, etc.), de la realización de las revisiones (visión y audición) o vacunaciones básicas, acompañamiento a los centros de salud del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco cuando la persona no cuente con apoyos familiares que puedan acompañarle... ▪ <i>Atención Sanitaria No Especializada:</i> Las viviendas con apoyo limitado no ofrecerán <i>in situ</i> Atención Sanitaria No Especializada. Cuando, de forma coyuntural, sea necesario este tipo de atención, las personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública. ▪ <i>Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología:</i> Las viviendas con apoyo limitado no ofrecerán <i>in situ</i> Atención Sanitaria No Especializada. Cuando, de forma coyuntural, sea necesario este tipo de atención las

VIVIENDA CON APOYO LIMITADO

personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública de salud.

Personal sanitario

- La Atención General Preventiva y de Seguimiento de la salud de las personas usuarias que prestan las viviendas con apoyo limitado no requiere personal sanitario. Esta atención será prestada por el personal no sanitario, asumiéndose en términos similares a como se asumen esas funciones en un entorno familiar ordinario. En los casos en los que la intensidad del apoyo requerido para esta atención supere lo que habitualmente constituye una atención general de seguimiento, deberá tenerse en cuenta en el dimensionamiento de las ratios de personal (y, por lo tanto, en las tarifas de concertación).
- Dado que la vivienda con apoyo limitado no ofrecerá Atención Sanitaria No Especializada ni Atención Médica Especializada no contará con personal sanitario.

Situación actual en relación con la prestación *IN SITU* de atención sanitaria

- En la actualidad, la atención sanitaria de las personas usuarias de viviendas con apoyo limitado se presta del siguiente modo (de hecho, ya se presta del modo en que se propone para el futuro):
 - *Atención General Preventiva y de Seguimiento*: Prestan Atención General Preventiva y de Seguimiento (mediante personal no sanitario). En algunos casos, la intensidad del apoyo requerido para esta atención supera lo que habitualmente constituye una atención general de seguimiento, lo que supone una dificultad para las entidades que prestan este servicio ya que, hasta ahora, no se ha tenido en cuenta en la determinación de las ratios de personal y de la financiación. Para responder a esta situación, las Propuestas que aparecen en la Parte IV de este documento ya prevén considerar esta carga específica.
 - *Atención Sanitaria No Especializada*: No prestan Atención Sanitaria No Especializada. Cuando requieren este tipo de atención, las personas usuarias acuden a los centros de salud de la red pública.
 - *Atención Médica No Especializada*: No prestan Atención Sanitaria No Especializada. Cuando requieren este tipo de atención, las personas usuarias acuden a los centros de salud de la red pública.

VIVIENDA CON APOYO EXTENSO

Variantes de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo extenso se contempla en 4 variantes en función del tipo de discapacidad al que atiende: <ul style="list-style-type: none"> - Vivienda con apoyo extenso para personas con discapacidad intelectual - Vivienda con apoyo extenso para personas con trastorno del espectro autista - Vivienda con apoyo extenso para personas con trastorno mental - Vivienda con apoyo extenso para personas con discapacidad mixta.
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La capacidad máxima para las viviendas de apoyo extenso será: <ul style="list-style-type: none"> - 12 plazas, en el caso de las viviendas independientes (no agrupadas). - 24 plazas, en el caso del grupo de viviendas. En este supuesto, el tamaño máximo aplicable a cada una de las viviendas agrupadas será de 12 plazas. ▪ Son tamaños máximos, pero podrán articularse recursos más pequeños, tanto en las viviendas independientes como en las viviendas agrupadas (4 viviendas de 6 plazas, 3 de 7 u 8 plazas, todas ellas dentro del máximo de 24 plazas).
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo extenso, en su forma de vivienda independiente (no agrupada), se ubicará preferentemente en un edificio ordinario de viviendas. ▪ La vivienda con apoyo extenso, en su forma de grupo de viviendas, se ubicará preferentemente en un edificio ordinario de viviendas, pero podrá ubicarse en estructuras independientes, principalmente cuando las necesidades de las personas usuarias (en particular, necesidades asociadas a trastornos de conducta o a importantes dificultades de movilidad) desaconsejen o dificulten la atención en un edificio ordinario de viviendas.
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo extenso estará siempre ubicada en el núcleo poblacional, tanto si se articula bajo forma de vivienda independiente, como si es un grupo de viviendas.
Participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El nivel de participación en la comunidad será alto, debiendo promoverse y facilitarse la utilización de los recursos comunitarios ordinarios de todo tipo.
Carácter de la atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo extenso, como el resto de las modalidades de vivienda con apoyos, no se configurará como un servicio integral. ▪ En efecto, la forma de vida en las viviendas con apoyo extenso se corresponderá con una forma de vida normalizada. Esto significa que durante el día, las personas usuarias saldrán de la vivienda para acudir a la actividad que les sea propia: actividades educativas, laborales, ocupacionales, socioeducativas en atención diurna. ▪ En consecuencia, durante el día, no se articularán apoyos en la vivienda, salvo en situaciones puntuales en las que las necesidades de una persona así lo requiera (en particular, cuando una persona se ponga enferma y deba permanecer en casa durante unos días).
Calendario de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las viviendas con apoyo extenso serán el domicilio de las personas usuarias, de modo que deberán prestar atención durante todo el año, incluidos los periodos vacacionales.
Servicios hosteleros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación: <ul style="list-style-type: none"> - De lunes a viernes, se ofrecerá desayuno y cena. Esto no impedirá, aunque no sea frecuente, que haya personas usuarias que opten por volver a la vivienda a la hora de la comida en día laborable. - En fin de semana, se ofrecerá desayuno, comida y cena. ▪ Limpieza y lavandería: Se ofrecerá un servicio de limpieza y lavandería, si bien, en lo posible, se tratará de que las personas usuarias que pueden colaborar, participen en dichas tareas.
Apoyos personalizados básicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que en el conjunto de los servicios de alojamiento, en esta modalidad de vivienda se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona, incluyendo en su marco la planificación de los apoyos. - Vida en el hogar. - Desarrollo personal y social. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral. - Coordinación con los servicios diurnos.

VIVIENDA CON APOYO EXTENSO

Tipos de personal de apoyo

- Para la prestación de los apoyos personalizados, las viviendas con apoyo extenso contarán, en todos los casos, con el siguiente personal de apoyo:
 - Personal específicamente asignado al servicio: Monitor(a)/Educador(a)
 - Personal compartible con otros servicios: Responsable de centro.
- En función de sus variantes, contarán asimismo con otras figuras profesionales:
 - Personal específicamente asignado al servicio:
 - Ama de casa: En el caso de las viviendas con apoyo extenso para personas con discapacidad intelectual y para personas con trastorno del espectro autista.
 - Personal compartible con otros servicios:
 - Trabajador(a) Social: Las viviendas con apoyo extenso contarán además con la figura de Trabajador(a) Social, salvo las viviendas con apoyo extenso para personas con trastorno mental (sin perjuicio de que la persona que actúe como responsable de vivienda sea trabajador(a) social y compagine funciones propias de trabajo social con funciones de responsable).
 - Psicólogo(a):
Las viviendas con apoyo extenso en sus variantes para personas con trastorno del espectro autista y para discapacidad mixta contarán además con la figura del Psicólogo(a).
En el caso de las viviendas con apoyo extenso para personas con trastorno mental, la persona que actúa como responsable de vivienda podrán tener un perfil de psicólogo/a y, en tal caso, si es necesario, compaginará funciones de atención y apoyo psicológico con funciones de responsable. Esto mismo podrá ocurrir en el caso de las viviendas con apoyo extenso para personas con discapacidad intelectual.

Atención a trastornos de conducta

- Las viviendas con apoyo extenso, en todas sus variantes, atenderán a personas con trastornos de conducta de Nivel 1 ICAP (normal) y Nivel 2 ICAP (levemente grave).
 - La presencia del trastorno de conducta de Nivel 2 ICAP (levemente grave) en el momento del acceso a la red de alojamiento es un criterio diferencial que determinará la NO orientación hacia una vivienda con apoyo limitado, salvo en el caso de personas con trastorno del espectro autista, ya que las viviendas de apoyo limitado a este colectivo también pueden atender ese nivel de trastorno de conducta.
- Las viviendas con apoyo extenso para personas con personas con trastorno del espectro autista, atenderán también a personas con trastornos de conducta de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave).
 - En esta variante de vivienda, la presencia de trastorno de conducta de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave) en el momento del acceso a la red de alojamientos es un criterio diferencial que determinará la NO orientación hacia una vivienda con apoyo limitado.
- Las viviendas con apoyo extenso no atenderán, en ninguna de sus variantes, a personas con trastorno de conducta de Nivel 4 (ICAP grave) ni de Nivel 5 ICAP (muy grave).

Atención sanitaria

Propuestas de Futuro en relación con la prestación de la atención sanitaria IN SITU

Atención sanitaria

- *Atención General Preventiva y de Seguimiento:* Las viviendas con apoyo extenso ofrecerán *in situ* la Atención General Preventiva y de Seguimiento que se presta habitualmente en el entorno familiar: medidas básicas de prevención de enfermedades; control o seguimiento de la toma de medicamentos prescritos en casos de enfermedades puntuales (catarro, gripe, etc.), de la realización de las revisiones (visión y audición) o vacunaciones básicas, acompañamiento a los centros de salud del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco cuando la persona no cuente con apoyos familiares que puedan acompañarle.
- *Atención Sanitaria No Especializada:* Las viviendas con apoyo extenso no ofrecerán *in situ* Atención Sanitaria No Especializada. Cuando, de forma coyuntural, sea necesario este tipo de atención, las personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública.
- *Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología:* Las viviendas con apoyo extenso no ofrecerán *in situ* Atención Sanitaria No Especializada. Cuando, de forma coyuntural, sea necesario este tipo de atención las personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública de salud.

Personal sanitario

- La Atención General Preventiva y de Seguimiento de la salud de las personas usuarias que prestan las viviendas con apoyo extenso no requiere personal sanitario. Esta atención será prestada por el personal no sanitario, asumiéndose en términos similares a como se asumen esas funciones en un entorno familiar ordinario. En los casos en los que la intensidad del apoyo requerido para esta atención supere lo que habitualmente constituye una atención general de seguimiento, deberá tenerse en cuenta en el dimensionamiento de las ratios de personal (y, por lo tanto, en las tarifas de concertación).
- Dado que la vivienda con apoyo extenso no ofrecerá Atención Sanitaria No Especializada ni Atención Médica Especializada no contará con personal sanitario.

VIVIENDA CON APOYO EXTENSO

Situación Actual de la prestación IN SITU de la atención sanitaria

- En la actualidad, la atención sanitaria *in situ* de las personas usuarias de viviendas con apoyo extenso es la siguiente:
 - *Atención General Preventiva y de Seguimiento*: Esta atención se presta *in situ* mediante personal no sanitario. En algunos casos, la intensidad del apoyo requerido para esta atención supera lo que habitualmente constituye una atención general de seguimiento, lo que supone una dificultad para las entidades que prestan este servicio ya que, hasta ahora, no se ha tenido en cuenta en la determinación de las ratios de personal y de la financiación. Para responder a esta situación, las Propuestas que aparecen en la Parte IV de este documento ya prevén considerar esta carga específica.
 - *Atención Sanitaria No Especializada*: No prestan *in situ* Atención Sanitaria No Especializada. Cuando requieren este tipo de atención, las personas usuarias acuden a los centros de salud de la red pública.
 - *Atención Médica Especializada (Psiquiatría/Neurología)*: Con carácter general, no prestan *in situ* Atención Médica Especializada, salvo en la variante destinada a personas con trastorno del espectro autista. En este caso, el personal médico es contratado por la entidad gestora del servicio y financiado por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en el marco de la concertación de servicios.
 - *En tanto la prestación de esta atención no sea asumida por la red pública de salud, seguirá siendo prestada por personal médico de la entidad gestora de la vivienda.*

VIVIENDA CON APOYO GENERALIZADO

Variantes de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo generalizado se contempla en 4 variantes en función del tipo de discapacidad al que atiende: <ul style="list-style-type: none"> - Vivienda con apoyo generalizado para personas con discapacidad intelectual - Vivienda con apoyo generalizado para personas con trastorno del espectro autista - Vivienda con apoyo generalizado para personas con trastorno mental - Vivienda con apoyo generalizado para personas con discapacidad mixta.
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La capacidad máxima para las viviendas de apoyo generalizado será: <ul style="list-style-type: none"> - 12 plazas, en el caso de las viviendas independientes (no agrupadas). - 24 plazas, en el caso del grupo de viviendas. En este supuesto, el tamaño máximo aplicable a cada una de las viviendas agrupadas será de 12 plazas. ▪ Son tamaños máximos, pero podrán articularse recursos más pequeños, tanto en las viviendas independientes como en las viviendas agrupadas (4 viviendas de 6 plazas, 3 de 7 u 8 plazas, todas ellas dentro del máximo de 24 plazas).
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo generalizado, tanto en su forma de vivienda independiente (no agrupada) como en su forma de agrupación de viviendas, se ubicará preferentemente en un edificio ordinario de viviendas, pero podrá ubicarse en estructuras independientes, principalmente cuando las necesidades de las personas usuarias (en particular, necesidades asociadas a trastornos de conducta o a importantes dificultades de movilidad) desaconsejen o dificulten la atención en un edificio ordinario de viviendas.
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo generalizado estará siempre ubicada en el núcleo poblacional, ya se trate de una vivienda independiente, ya se trate de un grupo de viviendas.
Participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El nivel de participación en la comunidad será alto o medio, debiendo promoverse y facilitarse la utilización de los recursos comunitarios ordinarios de todo tipo.
Carácter de la atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vivienda con apoyo generalizado, como el resto de las modalidades de vivienda con apoyos, no se configurará como un servicio integral. ▪ En efecto, la forma de vida en las viviendas con apoyo generalizado se corresponderá con una forma de vida normalizada. Esto significa que durante el día, las personas usuarias saldrán de la vivienda para acudir a la actividad que les sea propia: actividades educativas, laborales, ocupacionales, socioeducativas en atención diurna. ▪ En consecuencia, con carácter general, durante el día, no se articularán apoyos en la vivienda, salvo en situaciones puntuales en las que las necesidades de una persona así lo requiera (en particular, cuando una persona se ponga enferma y deba permanecer en casa durante unos días). ▪ En el caso específico de la variante destinada a personas con trastorno mental, y dado que el itinerario de las personas con trastorno mental determina que, en función de la fase, puedan o no participar en actividades desarrolladas en el entorno comunitario, se prevé la posibilidad de que, en tales supuestos, la organización y la dotación de la vivienda permita dar atención durante el día.
Calendario de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las viviendas con apoyo generalizado serán el domicilio de las personas usuarias, de modo que deberán prestar atención durante todo el año, incluidos los periodos vacacionales.
Servicios hosteleros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación: <ul style="list-style-type: none"> - De lunes a viernes, se ofrecerá desayuno y cena. Esto no impedirá, aunque no sea frecuente, que haya personas usuarias que opten por volver a la vivienda a la hora de la comida en día laborable. - En fin de semana, se ofrecerá desayuno, comida y cena. ▪ Limpieza y lavandería: las viviendas con apoyo generalizado, en sus cuatro variantes ofrecerán servicios de limpieza y lavandería, sin perjuicio de promover la participación de las personas usuarias en la realización de las tareas.
Apoyos personalizados básicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que en el conjunto de los servicios de alojamiento, en esta modalidad de vivienda se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona, incluyendo en su marco la planificación de los apoyos. - Vida en el hogar. - Desarrollo personal y social. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral.

VIVIENDA CON APOYO GENERALIZADO

Tipos de personal de apoyo

- Coordinación con los servicios diurnos.
- Para la prestación de los apoyos personalizados, las viviendas con apoyo extenso contarán, en todos los casos, con el siguiente personal de apoyo:
 - Personal específicamente asignado al servicio: Monitor(a)/Educador(a)
 - Personal compartible con otros servicios:
 - . Responsable de centro
 - . Trabajador(a) social
- En función de las variantes, esta modalidad de vivienda cuenta también con las siguientes figuras profesionales:
 - Personal específicamente asignado al servicio:
 - . Ama de casa: En el caso de las viviendas con apoyo generalizado para personas con discapacidad intelectual y para personas con trastorno del espectro autista.
 - Personal compartible entre varios servicios:
 - . Psicólogo(a): Todas las viviendas con apoyo generalizado contarán con la figura del Psicólogo(a), salvo la variante de la vivienda destinada a personas con discapacidad intelectual (sin perjuicio, en este último caso, de que cuando la persona que actúa como Responsable de centro tiene el perfil profesional de Psicólogo(a) compagine, si lo ve necesario, las funciones propias de su perfil profesional con las funciones de Responsable de centro).

Atención a trastornos de conducta

- Las viviendas con apoyo generalizado, en todas sus variantes, atenderán a personas con trastorno de conducta de los siguientes niveles:
 - Nivel 1 ICAP (normal)
 - Nivel 2 ICAP (levemente grave).
- En el caso específico de la variante destinada a personas con discapacidad intelectual, se atenderá también a personas con trastorno de conducta de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave).
 - En esta variante, la presencia de trastorno de conducta de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave) en el momento del acceso a la red de alojamientos será un criterio diferencial que determinará la NO orientación hacia una vivienda con apoyo limitado o con apoyo extenso para estos colectivos.
- En el caso específico de la variante destinada a personas con trastorno del espectro autista, se atenderá a personas con trastorno de conducta moderadamente grave de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave) y con trastorno de conducta de Nivel 4 ICAP (grave).
 - En esta variante de vivienda, la presencia de trastorno de conducta de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave) en el momento del acceso a la red de alojamientos es un criterio diferencial que determinará la NO orientación hacia una vivienda con apoyo limitado. En cambio, no será un criterio de no orientación hacia la vivienda con apoyo extenso, puesto que también atiende este nivel de trastorno de conducta; en estos supuestos, la opción por una vivienda de apoyo extenso o de apoyo generalizado dependerá del tipo y nivel de necesidades que la persona presente en otros aspectos.
 - Con todo, el Nivel 4 ICAP (grave) sólo se atenderá en la vivienda con apoyo generalizado extenso cuando la persona haya alcanzado dicho nivel durante su estancia en la vivienda, es decir, como resultado de un agravamiento de su situación anterior. Si, por el contrario, la persona presentara trastorno de conducta de nivel 4 ICAP (grave) en el momento del acceso a la red de alojamientos se considerará como criterio diferencial que determinará la NO orientación hacia una vivienda con apoyo.
- Las viviendas con apoyo generalizado no atienden, en ninguna de sus variantes, a personas con trastorno de conducta de Nivel 5 ICAP (muy grave).

Atención sanitaria

Propuestas de Futuro en relación con la prestación IN SITU de la atención sanitaria

Atención sanitaria

- *Atención General Preventiva y de Seguimiento:* Las viviendas con apoyo generalizado ofrecerán *in situ* la Atención General Preventiva y de Seguimiento que se presta habitualmente en el entorno familiar: medidas básicas de prevención de enfermedades; control o seguimiento de la toma de medicamentos prescritos en casos de enfermedades puntuales (catarro, gripe, etc.), de la realización de las revisiones (visión y audición) o vacunaciones básicas, acompañamiento a los centros de salud del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco cuando la persona no cuente con apoyos familiares que puedan acompañarle.
- *Atención Sanitaria No Especializada:* Las viviendas con apoyo generalizado no ofrecerán *in situ* Atención Sanitaria No Especializada. Cuando, de forma coyuntural, sea necesario este tipo de atención, las personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública.
- *Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología:* Las viviendas con apoyo generalizado no ofrecerán *in situ* Atención Sanitaria No Especializada. Cuando, de forma coyuntural, sea necesario este tipo de atención

VIVIENDA CON APOYO GENERALIZADO	
	<p>las personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública de salud.</p>
	<p>Personal sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La Atención General Preventiva y de Seguimiento de la salud de las personas usuarias que prestarán las viviendas con apoyo generalizado no requiere personal sanitario. Esta atención será prestada por el personal no sanitario, asumiéndose en términos similares a como se asumen esas funciones en un entorno familiar ordinario. En los casos en los que la intensidad del apoyo requerido para esta atención supere lo que habitualmente constituye una atención general de seguimiento, deberá tenerse en cuenta en el dimensionamiento de las ratios de personal (y, por lo tanto, en las tarifas de concertación). ▪ Dado que la vivienda con apoyo generalizado no ofrecerá Atención Sanitaria No Especializada ni Atención Médica Especializada no contará con personal sanitario.
Situación actual en relación con la prestación <i>IN SITU</i> de atención sanitaria	
	<p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la actualidad, la atención sanitaria <i>in situ</i> de las personas usuarias de viviendas con apoyo generalizado es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: Esta atención se presta <i>in situ</i> Atención General Preventiva y de Seguimiento (mediante personal no sanitario). En algunos casos, la intensidad del apoyo requerido para esta atención supera lo que habitualmente constituye una atención general de seguimiento, lo que supone una dificultad para las entidades que prestan este servicio ya que, hasta ahora, no se ha tenido en cuenta en la determinación de las ratios de personal y de la financiación. Para responder a esta situación, las Propuestas que aparecen en la Parte IV de este documento ya prevén considerar esta carga específica. - <i>Atención Sanitaria No Especializada</i>: Con carácter general, las viviendas con apoyo generalizado no prestan <i>in situ</i> Atención Sanitaria No Especializada: cuando requieren este tipo de atención, las personas usuarias acuden a los centros de salud de la red pública. La única excepción viene dada en la variante de vivienda con apoyo generalizado para personas con discapacidad mixta, que sí ofrecen <i>in situ</i> este tipo de atención mediante personal sanitario contratado por la entidad gestora del servicio y financiado por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en el marco de la concertación de servicios. <ul style="list-style-type: none"> → <i>En tanto la prestación de esta atención no sea asumida por la red pública de salud, seguirá siendo prestada por personal médico de la entidad gestora de la vivienda.</i> - <i>Atención Médica Especializada (Psiquiatría/Neurología)</i>. <ul style="list-style-type: none"> • Las viviendas con apoyo generalizado para personas con trastorno mental no prestan este tipo de atención <i>in situ</i>: las personas usuarias acuden a los centros de salud mental de la red pública de salud. • Las demás variantes, es decir, las destinadas a personas con discapacidad intelectual, a personas con trastorno del espectro autista y a personas con discapacidad mixta sí prestan <i>in situ</i> Atención Médica Especializada. En estos casos, el personal médico es contratado por la entidad gestora del servicio y financiado por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en el marco de la concertación de servicios. <ul style="list-style-type: none"> → <i>En tanto la prestación de esta atención no sea asumida por la red pública de salud, seguirá siendo prestada por personal médico de la entidad gestora de la vivienda.</i> →

RESIDENCIA CON APOYO EXTENSO GENERALIZADO

Variantes de residencias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias con apoyo extenso-generalizado se contemplan en 3 variantes en función del tipo de discapacidad al que atienden: <ul style="list-style-type: none"> - Residencia con apoyo extenso-generalizado para personas con discapacidad intelectual y para personas con trastorno del espectro autista - Residencia con apoyo extenso-generalizado para personas con trastorno mental - Residencia con apoyo extenso-generalizado para personas con discapacidad mixta
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tamaño máximo de cada unidad residencial será de 12 plazas. Este máximo tendrá carácter orientativo. ▪ No se establece límite máximo global de plazas para el conjunto de las unidades residenciales ubicadas en un mismo equipamiento.
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias con apoyo extenso-generalizado se ubicarán en edificios independientes. ▪ También podrán ubicarse en edificios compartidos con otros equipamientos sociales.
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias estarán ubicadas preferentemente en el núcleo poblacional. Si bien, excepcionalmente, cuando las necesidades de las personas usuarias así lo aconsejen, podrán ubicarse en zonas más alejadas del núcleo poblacional.
Participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En todo lo posible, se favorecerá y promoverá la participación de las personas usuarias en la comunidad y la utilización de los recursos comunitarios ordinarios, aun cuando, la intensidad de los apoyos necesarios y el carácter integral de las necesidades, puedan limitar, en cierta medida, dicha participación.
Carácter de la atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias con apoyo extenso-generalizado se configurarán como servicios integrales. Como tales, deberán contar con los recursos necesarios para ofrecer, a quien así lo requiera, atención durante el día. ▪ Esto no significa que todas las personas atendidas en este tipo de recurso deban permanecer sistemáticamente en el centro. Significa que esta modalidad residencial deberá disponer de los medios para dar respuesta a las necesidades de atención diurna que pueda presentar una parte importante de la población atendida, debiendo facilitarse que las personas que sí se encuentren en condiciones de hacerlo, pueda acudir a actividades diurnas fuera de la residencia.
Calendario de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias con apoyo extenso-generalizado serán el domicilio de las personas usuarias, de modo que deberán prestar atención durante todo el año, incluidos los periodos vacacionales.
Servicios hosteleros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación: <ul style="list-style-type: none"> - De lunes a domingo: se servirá desayuno, comida y cena. ▪ Limpieza y lavandería: las residencias con apoyo extenso-generalizado ofrecerán servicios de limpieza y lavandería, sin perjuicio, de promover en lo posible la participación de las personas usuarias en la realización de las tareas.
Apoyos personalizados básicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al igual que en el conjunto de los servicios de alojamiento, en esta modalidad de residencia se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona, con inclusión de la planificación de los apoyos. - Vida en el hogar. - Desarrollo personal y social. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral. - Coordinación con los servicios diurnos, tanto cuando estos servicios estén integrados en la propia residencia, como cuando se trate de servicios externos de día, ocupacionales o incluso de empleo con apoyo.
Tipos de personal de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la prestación de los apoyos personalizados, las residencias con apoyo extenso-generalizado contarán, en todos los casos, con el siguiente personal de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> - Personal específicamente asignado a la residencia: <ul style="list-style-type: none"> • Monitor(a)/Educador(a) • Auxiliar/ cuidador(a) para funciones de cuidado personal en ABVD fundamentalmente (en algunos casos estas funciones se combinan con las de monitor). - Personal compartible con otros servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajador(a) social

RESIDENCIA CON APOYO EXTENSO GENERALIZADO

- . Psicólogo(a)
- . Terapeuta ocupacional
- . Responsable de centro.

- Además del personal anterior, en función de las variantes, deberán contar asimismo con el siguiente personal:
 - Personal específicamente asignado a la residencia:
 - . Ama de casa o gobernanta (o figura análoga), en la variante dirigida a personas con discapacidad intelectual y a personas con trastorno del espectro autista.
 - Personal compartible entre varios servicios:
 - . Fisioterapeuta, en la variante dirigida a personas con discapacidad intelectual y a personas con trastorno del espectro autista así como en la variante dirigida a personas con discapacidad mixta.

Atención a trastornos de conducta

- Las residencias con apoyo extenso-generalizado, en todas sus variantes, atenderán a personas con trastorno de conducta de los siguientes niveles:
 - Nivel 1 ICAP (normal)
 - Nivel 2 ICAP (levemente grave)
- Salvo en el caso específico de la variante destinada a personas con trastorno mental, las demás variantes atenderán también a personas con trastorno de conducta de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave).
 - En el caso específico de la variante destinada a personas con discapacidad mixta, la presencia de trastorno de conducta de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave) en el momento del acceso a la red de alojamiento será un criterio diferencial que determinará la NO orientación hacia modalidades de vivienda, puesto que en ninguna de ellas se atienden trastornos de conducta de este nivel de gravedad.
 - No así en la variante dirigida a personas con discapacidad intelectual y a personas con trastorno del espectro autista, puesto que la vivienda con apoyo generalizado en la variante para personas con discapacidad intelectual y en las variantes con apoyo extenso y generalizado para personas con trastorno del espectro autista también atienden ese nivel de trastorno de conducta.
- En el caso específico de la variante destinada a personas con discapacidad intelectual y a personas con trastorno del espectro autista, se atiende también a personas con trastorno de conducta de Nivel 4 ICAP (grave).
 - En esta variante, y en el caso específico de las personas con discapacidad intelectual, la presencia de trastorno de conducta de Nivel 4 ICAP (grave) en el momento del acceso a la red de alojamientos será un criterio diferencial que determinará la NO orientación hacia modalidades de vivienda, puesto que en ninguna de ellas se atienden trastornos de conducta de este nivel de gravedad.
 - En esta variante, y en el caso específico de las personas con trastorno del espectro autista, la presencia de trastorno de conducta de Nivel 4 ICAP (grave) en el momento del acceso a la red de alojamientos será un criterio diferencial que determinará la NO orientación a vivienda con apoyo limitado o con apoyo extenso, puesto que dichas modalidades no atienden trastornos de conducta de este nivel de gravedad, cuando dichos trastornos estén presentes en el momento del acceso.
- Las residencias con apoyo extenso-generalizado no atenderán, en ninguna de sus variantes, a personas con trastorno de conducta de Nivel 5 ICAP (muy grave).

Atención sanitaria

Propuestas de Futuro en relación con la prestación IN SITU de la atención sanitaria

Atención sanitaria

- Las residencias con apoyo extenso-generalizado ofrecerán, *in situ*, los tres niveles de atención:
 - *Atención General Preventiva y de Seguimiento*: es decir, la Atención General Preventiva y de Seguimiento que se presta habitualmente en el entorno familiar: medidas básicas de prevención de enfermedades; control o seguimiento de la toma de medicamentos prescritos en casos de enfermedades puntuales (catarro, gripe, etc.), de la realización de las revisiones (visión y audición) o vacunaciones básicas, acompañamiento a los centros de salud cuando la persona no cuente con apoyos familiares que puedan acompañarle.
 - *Atención Sanitaria No Especializada*:
 - . Todas las variantes de la residencia con apoyo extenso-generalizado prestarán *in situ* Atención Sanitaria No Especializada.
 - *Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología*:
 - . Todas las variantes de residencias de apoyo extenso-generalizado prestarán *in situ* Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología.

RESIDENCIA CON APOYO EXTENSO GENERALIZADO

Personal sanitario

- *Atención General Preventiva y de Seguimiento* : La Atención General Preventiva y de Seguimiento de la salud de las personas usuarias no requerirá personal sanitario.
- *Atención Sanitaria No Especializada*: La prestación de la Atención Sanitaria No Especializada en las residencias con apoyo extenso-generalizado requerirá:
 - Personal médico y personal de enfermería.
 La dotación de este personal deberá recaer en la red pública de salud, por las vías que se determinen, siendo las principales alternativas bien la asignación de personal médico y enfermero de dicha red a las residencias, bien la financiación del coste sanitario por plaza. En tal caso, la forma de financiación dependerá de la naturaleza del servicio:
 - En el caso de la variante destinada a personas con trastorno mental, que tienen naturaleza sociosanitaria, la cuantía de la financiación procedente del Departamento de Sanidad responderá a lo que se prevea en la Cartera de Prestaciones y Servicios de Atención Sociosanitaria
 - En las demás variantes, que no tienen naturaleza sociosanitaria, la cuantía de la financiación procedente del Departamento de Sanidad responderá a los acuerdos que se adopten entre dicho Departamento y el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en relación con la financiación de la atención sanitaria prestada en equipamientos de servicios sociales.
- *Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología*:
 La prestación de la Atención Médica Especializada en las residencias con apoyo extenso-generalizado requerirá personal médico especializado en Psiquiatría y/o Neurología, según los casos.
 La dotación de este personal deberá recaer en la red pública de salud por las vías que se determinen, siendo las principales alternativas bien la asignación de personal médico y enfermero de dicha red a las residencias, bien la financiación del coste sanitario por plaza. En tal caso, la forma de financiación dependerá de la naturaleza del servicio:
 - En el caso de la variante destinada a personas con trastorno mental, que tienen naturaleza sociosanitaria, la cuantía de la financiación procedente del Departamento de Sanidad responderá a lo que se prevea en la Cartera de Prestaciones y Servicios de Atención Sociosanitaria
 - En las demás variantes, que no tienen naturaleza sociosanitaria, la cuantía de la financiación procedente del Departamento de Sanidad responderá a los acuerdos que se adopten entre dicho Departamento y el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en relación con la financiación de la atención sanitaria prestada en equipamientos de servicios sociales.

Situación actual de la prestación *IN SITU* de atención sanitaria

Atención sanitaria

- *Atención General Preventiva y de Seguimiento* :
 Las residencias con apoyo extenso-generalizado prestan *in situ* Atención General Preventiva y de Seguimiento (mediante personal no sanitario).
- *Atención Sanitaria No Especializada*:
 En la actualidad, todas las variantes de residencia con apoyo extenso-generalizado prestan *in situ* Atención Sanitaria No Especializada mediante personal sanitario contratado por las entidades gestoras de los servicios:
 - En el caso de la variante destinada a personas con trastorno mental, dada su naturaleza sociosanitaria, este tipo de atención es financiado por el Departamento de Sanidad.
 - En las demás variantes, esta atención es financiada básicamente por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en el marco de la concertación con las entidades gestoras de las residencias.
 - *En tanto la red pública de salud no asuma esta atención, seguirá siendo prestada por personal médico y enfermero contratado por la entidad que gestiona la residencia.*
- *Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología*:
 - En la actualidad, la variante de residencia con apoyo extenso-generalizado dirigida a personas con trastorno mental no presta esta atención *in situ*: las personas usuarias acuden a los centros de salud mental de la red pública de salud.
 - En las demás variantes de residencia con apoyo extenso-generalizado, esta atención se presta *in situ*, mediante personal médico contratado por las entidades gestoras. En este caso, la atención es financiada básicamente por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa en el marco de la concertación con las entidades gestoras de las residencias.
 - *En tanto la red pública de salud no asuma esta atención, seguirá siendo prestada por personal médico contratado por la entidad que gestiona la residencia.*

RESIDENCIA CON APOYO ESPECIAL – ATENCIÓN SANITARIA INTENSA

Variantes de residencias	<ul style="list-style-type: none"> Esta modalidad residencial se prevé en una única variante, de carácter mixto, es decir de atención conjunta a personas con cualquier tipo de discapacidad cuyas necesidades de atención presenten un fuerte componente de atención sanitaria, además de requerir apoyos personalizados básicos propios de las estructuras de servicios sociales.
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> El tamaño máximo de cada unidad residencial será de 12 plazas. Este máximo tendrá carácter orientativo. No se establece límite máximo global de plazas para el conjunto de las unidades residenciales ubicadas en un mismo equipamiento.
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias con apoyo especial de atención sanitaria intensa se ubicarán en edificios independientes. También podrán ubicarse en edificios en los que se ubiquen otros equipamientos sociales.
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias con apoyo especial de atención sanitaria intensa estarán ubicadas preferentemente en el núcleo poblacional. Si bien, excepcionalmente, cuando las necesidades de las personas usuarias así lo aconsejen, podrán ubicarse en zonas más alejadas del núcleo poblacional.
Participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Deberá promoverse, en lo posible, la participación en la comunidad, pero en esta modalidad residencial difícilmente podrá ser alto, dadas las muy intensas necesidades de apoyo social y sanitario de las personas usuarias.
Carácter de la atención	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias con apoyo especial de atención sanitaria serán servicios integrales y como tales deberán ofrecer atención las 24 horas. A tales efectos, deberán disponer de recursos para ofrecer una atención diurna, capaz de combinar actividades de rehabilitación y terapia ocupacional con actividades de ocio.
Calendario de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias con apoyo especial de atención sanitaria serán el domicilio de las personas usuarias, de modo que deberán prestar atención durante todo el año, incluidos los periodos vacacionales.
Servicios hosteleros	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación: <ul style="list-style-type: none"> De lunes a domingo: se servirá desayuno, comida y cena. Cuando resulte necesario, deberán servir también merienda y recena. Limpieza y lavandería: las residencias con apoyo especial de atención sanitaria ofrecerán servicios de limpieza y lavandería.
Apoyos personalizados básicos	<ul style="list-style-type: none"> Al igual que en el conjunto de los servicios de alojamiento, en esta modalidad de residencia se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> Acogida. Planificación centrada en la persona, con inclusión de la planificación de los apoyos. Vida en el hogar. Desarrollo personal y social. Vida comunitaria, social y cívica. Apoyo en el desarrollo formativo-laboral. Coordinación de las actividades diurnas, habitualmente integradas en la propia residencia.
Tipos de personal de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Para la prestación de los apoyos personalizados, las residencias con apoyo especial de atención sanitaria contarán con el siguiente personal de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> Personal específicamente asignado al servicio: <ul style="list-style-type: none"> Monitor(a)/Educador(a) Auxiliar/cuidador(a) para apoyos personales en las ABVD Personal compartible entre varios servicios: <ul style="list-style-type: none"> Responsable de centro Trabajador(a) social Psicólogo(a) Fisioterapeuta Terapeuta ocupacional

RESIDENCIA CON APOYO ESPECIAL – ATENCIÓN SANITARIA INTENSA

Atención a trastornos de conducta

- Las residencias con apoyo especial de carácter sanitario atenderán a personas con trastorno de conducta de los siguientes niveles:
 - Nivel 1 ICAP (normal)
 - Nivel 2 ICAP (levemente grave)
 - Nivel 3 ICAP (grave).
- Las residencias con apoyo especial de atención sanitaria no atenderán a persona con trastorno de conducta de Nivel 4 ICAP (grave) ni de Nivel 5 ICAP (muy grave).

Atención sanitaria

Propuestas de Futuro en relación con la prestación *IN SITU* de atención sanitaria

Atención sanitaria

- Las residencias con apoyo especial de carácter sanitario ofrecerán, *in situ*, los tres niveles de atención:
 - Nivel de Atención General Preventiva y de Seguimiento
 - Nivel de Atención Sanitaria No Especializada
 - Nivel de Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología
- La principal característica de estos centros es que atienden a personas que presentan simultáneamente importantes necesidades de apoyo social y de atención sanitaria, lo que determina la necesidad de contar con apoyos de ambos tipos de alta intensidad. Esta característica sitúa a estos centros en el ámbito de la atención sociosanitaria.

Personal sanitario

- *Atención General Preventiva y de Seguimiento*: La Atención General Preventiva y de Seguimiento de la salud de las personas usuarias no requerirá personal sanitario.
- *Atención Sanitaria No Especializada*: La prestación de este tipo de atención requerirá:
 - Personal médico y enfermero.
 Dada la naturaleza sociosanitaria de esta variante residencial, el coste de este tipo de atención deberá ser cubierto por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, por las vías que se determinen, siendo las principales alternativas bien la asignación de personal médico y enfermero de dicha red a las residencias, bien la financiación del coste sanitario por plaza, en función de cómo se articule esta cofinanciación en el marco de la Cartera de Prestaciones y Servicios Sociosanitarios.
- *Atención Médica Especializada*: La prestación de este tipo de atención requiere:
 - Personal médico especializado en Psiquiatría y/o Neurología.
 Dada la naturaleza sociosanitaria de esta variante residencial, el coste de este tipo de atención deberá ser cubierto por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, bien mediante la asignación de personal sanitario, bien mediante su participación en la financiación de la plaza para dar cobertura al coste sanitario, en función de cómo se articule esta cofinanciación en el marco de la Cartera de Prestaciones y Servicios Sociosanitarios.

Situación actual de la prestación *IN SITU* de atención sanitaria

Atención sanitaria

- En la actualidad, estas residencias no están todavía calificadas o reconocidas por el Departamento de Sanidad como recursos sociosanitarios, aunque, con el fin de modificar esta situación, la Diputación ha propuesto la inclusión de esta modalidad de servicio en la Cartera de Servicios y Prestaciones Sociosanitarios que se encuentra en curso de elaboración y de debate a nivel autonómico.
- *Atención General Preventiva y de Seguimiento*: En la actualidad esta atención se presta *in situ*. Para su prestación no se requiere personal propiamente sanitario.
 - *Atención Sanitaria No Especializada*: En la actualidad, esta atención se presta *in situ* por personal contratado por la entidad gestora del servicio. Para cubrir su coste, se aplica un sistema de cofinanciación por el que la mayor parte de la financiación es cubierta por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y el resto por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (se aplican cuantías y conceptos de coste similares a los aplicados en las residencias de mayores).
 - *Atención Médica Especializada*: En la actualidad, esta atención se presta *in situ* por personal contratado por la entidad gestora del servicio. Para cubrir su coste, se aplica un sistema de cofinanciación por el que la mayor parte de la financiación es cubierta por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y el resto por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (se aplican cuantías y conceptos de coste similares a los aplicados en las residencias de mayores).
 - En tanto esta modalidad de recurso no se califique como sociosanitario, la atención seguirá prestandose y financiándose como en la actualidad.

RESIDENCIA CON APOYO ESPECIAL A TRASTORNO DE CONDUCTA MUY GRAVE

Variantes de residencias	<ul style="list-style-type: none"> Esta modalidad residencial se prevé en una única variante, de carácter mixto, es decir de atención conjunta a personas con cualquier tipo de discapacidad y/o con trastorno mental que presenten trastorno de conducta muy grave.
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> El tamaño máximo de cada unidad residencial será de 12 plazas. Este máximo tiene carácter orientativo. No se establece límite máximo global de plazas para el conjunto de las unidades residenciales ubicadas en un mismo equipamiento.
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias con apoyo especial de atención a trastornos de conducta muy grave se podrán ubicar en edificios independientes o también en edificios en los que se ubiquen otros equipamientos sociales o, en su caso, sanitarios, susceptibles por sus características, de constituir una infraestructura idónea, para enmarcar la especificidad de los apoyos requeridos en casos de trastorno muy grave de conducta.
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias con apoyo especial de atención a trastornos de conducta muy graves podrán estar ubicadas en el núcleo poblacional, o bien, si las necesidades de las personas usuarias así lo aconsejan, podrán ubicarse en zonas más alejadas del núcleo poblacional.
Participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> El nivel de participación en la comunidad en esta modalidad residencial será bajo, dada la gravedad del trastorno de conducta que es requisito de acceso a la misma.
Carácter de la atención	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias con apoyo especial de atención a trastornos de conducta muy graves se configurarán como servicios integrales y, como tales, ofrecerán atención las 24 horas. A tal efecto, deberán disponer de recursos para ofrecer una atención diurna, capaz de combinar actividades de rehabilitación y terapia con actividades de ocio u ocupacionales.
Calendario de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> Las residencias con apoyo especial a trastornos de conducta muy graves serán el domicilio de las personas usuarias durante su estancia, de modo que deberán prestar atención durante todo el año, incluidos los periodos vacacionales. Si bien se estima que en la mayoría de los casos la permanencia en estos centros tendrá carácter temporal, en algunos supuestos la estancia podrá adquirir carácter permanente. El acceso a esta variante residencial y la permanencia en la misma se hará en coordinación con el Juzgado.
Servicios hosteleros	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación: <ul style="list-style-type: none"> - De lunes a domingo: se servirá desayuno, comida y cena. Limpieza y lavandería: las residencias con apoyo especial a trastorno muy grave de conducta ofrecerán servicios de limpieza y lavandería.
Apoyos personalizados básicos	<ul style="list-style-type: none"> Al igual que en el conjunto de los servicios de alojamiento, en esta modalidad de residencia se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona con inclusión de la planificación de los apoyos - Vida en el hogar. - Desarrollo personal y social. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral. - Coordinación de las actividades diurnas, habitualmente integradas en la propia residencia.
Tipos de personal de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Para la prestación de los apoyos personalizados, las residencias con apoyo especial de atención sanitaria contarán con el siguiente personal de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> - Personal específicamente asignado al centro: <ul style="list-style-type: none"> . Monitor(a)/Educador(a) . Auxiliar /Cuidador(a) para funciones de cuidado personal en ABVD principalmente - Personal compartible entre varios servicios: <ul style="list-style-type: none"> . Responsable de centro . Trabajador(a) social . Psicólogo(a) . Terapeuta ocupacional

RESIDENCIA CON APOYO ESPECIAL A TRASTORNO DE CONDUCTA MUY GRAVE

Atención a trastornos de conducta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias con apoyo especial a trastorno de conducta muy grave atenderán únicamente a personas que, en el momento del acceso, presenten trastorno de conducta de Nivel 5 ICAP (muy grave): <ul style="list-style-type: none"> → La presencia de este trastorno de conducta de Nivel 5ICAP (muy grave) será un criterio diferencial que determinará necesariamente la orientación a este tipo de recurso, ya que es la única modalidad de la red dotada de medios idóneos para responder a estas situaciones. ▪ Las residencias con apoyo especial de atención a trastorno de conducta muy grave no atenderán a personas con trastorno de conducta de menor gravedad que la indicada, salvo el trastorno de conducta de Nivel 4 ICAP (grave) y en tal caso sólo cuando se trate de personas que han alcanzado ese nivel 4 tras experimentar una mejoría en su situación, con posterioridad a su acceso al centro con un trastorno de Nivel 5 ICAP (muy grave), y que, en muchos casos, se encuentran en una fase de salida hacia otros recursos de la red.
Atención sanitaria	<p><i>Propuestas de Futuro en relación con la prestación IN SITU de la atención sanitaria</i></p> <p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las residencias con apoyo especial a trastorno de conducta muy grave ofrecerán, <i>in situ</i>, los tres niveles de atención: <ul style="list-style-type: none"> - Atención General Preventiva y de Seguimiento - Atención Sanitaria No Especializada - Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología ▪ La principal característica de estos centros es que atienden a personas que presentan simultáneamente importantes necesidades de apoyo social y de atención sanitaria, lo que determina la necesidad de contar con apoyos de ambos tipos de alta intensidad. Esta característica sitúa a estos centros en el ámbito de la atención sociosanitaria.
	<p>Personal sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento:</i> La Atención General Preventiva y de Seguimiento de la salud de las personas usuarias no requerirá personal sanitario. ▪ <i>Atención Sanitaria No Especializada:</i> La prestación de la Atención Sanitaria No Especializada en las residencias con apoyo especial a trastorno muy grave de conducta requerirá: <ul style="list-style-type: none"> - Médico(a) no especialista - Personal de enfermería. ▪ <i>Atención Médica Especializada en Psiquiatría y en Neurología:</i> La prestación de la Atención Médica Especializada en las residencias con apoyo especial al trastorno muy grave de conducta requerirá: <ul style="list-style-type: none"> - Psiquiatra ▪ En su calidad de servicio de naturaleza sociosanitaria, la financiación de este personal deberá recaer en el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, bien mediante la asignación de personal sanitario, bien mediante su participación en la financiación de la plaza para dar cobertura al coste de carácter sanitario, según se articule la financiación de los recursos de esta naturaleza en el marco de la Cartera de Prestaciones y Servicios Sociosanitarios.
	<p><i>Situación actual de la prestación IN SITU de atención sanitaria</i></p> <p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la actualidad, este recurso ya está calificado y reconocido como de naturaleza sociosanitaria, de modo que el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco ya participa en la financiación del coste plaza asumiendo el 45% del coste plaza. ▪ Para formalizar esta situación, la Diputación Foral ha propuesto la inclusión de esta modalidad en la Cartera Sociosanitaria que se encuentra en curso de elaboración a nivel autonómico.

4.2.3. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS PARA SERVICIOS-TIPO DE ALOJAMIENTO (por nivel de apoyo y tipo de discapacidad)

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS		VIVIENDAS CON APOYOS												RESIDENCIAS					
		Apoyo limitado				Apoyo extenso				Apoyo generalizado				Apoyo extenso generalizado			Apoyo especial: A.Sanitaria Intensa	Apoyo especial: Trastorno Conducta Muy grave	
		DI	TEA	TM	POLIV	DI	TEA	TM	DM	DI	TEA	TM	DM	DI TEA	TM	DM	Todas las disc.	D+ TM + TC Muy grave	
Capacidad máxima		12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	-	-	-	-	-	
Calendario	Apertura en periodos vacacionales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Carácter de la atención	Atención nocturna	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	Atención diurna	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Servicios hosteleros	Alimentación	Desayuno	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
		Comida entre semana	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
		Comida fin de semana	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		Cena	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Servicio de limpieza (diferenciado, sea externo o no)	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	Servicio de lavandería (diferenciado, sea externo o no)	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Apoyos personalizados básicos	Acogida	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	Planificación individualizada de apoyos desde el enfoque de PCP	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	Vida en el hogar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	Desarrollo personal y social	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	Vida comunitaria, social y cívica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	Empleo, formación, educación	Apoyo en desarrollo formativo-laboral	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Coordinación con servicios diurnos		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Personal de servicios sociales	Personal específicamente asignado	Ama de casa /Gobernanta (o figura análoga)	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	No	No	No	
		Auxiliar/Cuidador(a) (cuidado personal ABVD)	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	
		Monitor(a)/Educador(a)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Personal compartible entre varios servicios	Trabajador/a social	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		Psicólogo/a	No	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		Terapeuta ocupacional	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		Fisioterapeuta	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Responsable de centro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Atención a trastornos de conducta	ICAP Nivel 1: Normal (+10 a -10)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	
	ICAP Nivel 2: Levemente grave (-11 a -20)	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	
	ICAP Nivel 3: Moderadamente grave (-21 a -30)	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No	
	ICAP Nivel 4: Grave (-31 a -40)	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No	Sí	
	ICAP Nivel 5: Muy grave (-41 y menos)	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	
A continuación, se describe la atención sanitaria a prestar IN SITU que se propone para el FUTURO (para conocer la situación actual, consultar los apartados 4.2.1. y 4.2.2.). En todos los casos, tanto cuando se prevé su prestación in situ como cuando no, se considera que la atención sanitaria deberá ser asumida por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.																			
Cuidado de la salud y atención sanitaria	Atención General Preventiva y de Seguimiento		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	Atención Médica Especializada		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	
	Atención Sanitaria No Especializada	Atención médica	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	
Atención de enfermería		No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí		
Personal sanitario	Personal específicamente asignado al servicio	Enfermero/a	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí		
		Médico (atención no especializada)	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí		
	Personal compartible entre varios servicios	Médico especialista en Neurología/Psiquiatría	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	
Se estima que la atención sanitaria no especializada y especializada prestada en la actualidad <i>in situ</i> por las viviendas con apoyo para personas con discapacidad deberá ser asumida en el futuro por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y prestarse desde la red pública de salud (no in situ). Se estima asimismo necesario que al asumir dicha atención se adopten fórmulas que permitan responder de forma idónea a las especificidades de las necesidades sanitarias de estas personas, tanto en tipo de atención, como en intensidad y frecuencia de la atención.												En todas las residencias deberá prestarse <i>in situ</i> Atención Médica Especializada y no especializada, sin perjuicio de la utilización de los centros de salud. Se estima que la atención sanitaria en residencias deberá ser asumida por la red pública de salud, bien mediante la asignación de personal de dicha red a las residencias para la prestación de atención <i>in situ</i> , bien mediante la participación en la financiación del coste sanitario. Se estima que las residencias con apoyo especial deberán considerarse siempre de naturaleza sociosanitaria.							

4.3. Ordenación de los servicios de atención diurna: centros de día y servicios y centros ocupacionales

Al igual que en la ordenación de la red de alojamientos, los principios de normalización y de integración en el marco comunitario constituyen el eje vertebrador de las previsiones articuladas en relación con la atención diurna para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental adultas.

Desde esta óptica, la primera opción debe ser siempre la más integradora, la más normalizadora, de ahí que se deba promover el acceso de estas personas a los mismos entornos en los que se desenvuelven la mayoría de las personas durante el día y a las mismas actividades que desarrollan en las diferentes etapas y circunstancias de su vida: actividades educativas y formativas en el medio educativo y formativo ordinario, actividades laborales en el mercado ordinario de trabajo, actividades de ocio en los recursos culturales, deportivos y recreativos comunitarios o también actividades de voluntariado, entre otras. Es esencial que estas personas tengan la oportunidad de combinar, como lo hace la mayoría de la población, diversos tipos de actividades de día, que variarán en función de su edad, de sus necesidades, de sus intereses y de sus preferencias personales.

En determinados casos, no obstante, o también en determinadas fases de la vida de una persona, puede ocurrir que no sea posible acceder al medio formativo o laboral ordinario, o que no sea el idóneo en las circunstancias en las que se encuentra la persona en el momento del acceso. Para esos supuestos, conviene articular vías alternativas:

- El trabajo protegido en centro especial de empleo o en enclaves laborales, es la vía que más se acerca al empleo ordinario y puede configurarse, además, como una fase de tránsito hacia el mercado ordinario de trabajo. Esta fórmula forma, de hecho, parte integrante del ámbito del empleo, lo que determina que, en términos competenciales, recaiga en las administraciones competentes en materia laboral y en materia de políticas activas de empleo.
- Para quienes no se encuentran en situación de acceder o de permanecer en el empleo —ya sea ordinario o protegido—, se articulan, en el ámbito de los servicios sociales soluciones alternativas de apoyo durante el día. Son las siguientes:
 - Servicios y centros ocupacionales, en los que la actividad productiva adquiere un importante protagonismo, si bien combinada, en mayor o menor medida, en función de las necesidades de las personas, con actividades de día no productivas, centradas en la formación y en el desarrollo personal y social. En función de los casos, estos servicios pueden constituir un tránsito hacia el empleo —protegido u ordinario—, articularse como una fórmula más permanente de actividad productiva para la persona, o bien como una vía de tránsito hacia un centro de día.
 - Servicios y centros de día, dirigidos a personas que, si bien pueden desarrollar actividades de carácter productivo, no se encuentran, por razones diversas —de edad, de carácter psico-social o de preferencia propia— en situación de hacerlo con el nivel de intensidad con el que dichas actividades se desarrollan en el marco de los programas ocupacionales. En estos centros, adquieren mayor protagonismo las actividades centradas en el desarrollo personal y social y en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

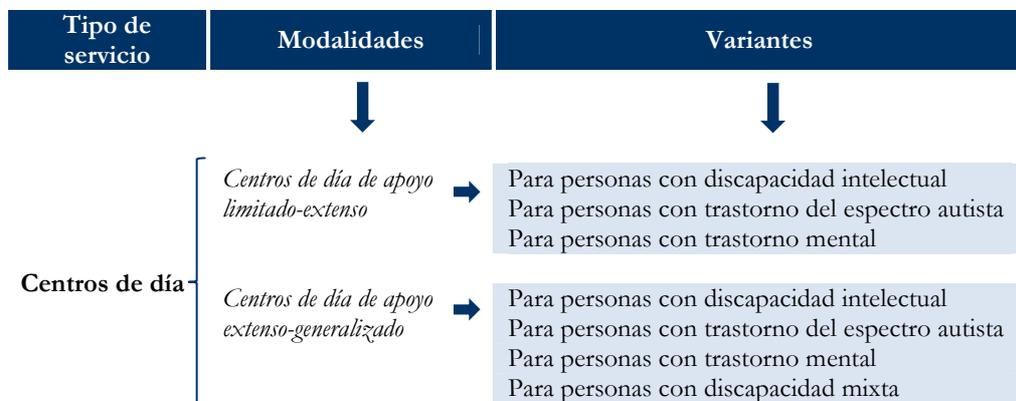
En el marco de este modelo resulta esencial:

- Ajustar la atención diurna a la evolución de las necesidades de las personas, lo que exige adoptar un criterio de flexibilidad que haga posible, con fluidez, el tránsito entre los dos tipos de servicio —ocupacionales y de día— y también entre modalidades de un mismo tipo de servicio, debiendo considerarse, con carácter preferente, como ya se ha indicado, y siempre que resulten las más idóneas para responder a las necesidades específicas de la persona, las alternativas más integradas en la comunidad y más normalizadoras.
- Coordinar las actuaciones con otros servicios que intervengan en la prestación de apoyos a la persona, en particular, con los servicios de apoyo en el domicilio y, en su caso, con los servicios de alojamiento, con el fin de garantizar la coherencia y el continuo de la atención, y ello en el marco de la Planificación Centrada en la Persona.

En términos de ordenación, y dada la diferente naturaleza de ambos tipos de servicios, se adoptan criterios diversos.

- En el caso de los **centros de día**, la ordenación obedece a criterios similares a los adoptados en la ordenación de los servicios de alojamiento, es decir, se articulan primero en modalidades diferenciadas en función del nivel de apoyo que pueden prestar a las personas usuarias, y dichas modalidades, a su vez, pueden integrar diversas variantes en función del colectivo al que, principalmente —aunque no exclusivamente— se dirigen:

TIPOS, MODALIDADES Y VARIANTES DE CENTROS DE DÍA



En el caso de los centros de día, al definir las modalidades, se ha considerado oportuno agrupar los niveles de apoyo en dos intervalos para ajustar mejor la red a la realidad de las necesidades existentes: así, en lugar de prever centros de día para cada uno de los niveles básicos de apoyo —limitado, extenso y generalizado— se opta por agruparlas en dos intervalos: nivel de apoyo limitado-extenso y nivel de apoyo extenso-generalizado. Además, no se prevén centros de día con apoyo especial, por considera que las personas cuyas necesidades requieran esos tipos y niveles de apoyo deberían ser orientadas hacia servicios residenciales. Por otra parte, al definir las variantes, si bien en el nivel de apoyo extenso-generalizado se han considerado 4 variantes dirigidas, respectivamente, a la prestación de apoyos a personas con discapacidad intelectual, con trastorno del espectro autista, con trastorno mental y con discapacidad mixta, en la modalidad correspondiente al

nivel de apoyo limitado-extenso, sólo se contemplan tres variantes: una para la prestación de apoyos a personas con discapacidad intelectual, otra para la prestación de apoyos a personas con trastorno del espectro autista y la tercera dirigida a personas con trastorno mental. No se prevé, en cambio, la variante dirigida a personas con discapacidad mixta, dado que, hasta la fecha, no ha surgido la necesidad de articular servicios de este tipo; con todo, si en el futuro surgiera la necesidad o se observara la conveniencia de articularla, se incorporaría como nueva variante.

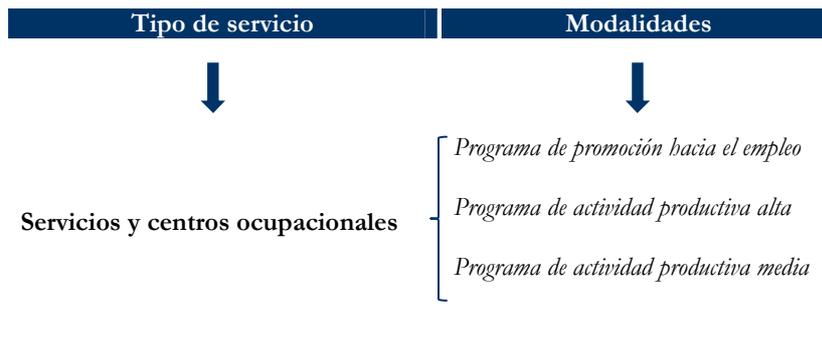
- En el caso de los **servicios y centros ocupacionales**, la ordenación no obedece a los mismos criterios que se han aplicado a la red de alojamientos y de centros de día, y ello en razón de la particular naturaleza de estos servicios. El criterio básico de ordenación adoptado es el de la mayor o menor proximidad al empleo, entendida como mayor o menor dedicación, en términos de tiempo, a la actividad productiva. Desde esta óptica se diferencian 3 programas:
 - Programa de promoción hacia el empleo: se dedica en torno a un 85% del tiempo a la actividad productiva.
 - Programa de actividad productiva alta: se dedica en torno a un 85% del tiempo a la actividad productiva.
 - Programa de actividad productiva media: se dedica aproximadamente un 50% del tiempo a la actividad productiva.

Dentro de cada uno de estos programas se puede atender, conjuntamente, a personas con necesidades de apoyo intermitente, limitado y extenso, si bien el número de personas con necesidades de apoyo intermitente y limitado es mucho mayor en el programa de promoción hacia el empleo y en el programa de actividad productiva alta que en el programa de actividad productiva media, y, a la inversa, el número de personas con necesidades de apoyo extenso es mucho más marcado en el programa de actividad productiva media que en los otros dos.

Además, en cada uno de estos programas se puede atender, conjuntamente a personas con diversos tipos de discapacidad —discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista y discapacidad mixta— y a personas con trastorno mental, sin que ello impida la existencia de programas dirigidos a un colectivo específico.

De acuerdo con lo anterior, no se distinguen modalidades en función del nivel de apoyo ni variantes en función del colectivo atendido; las modalidades vienen dadas únicamente por los programas referidos anteriormente.

TIPOS Y MODALIDADES DE SERVICIOS Y CENTROS OCUPACIONALES



Partiendo de estos criterios básicos de ordenación en relación con los centros de día y con los servicios y centros ocupacionales para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental, los tres apartados que se incluyen a continuación describen, con cierto detalle, la red de atención diurna que se propone, tratando de caracterizar los diferentes tipos, modalidades y, en su caso, variantes de servicio:

- En primer lugar, se ofrece, en forma de tabla, una comparativa de criterios de ordenación, entre los centros de día y los servicios y centros ocupacionales, en función de las características básicas referidas al comienzo del apartado 4 —características básicas generales, características asociadas a la atención de trastornos de conducta y características asociadas a la atención sanitaria—, con el fin de destacar los principales criterios de diferenciación.
- En segundo lugar, y en relación con los centros de día específicamente, se ofrecen los siguientes contenidos:
 - Cada modalidad de centro de día se describe en una ficha individual, siguiendo el mismo orden de características básicas adoptado en la tabla comparativa referida en el punto anterior. Aquí la información es del mismo tenor que en aquella, si bien ofrece una descripción algo más detallada e introduce algunas especificidades propias de la modalidad descrita en cada caso.
 - Se incluye una tabla matriz de ordenación que trata de sintetizar todas las características básicas para cada tipo, modalidad y variante de centro de día. Constituye en realidad una tabla de referencia, que permite tener una visión global de la ordenación de la red. Dada su globalidad, conviene consultarla siempre sin perder de vista la tabla comparativa de criterios de ordenación y las fichas descriptivas de los servicios, que, como ya se ha indicado en el apartado referido a la red de alojamientos, son las que permiten explicitar unas diferencias no siempre evidentes o no siempre matizables en una matriz general.
- Por último, y en relación con los servicios y centros ocupacionales específicamente, se ofrecen los siguientes contenidos:
 - Una tabla en la que se describen las características específicas de los tres programas ocupacionales. En efecto, dado que estos programas se diferencian, principalmente, en base a su mayor o menor dedicación a la actividad productiva y, en consecuencia, también a la mayor o menor intensidad del programa de ajuste y desarrollo social y personal aplicado —pero sólo muy ligeramente en base a otras variables—, se ha considerado que el esquema de presentación mediante fichas individuales descriptivas de cada modalidad seguido en relación con los servicios de alojamiento y con los centros día —centrado principalmente en el nivel de apoyo y en el tipo de discapacidad—, no tiene utilidad en relación con los servicios ocupacionales.
 - Una tabla matriz de ordenación que trata de sintetizar todas las características básicas de los 3 programas ocupacionales ya mencionados, así como del programa transversal de ajuste y desarrollo personal y social. Constituye en realidad una tabla de referencia, que permite tener una visión global de la ordenación de la red. Dada su globalidad, conviene consultarla siempre sin perder de vista la tabla comparativa de criterios de ordenación y la tabla de características específicas referida en el guion anterior, que,

como ya se ha dicho, son esenciales para apreciar diferencias y matices no apreciables
en una tabla sintética.

4.3.1. Comparativa de los criterios de ordenación decentros de día y servicios y centros ocupacionales

En esta tabla se establece básicamente una comparación entre los dos grandes tipos de servicios de atención diurna para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental —servicios y centros de día y ocupacionales— aunque al describir determinados aspectos también se mencionen, para evitar confusiones, diferencias entre modalidades de un mismo tipo de servicio e incluso, en el caso de los centros de día, entre variantes de una misma modalidad (sin perjuicio, de que estas especificidades se describan con mayor detalle en apartados posteriores).

Es importante tener presente, como ya se ha indicado anteriormente, que la descripción se refiere a las características definidas para el futuro de estos servicios y que, dichas características no se ajustan necesariamente a las que presentan los servicios en la actualidad. La única excepción a lo anterior, es el tratamiento otorgado a los aspectos relativos a la atención sanitaria, con respecto a los cuales se ha optado por describir tanto la situación que desde el Grupo de Trabajo se propone para el futuro como la situación actual, habida cuenta de que es una materia en curso de debate a nivel autonómico y que, en consecuencia, no es posible afirmar, en este momento, que las propuestas de futuro realizadas aquí sean las que finalmente se acuerden; para evitar confusiones, se estima más adecuado ofrecer ambas descripciones.

TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE CENTROS DE DÍA Y DE SERVICIOS Y CENTROS OCUPACIONALES		
Cráterios	Centros de día	Servicios y centros ocupacionales
Intensidad de los apoyos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los centros de día estarán disponibles para los siguientes niveles de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo limitado - Apoyo extenso - Apoyo generalizado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios y centros ocupacionales estarán disponibles para los siguientes niveles de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo intermitente - Apoyo limitado - Apoyo extenso
Modalidades y variantes de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se distinguen dos modalidades de centro día basadas en los intervalos de intensidad de apoyo que son susceptibles de ofrecer: <ul style="list-style-type: none"> - Centro de día con apoyo limitado-extenso - Centro de día con apoyo extenso-generalizado ▪ Cada una de estas modalidades existirá en diversas variantes destinadas a la atención de personas con diferentes tipos de discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> - El centro de día con apoyo limitado-extenso existirá en 3 variantes: <ul style="list-style-type: none"> . Para personas con discapacidad intelectual . Para personas con trastorno del espectro autista . Para personas con trastorno mental No se prevé, en cambio, la variante dirigida a personas con discapacidad mixta, dado que, hasta la fecha, no ha surgido la necesidad de articular servicios de este tipo; con todo, si en el futuro surgiera la necesidad o se observara la conveniencia de articularla, se incorporaría como nueva variante. - El centro de día con apoyo extenso-generalizado existirá en 4 variantes: <ul style="list-style-type: none"> . Para personas con discapacidad intelectual . Para personas con trastorno del espectro autista . Para personas con trastorno mental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios y centros ocupacionales no se diferenciarán en función del nivel de apoyo que ofrezcan. En efecto, todos ellos ofrecerán una combinación de programas que se diferenciarán en función de su mayor o menor cercanía a la actividad productiva: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de promoción hacia el empleo - Programa de actividad productiva alta - Programa de actividad productiva media Además, todos ellos ofrecerán, con carácter transversal, es decir dirigido a todas las personas usuarias de cada uno de los referidos programas, un programa de ajuste y desarrollo personal y social. ▪ En cada uno de estos programas se ofrecerán los tres niveles de apoyo indicados: intermitente, limitado y extenso. No se ofrecerá apoyo generalizado, considerándose que las personas con necesidades de apoyo generalizado requieren una atención propia de centro de día, no de servicio ocupacional. ▪ Los servicios y centros ocupacionales atenderán, conjuntamente, a una población mixta compuesta por: <ul style="list-style-type: none"> - Personas con discapacidad (discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista y

TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE CENTROS DE DÍA Y DE SERVICIOS Y CENTROS OCUPACIONALES

Criterios	Centros de día	Servicios y centros ocupacionales
	<ul style="list-style-type: none"> · Para personas con discapacidad mixta 	<p>discapacidad mixta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personas con trastorno mental. <p>En base a la experiencia alcanzada en los programas ocupacionales conjuntos aplicados en Gipuzkoa se estima que el equilibrio idóneo entre ambos grupos se sitúa en una proporción aproximada de entre 75 y 80% de personas con discapacidad y entre 20 y 25% de personas con trastorno mental, si bien dicha proporción debe aplicarse con un margen de flexibilidad.</p>
Capacidad máxima y modulación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La capacidad máxima de los centros de día se establece en 25 plazas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La capacidad máxima de los centros ocupacionales se establece en 80 plazas. ▪ Al considerar dicha capacidad máxima, es importante tener en cuenta, que el servicio ocupacional no siempre se prestará en un centro ocupacional propiamente dicho, sino que podrá prestarse en entornos diversos.
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El centro de día podrá ubicarse en: <ul style="list-style-type: none"> - Un edificio no compartido con otros equipamientos sociales, ya sea un edificio independiente, ya sea un edificio ordinario de viviendas. - Un edificio compartido con un servicio de alojamiento para personas con discapacidad. En tales casos, si las personas usuarias de ambos servicios son las mismas, el equipamiento en su conjunto se asimilará a una estructura de atención integral. - Un edificio compartido con otros equipamientos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el servicio ocupacional se preste en un centro ocupacional, este último podrá ubicarse en: <ul style="list-style-type: none"> - Un edificio independiente - Un edificio compartido con un centro especial de empleo - Un edificio compartido con otros equipamientos sociales (en particular, un centro de día).
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los centros de día estarán siempre ubicados en el núcleo poblacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los centros ocupacionales podrán ubicarse en el núcleo poblacional —en particular, en determinadas actividades de servicios— o podrán ubicarse fuera del mismo, en función del tipo de actividad desarrollado: industrial, agrícola, etc.
Nivel de participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El nivel de participación en la comunidad deberá ser alto, debiendo promoverse y facilitarse la utilización de los recursos comunitarios ordinarios en el marco de las actividades de día. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El nivel de participación en la comunidad dependerá muy considerablemente del tipo de actividad en el que consista el programa ocupacional en cada caso: cuando la actividad se dé en el ámbito industrial, la participación en la comunidad será menor que si el tipo de actividad se desarrolla en el entorno comunitario. ▪ Por otra parte, la participación en la comunidad se desarrollará también en gran medida de la mano de las actividades de desarrollo personal y social articuladas en el marco del servicio ocupacional. Estas actividades se encuadrarán en un programa de carácter transversal, al que accederán todas las personas usuarias del servicio ocupacional, si bien el nivel de participación en actividades de este tipo será mayor en el Programa de Actividad Media que en el programa de Actividad Alta o en el Programa de Promoción en el Empleo, en los que el nivel de dedicación a la actividad productiva propiamente dicha será muy alto y ocupará la mayor parte del tiempo.
Apoyos personalizados básicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En todos los centros de día se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos básicos: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En todos los programas ocupacionales se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos básicos:

TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE CENTROS DE DÍA Y DE SERVICIOS Y CENTROS OCUPACIONALES

Criterios	Centros de día	Servicios y centros ocupacionales
	<ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona, con inclusión de la programación de los apoyos; en el caso de personas usuarias de centro de día que residan en servicios de alojamiento, comúnmente, la planificación centrada en la persona se articulará desde estos últimos en coordinación con el centro de día; en tal supuesto, el centro de día preverá la programación de los apoyos a prestar en su contexto en el marco de dicha Planificación Centrada en la Persona. - Vida en el hogar. - Desarrollo personal. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral. - Coordinación con los servicios de alojamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona, con inclusión de la programación de los apoyos; en el caso de personas usuarias de centro ocupacional que residan en servicios de alojamiento, comúnmente la planificación centrada en la persona se articulará desde estos últimos en coordinación con el centro ocupacional; en tal supuesto, el centro ocupacional preverá la programación de los apoyos a prestar en su contexto, en el marco de dicha Planificación Centrada en la Persona. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral (planes formativos individualizados de carácter anual). - Accesibilidad y adaptaciones técnicas necesarias para el desarrollo de los programas: adaptación de entornos, procesos, puestos, etc., con el objeto de facilitar la integración socio-laboral de las personas que presentan mayores necesidades de apoyo. - Coordinación con los servicios de alojamiento.
<p>Tipos de personal de apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los centros de día contarán siempre con las siguientes figuras profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - Personal asignado específicamente al centro: <ul style="list-style-type: none"> · Monitor(a)/educador(a) - Personal compartible entre varios centros: <ul style="list-style-type: none"> · Responsable de centro · Trabajador(a) Social · Psicólogo(a). En el caso de los centros de día para personas con discapacidad intelectual, la figura de Psicólogo(a) puede no ser necesaria, y en cambio ser necesaria una figura de Pedagogo(a) o de Técnico(a) de Inclusión Social. ▪ Además de este personal, en función de las variantes, deben contar con otras figuras profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - Personal específicamente asignado al centro: <ul style="list-style-type: none"> · Auxiliar/cuidador(a) para cuidados personales en ABVD: en los centros de día para personas con discapacidad mixta con apoyo extenso-generalizado - Personal compartible entre varios centros: <ul style="list-style-type: none"> · Terapeuta ocupacional: en todos los centros de día, en ambas modalidades y en todas las variantes, salvo en las destinadas a personas con trastorno mental. · Logopeda: en todos los centros de día, en ambas modalidades y en todas las variantes, salvo en las destinadas a personas con trastorno mental. · Fisioterapeuta: en los centros de día con apoyo extenso-generalizado para personas con discapacidad intelectual, con trastorno del espectro autista o con discapacidad mixta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios ocupacionales contarán siempre con las siguientes figuras profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - Personal de apoyo del ámbito de los servicios sociales: <ul style="list-style-type: none"> · Personal asignado específicamente al servicio: Monitor(a)/educador(a) · Personal compartible entre varios servicios o centros: Responsable de centro ▪ En función del tipo de actividad, podrá ser necesaria la intervención de personal de apoyo de la rama técnica correspondiente a la actividad desarrollada, que puede compartirse entre diversos servicios o centros ocupacionales: <ul style="list-style-type: none"> · Ingeniero(a) técnico(a) · Ingeniero(a) superior ▪ Previsiones con respecto a otras figuras profesionales que se integran en estructuras de apoyo a los servicios y que, por lo tanto, son compartibles: <ul style="list-style-type: none"> · Trabajador/a Social · Psicólogo/a · Pedagogo/a · Técnico/a de inserción laboral o figura análoga · Técnico/a de formación · Técnico/a de adaptación de puestos y de procesos.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al margen de este personal de apoyo, que interviene directamente con las personas atendidas, los recursos cuentan también con: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de dirección-gestión y coordinación, habitualmente centralizados en las oficinas de la entidad gestora. En la tabla, este personal sólo se refleja parcialmente, mediante la figura del o de la responsable de 	

TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE CENTROS DE DÍA Y DE SERVICIOS Y CENTROS OCUPACIONALES

Criterios	Centros de día	Servicios y centros ocupacionales
	centro. - En muchos casos también, cuentan con personal de servicios generales (limpieza, cocina, mantenimiento, etc.). Estas figuras profesionales no se reflejan aquí.	
Atención a trastornos de conducta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La atención a las personas con trastorno de conducta en los centros de día obedece a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel 1 ICAP (normal): Este nivel de trastorno de conducta podrá ser atendido en todos los centros de día, en ambas modalidades y en todas sus variantes. - Nivel 2 ICAP (levemente grave): Este nivel de trastorno de conducta podrá ser atendido en todos los centros de día, en ambas modalidades y en todas sus variantes. - Nivel 3 ICAP (moderadamente grave): <ul style="list-style-type: none"> · Este nivel de trastorno de conducta no se atenderá en los centros de día de apoyo limitado-extenso. · Sí se atenderá en cambio en los centros de día de apoyo extenso-generalizado, salvo en la variante destinada a personas con trastorno mental. - Nivel 4 ICAP (grave): <ul style="list-style-type: none"> · Este nivel de trastorno de conducta no se atenderá en los centros de día de apoyo limitado-extenso. · Tampoco se atenderá en los centros de día de apoyo extenso-generalizado, salvo en la variante destinada a personas con trastorno del espectro autista. - Nivel 5 ICAP (muy grave): Este nivel de trastorno de conducta no se atenderá en centro de día. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La atención a las personas con trastorno de conducta en los servicios y centros ocupacionales obedece a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel 1 ICAP (normal): Este nivel de trastorno de conducta podrá ser atendido en los tres programas de servicio o centro ocupacional. - Nivel 2 ICAP (levemente grave): Este nivel de trastorno de conducta podrá ser atendido en los tres programas de servicio o centro ocupacional. - Nivel 3 ICAP (moderadamente grave): Este nivel de trastorno de conducta podrá ser atendido en los tres programas de servicio o centro ocupacional, pero sólo si evolucionan hacia ese nivel una vez que ya son usuarias de dicho servicio. En cambio, si presentan dicho nivel de trastorno de conducta en el momento del acceso, no podrán acceder al servicio ocupacional sino que serán orientadas hacia un centro de día. - Nivel 4 ICAP (grave): Este nivel de trastorno de conducta no se atenderá en servicios o centros ocupacionales. - Nivel 5 ICAP (muy grave): Este nivel de trastorno de conducta no se atenderá en servicios o centros ocupacionales.
Cuidado de la salud y atención sanitaria en los centros de día y ocupacionales		
Atención sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dado que en el momento de diseñar este Modelo de Atención a las Personas con Discapacidad y a las Personas con Trastorno Mental, se encuentran en curso tanto los debates en torno a la Cartera de Servicios y Prestaciones Sociosanitarias como en torno a la prestación de la atención sanitaria en recursos sociales que no lleguen a calificarse de “sociosanitarios”, este apartado se estructura en tres subapartados (A, B y C): <ul style="list-style-type: none"> - A: Detalla las consideraciones del Grupo de Trabajo en relación con cómo convendría prestar la atención sanitaria a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental usuarias de centros de día o de centros ocupacionales. Son pues propuestas de cara al futuro cuya materialización dependerá de los acuerdos que se adopten con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. - B: Detalla la forma en que la atención sanitaria se presta en la actualidad en la red de centros de día y de centros ocupacionales para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental, considerando que las fórmulas actuales de prestación serán las que sigan aplicándose en tanto no se alcance la situación de futuro que se explica en el subapartado A. - C: Señala algunas posibles líneas de avance para pasar de la situación descrita en el subapartado B a la situación descrita en el subapartado A. 	
A. Propuestas de Futuro en relación con la prestación IN SITU de la atención sanitaria		
Atención sanitaria		Atención sanitaria
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En los centros de día, la atención sanitaria se prestará del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: Deberá prestarse <i>in situ</i> en las dos modalidades de centro de día y en todas sus variantes. - <i>Atención Sanitaria No Especializada</i>: Con carácter 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ En los centros ocupacionales, la atención sanitaria se prestará del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: Deberá prestarse <i>in situ</i> en todos los centros ocupacionales. - <i>Atención Sanitaria No Especializada</i>: Con carácter

TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE CENTROS DE DÍA Y DE SERVICIOS Y CENTROS OCUPACIONALES

Criterios	Centros de día	Servicios y centros ocupacionales
	<p>general en los centros de día no se prestará <i>in situ</i> Atención Sanitaria No Especializada, ni médica ni de enfermería.</p> <p>La única excepción se dará en la modalidad de centro de día con apoyo extenso-generalizado, en su variante dirigida a personas con discapacidad intelectual, en la que deberá ofrecerse <i>in situ</i> un servicio de enfermería. La prestación de este servicio de enfermería <i>in situ</i> deberá ser asumida por el Departamento de Sanidad, bien mediante la asignación de personal propio, bien aportando financiación, en los términos que se acuerden en relación con la participación del Departamento de Sanidad en la financiación de la atención sanitaria prestada en equipamientos de servicios sociales (no sociosanitarios).</p> <p>Por lo demás, las personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública sanitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención Médica Especializada</i>: En los centros de día no se prestará <i>in situ</i> Atención Médica Especializada. Las personas usuarias acudirán a los centros de salud mental de la red pública sanitaria. 	<p>general en los centros ocupacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Se prestará <i>in situ</i> atención de enfermería. La prestación de este servicio de enfermería <i>in situ</i> deberá ser asumida por el Departamento de Sanidad, bien mediante la asignación de personal propio, bien aportando financiación, en los términos que se acuerden en relación con la participación del Departamento de Sanidad en la financiación de la atención sanitaria prestada en equipamientos de servicios sociales (no sociosanitarios). · No se prestará en cambio atención médica. Las personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública sanitaria. - <i>Atención Médica Especializada</i>: En los centros de día no se prestará <i>in situ</i> Atención Médica Especializada. Las personas usuarias acudirán a los centros de salud mental de la red pública sanitaria.
	<p>Personal sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo con lo previsto en el apartado anterior sobre atención sanitaria, el personal sanitario con el que deberán contar los centros de día será el siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: No se requerirá personal sanitario para su prestación. - <i>Atención Sanitaria No Especializada</i>: <ul style="list-style-type: none"> · Será necesario que los centros correspondientes a la variante de centro de día con apoyo extenso-generalizado para personas con discapacidad intelectual cuenten con personal de enfermería. · Las demás variantes de centro de día no deberán contar con este personal. · No deberán contar, en ninguna de sus variantes con personal médico para la prestación de atención sanitaria no especializada, puesto que no prestan este tipo de atención. - <i>Atención Médica Especializada</i>: Dado que en los centros de día no se prestará este tipo de atención, no deberán contar con personal médico especializado; las personas usuarias acudirán a la red pública. Sin perjuicio de lo anterior, se estima conveniente que desde el Departamento de Sanidad se articule alguna una fórmula que permita dar respuesta <i>in situ</i> a necesidades puntuales pero inmediatas que puedan surgir en los centros, en particular en relación con situaciones asociadas a trastornos de conducta. 	<p>Personal sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo con lo previsto en el apartado anterior en relación con la atención sanitaria, el personal sanitario con el que deberán contar los servicios y centros ocupacionales será el siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: No se requerirá personal sanitario para su prestación. - <i>Atención Sanitaria No Especializada</i>: <ul style="list-style-type: none"> · Será necesario que todos los servicios y centros ocupacionales cuenten con personal de enfermería. · No deberán contar, en ninguna de sus variantes con personal médico para la prestación de atención sanitaria no especializada, puesto que no prestan este tipo de atención. - <i>Atención Médica Especializada</i>: Dado que en los centros de día no se presta este tipo de atención, no deberán contar con personal médico especializado

TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE CENTROS DE DÍA Y DE SERVICIOS Y CENTROS OCUPACIONALES

Criterios	Centros de día	Servicios y centros ocupacionales
	B. Situación actual de la prestación IN SITU de atención sanitaria	
	<p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la actualidad, en los centros de día, la atención a la salud se presta del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: Las dos modalidades de centro de día, en todas sus variantes, ofrecen Atención General Preventiva y de Seguimiento. - <i>Atención Sanitaria No Especializada</i>: Sólo la modalidad de centro de día con apoyo extenso-generalizado, en su variante dirigida a personas con discapacidad intelectual, ofrece <i>in situ</i> atención sanitaria no especializada consistente en un servicio de enfermería (no en un servicio médico). En caso de necesitar atención médica no especializada se recurre a la red pública de salud (esta necesidad sólo se presenta puntualmente, en relación con situación sobrevenida en el centro de día, ya que lo habitual es que el recurso a la red pública de salud se haga desde el domicilio de la persona, ya se trate de su domicilio familiar, ya se trate de un servicio de alojamiento). - <i>Atención Médica Especializada</i>: La modalidad de centro de día con apoyo extenso-generalizado, en todas sus variantes salvo la destinada a personas con trastorno mental, ofrecen <i>in situ</i> Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología. En su variante destinada a personas con trastorno mental no se presta Atención Médica Especializada <i>in situ</i>: las personas usuarias acuden a la red pública de salud mental. 	<p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la actualidad, en los servicios y centros ocupacionales, la atención a la salud se presta del siguiente modo en todos los programas que se integran en dichos servicios: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: Los servicios y centros ocupacionales prestan este tipo de atención. - <i>Atención Sanitaria no Especializada</i>: En la actualidad, se prestan cuidados de enfermería en las tres modalidades de programas de los servicios y centros ocupacionales. - <i>Atención Médica Especializada</i>: no se presta
	<p>Personal sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la actualidad para la prestación de la atención sanitaria descrita en el punto anterior, se dispone del siguiente personal: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: No requiere personal sanitario: es prestada <i>in situ</i> por el personal de servicios sociales. - <i>Atención Sanitaria No Especializada</i>: <ul style="list-style-type: none"> • El servicio de enfermería prestado en la variante de centro de día con apoyo extenso generalizado destinado a personas con discapacidad intelectual, se ofrece con personal de enfermería contratado por la propia entidad gestora, y se financia en el marco de la concertación del servicio entre dicha entidad gestora y el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. → <i>En tanto la prestación de dicha atención no sea asumida por la red pública de salud, seguirá siendo prestada como hasta ahora por las entidades gestoras.</i> • Dado que en las demás variantes, no hay servicio de enfermería, no existe personal de este tipo. 	<p>Personal sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la actualidad, el personal de enfermería de los servicios ocupacionales es personal contratado por las entidades gestoras de estos servicios. <ul style="list-style-type: none"> → En tanto la prestación de dicha atención no sea asumida por la red pública de salud, seguirá siendo prestada como hasta ahora por las entidades gestoras en concertación con el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

TABLA COMPARATIVA DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE CENTROS DE DÍA Y DE SERVICIOS Y CENTROS OCUPACIONALES

Criterios	Centros de día	Servicios y centros ocupacionales
	<ul style="list-style-type: none"> . Dado que no se ofrece atención médica no especializada, no hay personal médico. - <i>Atención Médica Especializada</i>: En la actualidad, la atención médica especializada en centros de día con apoyo extenso generalizado, se ofrece, en función de las variantes, con el siguiente personal médico: <ul style="list-style-type: none"> . Médico especialista en Neurología, en la variante destinada a personas con discapacidad intelectual. . Médico(a) especialista en Psiquiatría en las variantes destinadas a personas con trastorno del espectro autista y a personas con discapacidad mixta. → En tanto no se alcance la situación propuesta para el futuro en la fila anterior, esta atención seguirá siendo prestada como hasta ahora por las entidades gestoras. 	
	<p>C. Propuestas de avance</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasar de la situación actual (B) a la situación futura (A) exige organizar el progresivo traspaso de la carga de la atención sanitaria asumida en la actualidad por los servicios al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Para facilitar ese proceso, es importante: <ul style="list-style-type: none"> - Conocer el volumen de esa carga y de las necesidades a las que esa carga de atención responde. Convendría pues dimensionar: <ul style="list-style-type: none"> . las necesidades de atención sanitaria de las personas usuarias cubiertas desde los propios centros. . los recursos destinados en la actualidad a esta atención sanitaria: personal médico y de enfermería. Ese dimensionamiento, además de cuantificar la realidad, puede tener una virtud añadida: la de mostrar que la intensidad de la atención sanitaria prestada en la actualidad a las personas usuarias es adecuada y posiblemente también restar temores en el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco de cara a la asunción de esa atención, al disponer de datos que permitan constatar que si bien la intensidad de la atención es alta, el volumen de la población que requiere dicha atención no es excesivo, por lo menos no lo es en comparación con otros colectivos (en particular, con el de personas mayores). - Idear vías que ayuden a sensibilizar al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en relación con las especificidades de la atención sanitaria a las poblaciones atendidas en estos servicios, con el fin de que, llegado el momento, se opte por alternativas de atención que faciliten el desarrollo de cierta especialización en las y los profesionales de salud. 	

4.3.2. Fichas descriptivas de los centros de día

En este apartado se describen, en fichas individuales, las características correspondientes a cada una de las modalidades de centros de día, indicando en su caso las especificidades propias de las distintas variantes.

Al igual que en el apartado anterior, es importante tener presente que la descripción se refiere a las características definidas para el futuro de estos servicios y que, dichas características no se ajustan necesariamente a las que presentan en la actualidad (aunque, en muchos aspectos, sí lo hagan). La única excepción a lo anterior, es el tratamiento otorgado a los aspectos relativos a la atención sanitaria, con respecto a los cuales se ha optado por describir tanto la situación que desde el Grupo de Trabajo se propone para el futuro como la situación actual, habida cuenta de que es una materia en curso de debate a nivel autonómico y que, en consecuencia, no es posible afirmar, en este momento, que las propuestas de futuro realizadas aquí sean las que finalmente se acuerden; para evitar confusiones, se estima más adecuado ofrecer ambas descripciones.

CENTRO DE DÍA CON APOYO LIMITADO-EXTENSO

Variantes de centro de día	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta modalidad de centro de día se prevé en tres variantes: <ul style="list-style-type: none"> - Centro de día con apoyo limitado-extenso para personas con discapacidad intelectual - Centro de día con apoyo limitado-extenso para personas con trastorno del espectro autista - Centro de día con apoyo limitado-extenso para personas con trastorno mental.
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La capacidad máxima se establece en 25 plazas.
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta modalidad de centro de día podrá ubicarse en: <ul style="list-style-type: none"> - Un edificio no compartido con otros equipamientos sociales, ya sea un edificio independiente, ya sea un edificio ordinario de viviendas. - Un edificio compartido con otros equipamientos sociales.
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estarán siempre ubicados en el núcleo poblacional.
Participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El nivel de participación en la comunidad deberá ser alto, debiendo promoverse y facilitarse la utilización de los recursos comunitarios ordinarios en el marco de las actividades de día.
Calendario de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta modalidad de centro de día, en sus dos variantes, funcionará del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> - Abrirá de de lunes a viernes - No ofrecerá servicio fines de semana. ▪ En vacaciones, se ofrecerá servicio en la variante de centros de día con apoyo-limitado extenso para personas con trastorno mental.
Servicios hosteleros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación: Ofrecerán un servicio de comida a las personas usuarias. ▪ Transporte: En su variante destinada a personas con discapacidad intelectual y a personas con trastorno del espectro autista, ofrecerán un servicio de transporte adaptado, cuando resulte necesario en razón de las dificultades de movilidad de las personas usuarias y/o de las dificultades de acceso al centro mediante transporte público.
Apoyos personalizados básicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos básicos: <ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona, con inclusión de la programación de los apoyos. En el caso de personas usuarias de centro de día que residen en servicios de alojamiento, comúnmente, la planificación centrada en la persona se articulará desde estos últimos en coordinación con el centro de día; en tal supuesto, el centro de día preverá la programación de los apoyos a prestar en su contexto, en el marco de dicha Planificación Centrada en la Persona. - Vida en el hogar.

CENTRO DE DÍA CON APOYO LIMITADO-EXTENSO

	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo personal y social. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral. - Coordinación con los servicios de alojamiento.
Tipos de personal de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para prestar dichos apoyos, los centros de día con apoyo limitado-extenso contarán, en todas sus modalidades y variantes, con las siguientes figuras profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - Personal específicamente asignado al servicio: <ul style="list-style-type: none"> • Monitor(a)/educador(a) - Personal compatible entre varios servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Responsable de centro • Trabajador(a) Social • Psicólogo(a). En el caso de los centros de día para personas con discapacidad intelectual, la figura de Psicólogo(a) puede no ser necesaria, y en cambio ser necesaria una figura de Pedagogo(a) o de Técnico(a) de Inclusión Social. ▪ Además de este personal, las variantes de centro de día con apoyo limitado extenso para personas con discapacidad intelectual y para personas con trastorno del espectro autista deberán contar con el siguiente personal compartible entre servicios: <ul style="list-style-type: none"> - Terapeuta ocupacional. - Logopeda.
Atención a trastornos de conducta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta modalidad de centro de día, en todas sus variantes, podrá atender a personas con trastorno de conducta de los siguientes niveles: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel 1 ICAP (normal) - Nivel 2 ICAP (levemente grave) ▪ No atenderá a personas con trastorno de conducta de los siguientes niveles: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel 3 ICAP (moderadamente grave) - Nivel 4 ICAP (grave) - Nivel 5 ICAP (muy grave)
Atención sanitaria	<p style="text-align: center;">Propuestas de futuro en relación con la prestación IN SITU de atención sanitaria</p> <p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el futuro, la atención sanitaria prestada <i>in situ</i> en la modalidad de centro de día con apoyo limitado-extenso será la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: Este tipo de atención se prestará <i>in situ</i> en todas las variantes de centro de día con apoyo limitado-extenso. - <i>Atención Sanitaria No Especializada</i>: No se prestará <i>in situ</i> Atención Sanitaria No Especializada, ni médica, ni de enfermería en ninguna de las variantes de centros de día con apoyo limitado-extenso. Las personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública sanitaria. - <i>Atención Médica Especializada (Psiquiatría/Neurología)</i>: No se prestará <i>in situ</i> Atención Médica Especializada. Las personas usuarias acudirán a los centros de salud de la red pública sanitaria. <p>Personal sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo con lo previsto en el punto anterior sobre atención sanitaria, esta modalidad de centro de día no contará con personal sanitario, ya que únicamente prestará Atención General Preventiva y de Seguimiento, para la que no se requiere contar con personal sanitario (este tipo de atención será asumido por el personal de servicios sociales). <p style="text-align: center;">Situación actual en relación con la prestación IN SITU de atención sanitaria</p> <p>Atención sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la actualidad, la atención sanitaria prestada <i>in situ</i> en los centros de día con apoyo limitado-extenso es la siguiente. <ul style="list-style-type: none"> - <i>Atención General Preventiva y de Seguimiento</i>: En la actualidad, este tipo de atención se presta <i>in situ</i> en todas las variantes de centro de día con apoyo limitado-extenso, mediante personal no sanitario. - <i>Atención Sanitaria No Especializada</i>: En la actualidad, este tipo de atención no se presta <i>in situ</i> Atención Sanitaria No Especializada, ni médica, ni de enfermería en ninguna de las variantes de centros de día con apoyo limitado-extenso. En caso de necesitarlo, las personas usuarias acuden los centros de salud de la red pública sanitaria (o, si viven en servicios residenciales, son atendidas por el personal sanitario que en la actualidad existe en dichos centros). - <i>Atención Médica Especializada (Psiquiatría /Neurología)</i>: En la actualidad, este tipo de atención no se presta <i>in situ</i> Atención Médica Especializada. Las personas usuarias acuden a los centros de salud mental de la red pública sanitaria (o, si viven en servicios de alojamiento, son atendidas por el personal médico especializado que actualmente atiende en dichos centros).

CENTRO DE DÍA CON APOYO LIMITADO-EXTENSO

Personal sanitario

- De acuerdo con lo indicado en el punto anterior sobre la situación actual de la atención sanitaria, esta modalidad de centro de día no cuenta con personal sanitario, ya que únicamente presta Atención General Preventiva y de Seguimiento, para la que no se requiere contar con personal sanitario (este tipo de atención es asumido por el personal de servicios sociales).

CENTRO DE DÍA CON APOYO EXTENSO-GENERALIZADO

Variantes de centro de día	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta modalidad de centro de día se prevé en 4 variantes: <ul style="list-style-type: none"> - Centro de día con apoyo extenso-generalizado para personas con discapacidad intelectual - Centro de día con apoyo extenso-generalizado para personas con trastorno del espectro autista - Centro de día con apoyo extenso-generalizado para personas con trastorno mental - Centro de día con apoyo extenso-generalizado para personas con discapacidad mixta.
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se establece una capacidad máxima de 25 plazas.
Tipo de edificio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los centros de día con apoyo extenso-generalizado podrán ubicarse en: <ul style="list-style-type: none"> - Un edificio no compartido con otros equipamientos sociales, ya sea un edificio independiente, ya sea un edificio ordinario de viviendas. - Un edificio compartido con otros equipamientos sociales.
Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estarán siempre ubicados en el núcleo poblacional.
Participación en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El nivel de participación en la comunidad deberá ser alto, debiendo promoverse y facilitarse, en lo posible, la utilización de los recursos comunitarios ordinarios en el marco de las actividades de día.
Calendario de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La modalidad de centro de día con apoyo extenso-generalizado funciona del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecerá servicio de lunes a viernes - Con carácter general, no ofrecerá servicio los fines de semana, salvo en el caso de la variante destinada a personas con discapacidad mixta que deberá contar con un determinado número de plazas para ofrecer atención de lunes a domingo. ▪ En vacaciones, deberá existir la posibilidad de atender a las personas que así lo requieran. En función del número de personas usuarias que presenten esta necesidad, podrán articularse soluciones mixtas que atiendan a personas con distintos tipos de discapacidad.
Servicios hosteleros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación: Los centros de día con apoyo extenso-generalizado ofrecerán un servicio de comida y un servicio de merienda a las personas usuarias. ▪ Transporte: En sus variantes destinadas a personas con discapacidad intelectual, con trastorno del espectro autista y con discapacidad mixta ofrecerán un servicio de transporte adaptado, cuando resulte necesario en razón de las dificultades de movilidad de las personas usuarias y/o de las dificultades de acceso al centro mediante transporte público.
Apoyos personalizados básicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En los centros de día con apoyo extenso-generalizado se ofrecerán apoyos personalizados en relación con los siguientes aspectos básicos: <ul style="list-style-type: none"> - Acogida. - Planificación centrada en la persona, con inclusión de la programación de los apoyos. En el caso de personas usuarias de centro de día que residan en servicios de alojamiento, comúnmente, la planificación centrada en la persona se articulará desde estos últimos en coordinación con el centro de día; en tal supuesto, el centro de día preverá la programación de los apoyos a prestar en su contexto, en el marco de dicha Planificación Centrada en la Persona. - Vida en el hogar. - Desarrollo personal y social. - Vida comunitaria, social y cívica. - Apoyo en el desarrollo formativo-laboral. - Coordinación con los servicios de alojamiento.
Tipos de personal de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para prestar dichos apoyos, los centros de día con apoyo extenso-generalizado contarán con las siguientes figuras profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - Personal específicamente asignado al centro: <ul style="list-style-type: none"> • Monitor(a)/educador(a) - Personal compartible entre varios servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Responsable de centro • Trabajador(a) Social • Psicólogo(a). En el caso de los centros de día para personas con discapacidad intelectual, la figura de Psicólogo(a) puede no ser necesaria, y en cambio ser necesaria una figura de Pedagogo(a) o de Técnico(a) de Inclusión Social. ▪ Además de este personal, en función de las variantes, deben existir también las siguientes figuras

CENTRO DE DÍA CON APOYO EXTENSO-GENERALIZADO

profesionales:

- Personal específicamente asignado al centro:
 - . Auxiliar: esta figura deberá existir en la variante para personas con discapacidad mixta.
- Personal compartible entre varios servicios:

En todas las variantes de centro de día con apoyo extenso generalizado, salvo en los destinados a personas con trastorno mental deberán existir las siguientes figuras profesionales:

- . Terapeuta Ocupacional
- . Fisioterapeuta.
- . Logopeda.

Atención a trastornos de conducta

- La modalidad de centros de día con apoyo extenso-generalizado atenderá a personas con trastorno de conducta de los siguientes niveles:
 - Nivel 1 ICAP (normal)
 - Nivel 2 ICAP (levemente grave).
- Salvo la variante destinada a personas con trastorno mental, las demás variantes de esta modalidad de centro de día atenderán a personas con trastorno de conducta de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave).
 - En estos casos, la presencia de trastorno de conducta de Nivel 3 ICAP (moderadamente grave) en el momento del acceso a la red de centros de día, es un criterio diferencial que determinará la NO orientación hacia un centro de día de apoyo limitado-extenso.
- En el caso específico de la variante destinada a persona con trastorno del espectro autista, se atenderá también a personas con trastorno de conducta de Nivel 4 ICAP (grave).
 - En este caso, la presencia de trastorno de conducta Nivel 4 ICAP (grave) en el momento del acceso a la red de centros de día es un criterio diferencial que determinará la NO orientación hacia un centro de día de apoyo limitado-extenso.
- Los centros de día con apoyo extenso generalizado no atenderán en ningún caso a personas con trastorno de conducta de Nivel 5 ICAP (muy grave).

Atención sanitaria

Propuestas de futuro en relación con la prestación IN SITU de atención sanitaria

Atención sanitaria

- En el futuro, la atención sanitaria prestada *in situ* en la modalidad de centro de día con apoyo extenso-generalizado será la siguiente:
 - *Atención General Preventiva y de Seguimiento*: Los centros de día con apoyo extenso-generalizado ofrecerán *in situ* en todas sus variantes Atención General Preventiva y de Seguimiento,
 - *Atención Sanitaria No Especializada*:
 - . Con carácter general, no se prestará *in situ* Atención Sanitaria No Especializada, ni médica ni de enfermería, en los centros de día de apoyo extenso-generalizado. Las necesidades de atención sanitaria no especializada deberán cubrirse desde la red pública de salud, debiendo acudir las personas usuarias a los centros de salud que correspondan.
 - . La única excepción se dará en la variante dirigida a personas con discapacidad intelectual, en la que se prestará *in situ* un servicio de enfermería. Este servicio deberá ser prestado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, bien mediante la asignación de personal propio de la red pública de salud, bien mediante su participación en la financiación de las plazas de tales centros, en función de cómo se establezca la articulación de dicha financiación cuando la atención sanitaria se presta en equipamientos de servicios sociales (no sociosanitarios).
 - *Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología*: La Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología no se prestará *in situ*, sino que se prestará en los centros de salud mental de la red pública sanitaria, si bien sería necesario articular algún mecanismo que permita responder con inmediatez e *in situ* a las necesidades que se pueden plantear en situaciones de crisis asociadas, principalmente, a trastornos de conducta.

Personal sanitario

- Para la prestación de la atención sanitaria referida en el punto anterior, los centros de día con apoyo extenso-generalizado deberán contar con el siguiente personal sanitario:
 - *Atención General Preventiva y de Seguimiento*: No requiere personal sanitario, sino que será prestada, como en la actualidad, por el personal de servicios sociales.
 - *Atención Sanitaria No Especializada*:
 - . Para la prestación del servicio de enfermería previsto para la variante de centro de día con apoyo extenso-generalizado dirigida a personas con discapacidad intelectual, los centros deberán contar con personal de enfermería.
 - . Dado que no se ofrece servicio de atención médica no especializada en ninguna variante, no se contará

CENTRO DE DÍA CON APOYO EXTENSO-GENERALIZADO

con personal médico.

- *Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología:* Dado que no se prestará este tipo de atención en los centros de día con apoyo extenso-generalizado, no se contará con personal médico especialista en Psiquiatría y/o Neurología.

Situación actual en la relación con la prestación *IN SITU* de atención sanitaria

Atención sanitaria

- En la actualidad, la atención sanitaria prestada *in situ* en la modalidad de centro de día con apoyo extenso-generalizado es la siguiente:
 - *Atención General Preventiva y de Seguimiento:* Los centros de día con apoyo extenso-generalizado ofrecen *in situ* en todas sus variantes Atención General Preventiva y de Seguimiento,
 - *Atención Sanitaria No Especializada:*
 - Con carácter general, no se presta *in situ* Atención Sanitaria No Especializada, ni médica ni de enfermería, en los centros de día de apoyo extenso-generalizado. Las necesidades de atención sanitaria no especializada se cubren desde la red pública de salud, debiendo acudir las personas usuarias a los centros de salud que correspondan.
 - La única excepción se da en la variante dirigida a personas con discapacidad intelectual, en la que se presta *in situ* un servicio de enfermería en los centros que se insertan en equipamientos de carácter integral. Este servicio es prestado en la actualidad por las entidades gestoras del servicio y su financiación recae en el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
 - *En tanto dicha atención de enfermería in situ no sea asumida por la red pública de salud, seguirá prestándose como hasta la fecha, por las entidades gestoras de los servicios.*
 - *Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología:* En la actualidad, esta atención se presta como sigue:
 - En la variante de centro de día con apoyo extenso-generalizado para personas con trastorno mental, la atención no se presta *in situ*, sino que se presta en los centros de salud mental de la red pública sanitaria.
 - En cambio, en las variantes destinadas a personas con discapacidad intelectual, a personas con trastorno del espectro autista y a personas con discapacidad mixta, la atención médica especializada se presta *in situ* por médicos especialistas contratados por las entidades gestoras en el marco de su concertación con el Departamento de Política Social de la Diputación Foral del Gipuzkoa.
 - *En tanto atención no sea asumida por la red pública de salud, seguirá prestándose como hasta la fecha, por las entidades gestoras de los servicios.*

Personal sanitario

- La atención sanitaria descrita en el punto anterior se presta, en la actualidad, con el siguiente personal:
 - *Atención General Preventiva y de Seguimiento:* Esta atención no requiere personal sanitario; es prestada en los centros por personal de servicios sociales.
 - *Atención Sanitaria No Especializada:*
 - El servicio de enfermería que se presta en la variante dirigida a personas con discapacidad intelectual, es prestado por personal de enfermería contratado por las entidades gestoras del servicio y su financiación recae en el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, en el marco de la concertación de servicios.
 - *Atención Médica Especializada en Psiquiatría y/o Neurología:*
 - El servicio médico especializado que actualmente se presta en las variantes destinadas a personas con discapacidad intelectual, a personas con trastorno del espectro autista y a personas con discapacidad mixta, es prestado por médicos especialistas en Psiquiatría y/o Neurología contratados por las entidades gestoras en el marco de su concertación con el Departamento de Política Social de la Diputación Foral del Gipuzkoa.

4.3.3. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS CENTROS DE DÍA (por nivel de apoyo y tipo de discapacidad)

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS			CD de Apoyo limitado-extenso			CD de Apoyo extenso-generalizado			
			DI	TEA	TM	DI	TEA	TM	DM
Capacidad máxima			25	25	25	25	25	25	25
Calendario de apertura	Días laborables		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Fines de semana y festivos		No	No	No	No	No	No	Sí
	Periodos vacacionales		No	No	Sí	Sí*	Sí*	Sí*	Sí*
Servicios hosteleros	Alimentación	Comida	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		Merienda	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
	Transporte (cuando resulte necesario en razón de las dificultades de movilidad de las personas usuarias o de las dificultades de acceso al centro).		Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí
Apoyos personalizados	Acogida		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Planificación individualizada de apoyos desde el enfoque de la PCP		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Vida en el hogar		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Desarrollo personal y social		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Vida comunitaria, social y cívica		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Empleo, formación, educación	Apoyo en desarrollo formativo-laboral		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Coordinación con los servicios de alojamiento		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Tipo de personal de apoyo*	Personal específicamente asignado al servicio	Monitor(a)/educador(a)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		Auxiliar/Cuidador(a) para cuidados personales en ABVD	No	No	No	No	No	No	Sí
	Personal compartible entre varios servicios	Trabajador(a) social		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		Psicólogo(a)/pedagogo(a)/ o técnico(a) de inclusión social		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		Terapeuta ocupacional		Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
		Fisioterapeuta		No	No	No	Sí	Sí	No
		Logopeda		Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
		Responsable de centro		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
At. a trastornos de conducta	ICAP Nivel 1: Normal (+10 a -10)		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	ICAP Nivel 2: Levemente grave (-11 a -20)		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
	ICAP Nivel 3: Moderadamente grave (-21 a -30)		No	No	No	Sí	Sí	No	
	ICAP Nivel 4: Grave (-31 a -40)		No	No	No	No	Sí	No	
	ICAP Nivel 5: Muy grave (-41 y menos)		No	No	No	No	No	No	
A continuación, se describe la atención sanitaria a prestar IN SITU que se propone para el FUTURO (para conocer la situación actual, consultar los apartados 4.3.1. y 4.3.2.). En todos los casos, tanto cuando se prevé su prestación in situ como cuando no, se considera que la atención sanitaria deberá ser asumida por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.									
Cuidado de la salud y atención sanitaria	General (preventiva y seguimiento)		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Atención médica especializada (Neurología/Psiquiatría)		No	No	No	No	No	No	No
	Atención sanitaria no especializada	Atención de enfermería	No	No	No	Sí	No	No	No
		Atención médica	No	No	No	No	No	No	No
Personal sanitario	Personal específicamente asignado al servicio	Enfermero/a	No	No	No	Sí	No	No	No
		Médico/a no especialista	No	No	No	No	No	No	No
	Personal compartible entre varios servicios	Médico/a especialista en Neurología	No	No	No	No	No	No	No
Médico/a especialista en Psiquiatría		No	No	No	No	No	No	No	

*En vacaciones deberá existir la posibilidad de atender a las personas que así lo requieran. En función del número de personas que presenten esta necesidad, podrán articularse soluciones mixtas que atiendan a personas con distintos tipos de discapacidad.

4.3.4. Especificidades de las distintas modalidades de programas ocupacionales

Como se ha indicado anteriormente, los servicios ocupacionales se prestan en el marco de 3 programas diferenciados en función, básicamente, de su proximidad al empleo, entendida esta última como dedicación de las personas usuarias a actividades productivas: programa de promoción hacia el empleo, programa de actividad productiva alta y programa de actividad productiva media.

Complementariamente, se aplica, con carácter transversal —es decir, a todas las personas usuarias de los servicios ocupacionales, independientemente del programa en el que se inserten— un programa centrado en actividades de desarrollo personal y social, cuya intensidad es mayor en el marco del programa de actividad productiva media y menor en los programas de mayor dedicación a la actividad productiva.

A continuación se describen las principales especificidades de cada uno de los programas⁹. Conviene leer esta tabla en relación con la tabla comparativa entre centros de día y centros ocupacionales contenida en el apartado 4.3.1 y en relación también con la tabla matriz de características básicas del apartado 4.3.5.

ESPECIFICIDADES DE LOS PROGRAMAS OCUPACIONALES		
Programa de Promoción hacia el Empleo	Programa de Actividad Productiva Alta	Programa de Actividad Productiva Media
Personas usuarias		
<ul style="list-style-type: none"> Se dirige a personas con capacidad, competencias personales y motivación como para poder acceder a un CEE, que precisan, para ese acceso, de un ajuste laboral, personal y social. Se trata de un colectivo que requiere de un recurso formativo que facilita el tránsito hacia el empleo. 	<ul style="list-style-type: none"> Se dirige a personas que no han podido —o no han querido— acceder a un CEE ni se prevé que, dadas sus características, puedan hacerlo a medio plazo, pero que tienen suficiente nivel de autonomía para participar en un programa ocupacional que exige un determinado rendimiento productivo, una adaptación a determinadas rutinas, horarios, etc., que les aporta una certidumbre y una actividad que colaboran a dar una forma de vida suficientemente satisfactoria. 	<ul style="list-style-type: none"> Personas que, pudiendo estar en el programa de actividad productiva alta (columna anterior), no se enmarcan en él porque el peso de lo productivo es excesivo por algún motivo, bien sea por razones de edad, por razones de carácter psico-social o por preferencia propia. La persona accede, en el marco de este programa, a una oferta de actividades -de ajuste personal y social- de mayor peso en el conjunto de las actividades desarrolladas. Las personas que acceden a este programa pueden proceder de un programa de más alta productividad o incluso de un programa de empleo protegido y mantienen el interés en la actividad productiva, o, por el contrario, pueden encontrarse en una fase inicial de avance hacia una mayor actividad productiva.

⁹ La descripción de las personas usuarias y de los contenidos de los tres programas de actividad se toma del “Modelo de Atención en centros ocupacionales para personas con discapacidad y personas con trastorno mental” elaborado en fechas recientes por el Servicio de Inserción Social, Atención a las Mujeres Víctimas de la Violencia Machista y Urgencias Sociales del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, en colaboración con las entidades gestoras de servicios y centros ocupacionales. Se introducen únicamente algunas adaptaciones gráficas para facilitar su comprensión.

ESPECIFICIDADES DE LOS PROGRAMAS OCUPACIONALES

Contenido de los programas

- Consiste en la preparación y capacitación de las personas usuarias para el acceso y el mantenimiento de un puesto de trabajo dentro del empleo protegido (Centro Especial de Empleo) y/o en el mercado ordinario de trabajo, que se constituye en objetivo esencial del servicio ocupacional y del itinerario socio-laboral de muchas personas usuarias.
- En su marco:
 - Se desarrollan programas de capacitación avanzada para potenciar la empleabilidad y las oportunidades de promoción de las personas usuarias.
 - Se aplican sistemas y herramientas específicos de evaluación del desempeño laboral de las personas usuarias.
 - Se promueve una cultura proactiva a favor de la inclusión e inserción laboral de las personas en el medio ordinario de trabajo, activando protocolos y programas específicos que se desarrollan con formatos diversos (prácticas en empresas ordinarias, contratación directa con apoyo..) en función de las necesidades y demandas de las personas.
- Consiste en la realización de actividades ocupacionales (no laborales) en torno a la actividad productiva, educativa y formativa o cultural, con el objeto de promover el mantenimiento del nivel de autonomía, la prevención del deterioro y, en su caso, la recuperación de capacidades y habilidades.
- Uno de los ejes principales de los itinerarios socio-laborales es el desarrollo y la planificación de los procesos de formación y capacitación sociolaboral de las personas. Su objetivo es favorecer la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para el desempeño de la actividad y para un funcionamiento eficaz en el entorno socio-laboral:
 - Los planes de formación se establecen con una frecuencia anual y abordan necesidades individuales y colectivas de formación.
 - Se utilizan soportes y metodologías específicas para la detección de estas necesidades y para la determinación de los objetivos y actuaciones a implementar.
 - Se propone un plan de trabajo a la persona, estimulando su participación, opinión e implicación.
 - Se establece el sistema de evaluación y seguimiento de los objetivos y acciones a desarrollar.
 - A lo largo del año, se van implementando las acciones de formación previstas, en un proceso continuo de revisión y ajuste de las mismas.
- Consiste en la realización de actividades ocupacionales (no laborales) en torno a la actividad productiva, educativa y formativa o cultural, con el objeto de promover el mantenimiento del nivel de autonomía, la prevención del deterioro y, en su caso, la recuperación de capacidades y habilidades.

Programa transversal: Programa de Desarrollo Personal y Social

El Programa Transversal de Desarrollo Personal y Social constituye una diversificación del programa ocupacional hacia actividades no productivas respondiendo, en un marco de personalización de apoyos y servicios, a los deseos y aspiraciones personales de las personas usuarias:

- Permite dar una respuesta individual a los compromisos adquiridos en los planes individualizados de cada persona, que implican contenidos de carácter productivo y no productivo y la participación en diversos entornos.
- Se basa en contenidos diversos de carácter social o cultural, que se desarrollan en grupo con el objetivo de impulsar la comunicación, participación, el conocimiento y el desarrollo de la opinión propia y el interés personal.
- Se apoya en espacios donde la persona tenga la oportunidad de realizar actividades relacionadas con sus intereses personales.
- Ofrece oportunidades y apoyo para un acceso directo a la oferta comunitaria, ofreciendo nuevas oportunidades de participación activa en la vida social en actividades culturales, en otras actividades productivas en servicios ocupacionales, en servicios integrados en el entorno natural cercano o en la comunidad.
- Posibilita actividades físicas prácticas de prevención y mantenimiento de la salud en el entorno laboral (higiene postural, prevención de riesgos laborales, primeros auxilios)

4.3.5. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS PARA SERVICIOS-TIPO DE CENTROS OCUPACIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL (por programas)

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS		Programa de promoción hacia el empleo	Programa de actividad productiva alta	Programa de actividad productiva media	
Nivel de apoyo	Se ofrecen conjuntamente los siguientes niveles de apoyo:	Apoyo intermitente	Sí	Sí	Sí
		Apoyo limitado	Sí	Sí	Sí
		Apoyo extenso	Sí	Sí	Sí
		Apoyo generalizado	No	No	No
		Apoyo especial	No	No	No
Perfil de capacitación laboral		Personas con capacidad, competencias personales y motivación como para poder acceder a un CEE y que precisan, para ese acceso, de un ajuste laboral, personal y social. Es un colectivo que requiere de un recurso formativo que facilita el tránsito hacia el empleo.	Personas que no han podido –o no han querido- acceder a un CEE ni se prevé que, dadas sus características, puedan hacerlo a medio plazo, pero que tienen suficiente nivel de autonomía para participar en un programa ocupacional que exige un determinado rendimiento productivo, una adaptación a determinadas rutinas, horarios, etc, que les aporta una certidumbre y una actividad que colaboran a dar una forma de vida suficientemente satisfactoria.	Personas que, pudiendo estar en el programa de actividad productiva alta (columna anterior), no se enmarcan en él porque el peso de lo productivo es excesivo por algún motivo, bien sea por razones de edad, por razones de carácter psico-social o por preferencia propia, beneficiándose en el marco de este programa de una oferta de actividades -de ajuste personal y social- de mayor peso en el conjunto. Estas personas pueden proceder de un programa de más alta productividad o incluso de un programa de empleo protegido o, por el contrario, pueden encontrarse en una fase inicial de avance hacia una mayor actividad productiva.	
Personas usuarias	Se atiende conjuntamente a los siguientes colectivos:	Personas con Discapacidad Intelectual	Sí	Sí	Sí
		Personas con Trastorno del Espectro Autista	Sí	Sí	Sí
		Personas con Trastorno Mental	Sí	Sí	Sí
		Personas con Discapacidad Mixta	Sí	Sí	Sí
Capacidad máxima	Capacidad aproximada por centro (hay otros entornos distintos de los centros)	80	80	80	
Calendario de apertura	De lunes a viernes	Sí	Sí	Sí	
	Fines de semana	No	No	No	
	Periodos vacacionales	No	No	No	
Servicios hosteleros	Alimentación (comida)	Sí	Sí	Sí	
	Transporte	Cuando resulte necesario por las dificultades de movilidad de las personas usuarias y/o las dificultades de acceso al servicio ocupacional mediante transporte público.			
Descripción del servicio	Actividad productiva como medio para la consecución del bienestar personal y social	Alta (aproximadamente 85% del tiempo)	Alta (aproximadamente 85% del tiempo)	Media (aproximadamente 50% del tiempo)	
	Programa de desarrollo personal y social (Programa transversal)	Intensidad media-baja	Intensidad media	Intensidad alta	
	Gratificación	Económica	Económica	Económica y/o en especie	
	Entornos (industrial, servicios, agricultura)	Industrial y Servicios (jardinería, limpieza, audiovisuales, horticultura, auxiliar administrativo, reciclaje etc.....)	Industrial y Servicios (jardinería, limpieza, audiovisuales, horticultura, auxiliar administrativo, reciclaje etc.....)	Industrial Rural	
	Ámbito	Los programas ocupacionales pueden darse en diversos ámbitos: en algunos casos se enmarcan exclusivamente en el ámbito de los servicios sociales; en otros casos pueden integrarse en estructuras del ámbito del empleo: ya sea protegido –cuando se enmarcan en un CEE-, ya sea en el medio ordinario –cuando se enmarcan, sin perder su naturaleza ocupacional, en una estructura del mercado ordinario de trabajo (bien en una administración, bien en una empresa)			
	Opción de tránsito hacia más actividad productiva (tanto dentro del propio programa ocupacional como hacia el empleo)	Sí	Sí	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, en el caso de las personas que se encuentran en una fase inicial de avance hacia una mayor actividad productiva ▪ No, en el caso de las personas que proceden un programa de más alta productividad 	
Apoyos personalizados	Formación como herramienta (cursos de formación)	Sí	Sí	Sí	
	Acogida	Sí	Sí	Sí	
	Planificación individualizada de apoyos desde el enfoque de la Planificación Centrada en la Persona	Sí	Sí	Sí	
	Desarrollo personal y social	Sí	Sí	Sí	
	Vida comunitaria	Baja	Baja	Media	
	Empleo, formación, educación	Apoyo en desarrollo formativo-laboral (planes de formación individualizados de carácter anual)	Sí	Sí	Sí
		Accesibilidad y adaptaciones técnicas necesarias para el desarrollo de los programas	Sí. Existe un equipo estable dedicado exclusivamente a adaptaciones de entornos, procesos, puestos etc... con el objeto de lograr la integración sociolaboral de las personas con discapacidad de mayores necesidades de apoyo		
Coordinación con los servicios de alojamiento y con servicios de apoyo en el domicilio	Sí	Sí	Sí		

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS				Programa de promoción hacia el empleo	Programa de actividad productiva alta	Programa de actividad productiva media
Tipo de personal de apoyo	Personal de apoyo de la rama social	Personal específicamente asignado al servicio	Monitor(a) /Educador (a)	Sí	Sí	Sí
		Personal compartible entre varios servicios	Responsable de centro	Sí	Sí	Sí
	Personal de apoyo de la rama técnica	Personal específicamente asignado al servicio	Ingeniero(a) técnico	Sí	Sí	En función del tipo de actividad
			Ingeniero(a) superior	Sí	Sí	En función del tipo de actividad
	Estructuras de apoyo	Personal compartible entre varios servicios	Trabajador(a) Social	Sí	Sí	Sí
			Psicólogo (a)	Sí	Sí	Sí
			Pedagogo(a)	Sí	Sí	Sí
			Técnico /a) de inserción social (o perfil análogo)	Sí	Sí	Sí
			Técnico/a de adaptación del medio	Sí	Sí	Sí
			Técnico/a de formación	Sí	Sí	Sí
At. A trastornos de conducta	Atención a trastorno de conducta normal (ICAP Nivel 1)		Sí	Sí	Sí	
	Atención a trastorno de conducta levemente grave (ICAP Nivel 2)		Sí	Sí	Sí	
	Atención a trastorno de conducta moderado (ICAP Nivel 3)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No, si dicho nivel de gravedad se presenta en el momento del acceso. ▪ Sí, en caso de que la persona alcance dicho nivel mientras es usuaria del servicio. 			
	Atención a trastorno de conducta grave (ICAP Nivel 4)		No	No	No	
	Atención a trastorno de conducta muy grave (ICAP Nivel 5)		No	No	No	
A continuación, se describe la atención sanitaria a prestar IN SITU que se propone para el FUTURO (para conocer la situación actual, consultar el apartado 4.3.1.).						
En todos los casos, tanto cuando se prevé su prestación in situ como cuando no, se considera que la atención sanitaria deberá ser asumida por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.						
Cuidado de la salud y atención sanitaria	Atención General Preventiva y de Seguimiento (colaboración con Centros de Salud Mental, Colaboración con centros o agentes especializados)		Sí	Sí	Sí	
	Atención sanitaria no especializada (de enfermería)	Atención de enfermería	Sí	Sí	Sí	
		Atención médica	No	No	No	
Atención Médica Especializada (neurología, psiquiatría)		No	No	No		
Tipo de personal sanitario	Enfermero/a		Sí	Sí	Sí	
	Médico/a no especialista		No	No	No	
	Médico especialista (psiquiatra y neurólogo/a)		No	No	No	

5. IMPACTO EN LA VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS: APLICACIÓN DE NUEVOS INSTRUMENTOS

Como se ha visto en el apartado 4, para la ordenación de la red de servicios, se ha recurrido a la introducción de nuevas variables: la intensidad de apoyo requerida, la existencia o no de trastornos de conducta y su nivel de gravedad, y la existencia o no de necesidades de atención sanitaria y el tipo de atención sanitaria requerido *in situ*. Estas nuevas variables plantean la necesidad de que, en la valoración de las necesidades de las personas con discapacidad o con trastorno mental con vistas a su orientación hacia unos u otros recursos, se apliquen instrumentos susceptibles de valorar esos aspectos.

Estos instrumentos se aplicarían complementariamente a los que ya se aplican en la actualidad para la valoración de las necesidades de las personas —a saber, la valoración orientada a la determinación del grado de discapacidad y la valoración de la dependencia en base al BVD—, dado que estos últimos se utilizan para fines de reconocimiento oficial de una situación de necesidad, reconocimiento que se configura como un requisito de acceso a determinados derechos (acceso a servicios sociales y a otros beneficios como desgravaciones fiscales o tarjeta de estacionamiento, en el primer caso, y acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en el caso del BVD).

En la selección de los instrumentos idóneos en relación con la valoración de las nuevas variables, el Grupo ha considerado fundamental que respondan, en lo posible, a los siguientes criterios:

- Ser instrumentos de fácil y rápida aplicación, en la medida en que su utilización obedece a un objetivo de orientación, no a una finalidad de intervención.
- Ser instrumentos que puedan ser respondidos o cumplimentados:
 - bien en base a la información contenida en los informes de referencia (informes sociales, informe de salud);
 - bien por una persona de referencia en el centro de día, en el centro ocupacional o en el servicio de alojamiento, cuando ya esté siendo atendida en alguno de estos servicios en el momento de proceder a la nueva orientación;
 - bien por la persona cuidadora, cuando se trate de una persona usuaria que accede por primera vez a la red foral.
- Ser instrumentos validados, con el fin de que el resultado obtenido con su aplicación pueda no sólo servir de base a la orientación, sino también fundamentar una derivación a un servicio sociosanitario o, en su caso, a un servicio sanitario.

Desde esta perspectiva, se estima que la Escala de Intensidad de Apoyos (Escala SIS) constituye un instrumento de referencia idóneo, ya que permite valorar todas las variables mencionadas: por un lado, permite valorar las necesidades de apoyo y determinar la intensidad de apoyo requerido para las actividades generales; por otro, su Sección 3 A permite valorar necesidades excepcionales de apoyo médicas; y, por último, su Sección 3B permite valorar necesidades de apoyo conductuales. Presenta también a su favor su brevedad, el hecho de ser un instrumento de creación bastante reciente y su amplia aceptación y aplicación en el sector.

Estructura básica de la Escala SIS

<p>Sección 1 ➔</p> <p style="text-align: center;">Escala de Necesidades de Apoyo</p>	<p>Parte A. Actividades de la vida en el hogar Parte B. Actividades de la vida en la comunidad Parte C. Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida Parte D. Actividades de empleo Parte E. Actividades de salud y seguridad</p>
<p>Sección 2 ➔</p> <p style="text-align: center;">Escala Suplementaria de Protección y Defensa</p>	
<p>Sección 3 ➔</p> <p style="text-align: center;">Necesidades Excepcionales de Apoyo Médicas y Conductuales</p>	<p>Sección 3 A. Necesidades de Apoyo Médicas Sección 3 B. Necesidades de Apoyo Conductuales</p>

Dadas estas ventajas, el Grupo considera adecuado adoptar la Escala SIS como escala básica de referencia¹⁰, si bien como se verá enseguida, complementada con otros instrumentos en lo referente a la valoración de los trastornos de conducta y en lo referente a las necesidades de atención sanitaria.

Como se observa en el esquema siguiente, tanto en la valoración de los trastornos conductuales como en la de las necesidades de atención sanitaria, se opta por la aplicación combinada de la SIS con otro instrumento, actuando así como filtros consecutivos, en los términos que se describen para cada supuesto:

▪ **En el caso de la valoración de los trastornos de conducta:**

- Por un lado, como filtro inicial, se aplicará la subescala de la SIS (Sección 3B) sobre “Necesidades excepcionales de apoyo conductuales”.
- A continuación, en los casos en los que, en base a la subescala de la SIS referida en el párrafo anterior, se considere la existencia de trastornos de conducta, se aplicará el ICAP-Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual¹¹ en relación con los trastornos de conducta, con el fin de determinar el nivel de gravedad de dichos trastornos:

¹⁰ Si bien la escala se elaboró tomando como base poblacional de referencia a personas con discapacidad intelectual y con trastornos del desarrollo asociados a la misma, la propia Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities—AAIDD*) señala que puede aplicarse a personas con trastorno del espectro autista, salvo en el caso de personas que tengan un funcionamiento intelectual elevado y habilidades de comunicación social también más elevadas. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Supports Intensity Scale Information. Washington, 2008. <http://aaidd.org/docs/default-source/sis-docs/latestsispresentation.pdf?sfvrsn=2>

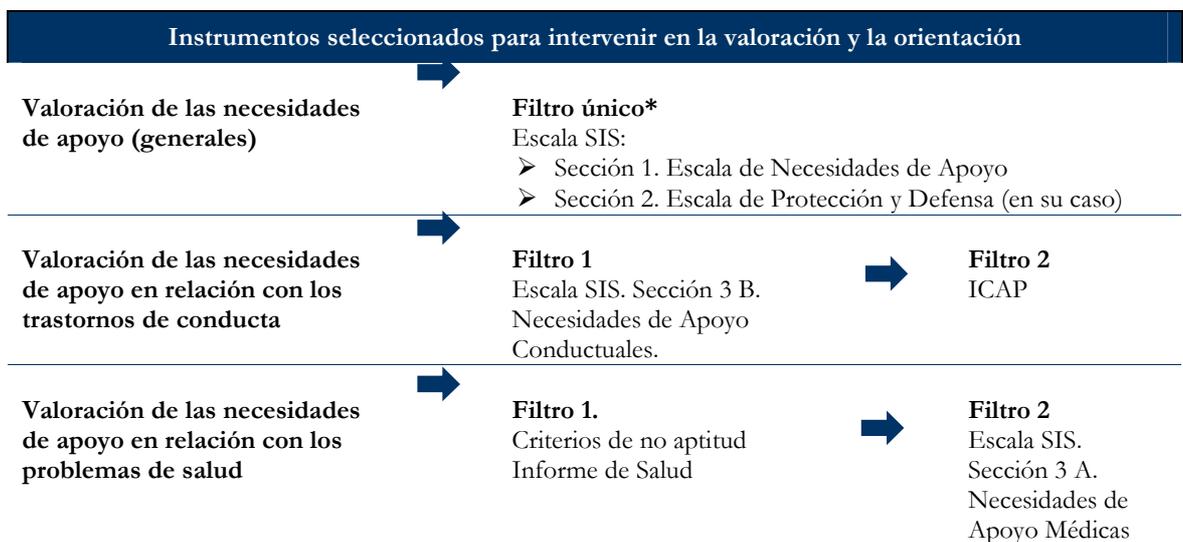
¹¹ R.H. Bruininks, B.K. Hill, R.F. Weatherman, R.W. Woodcock. ICAP. “*Inventory for Client and Agency Planning*”. DLM Teaching Resources, Allen, TX, 1986.
 D, Montero Centeno. “*Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*”. Departamento de Investigación y Evaluación Educativa. ICE de la Universidad de Deusto, Bilbao, 1993.

- ICAP Nivel 1: Normal (+10 a -10)
- ICAP Nivel 2: Levemente grave (-11 a -20)
- ICAP Nivel 3: Moderadamente grave (-21 a -30)
- ICAP Nivel 4: Grave (-31 a -40)
- ICAP Nivel 5: Muy grave (-41 y menos)

En función de cuál sea el nivel de gravedad del trastorno de conducta resultante de la aplicación del ICAP, se determinará la orientación de la persona valorada hacia una de las modalidades de servicio que, por sus características, puede atender ese nivel de trastorno de conducta, de acuerdo con lo previsto en la ordenación de la red de servicios descrita en el apartado 4. Si existieran varios servicios susceptibles de atender dicho nivel de trastorno de conducta, la orientación hacia uno u otro dependerá de qué otras necesidades asociadas presenta esa persona y del nivel de apoyo requerido para las mismas, dando siempre preferencia, de entre las alternativas susceptibles de responder a dichas necesidades, a las más integradoras y normalizadoras.

▪ **En el caso de la valoración de las necesidades de atención sanitaria:**

- Por un lado, como filtro inicial, se valorará la información contenida en el Informe de Salud y se aplicará un set de criterios de no aptitud, elaborados a nivel interno por el Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, en base a los cuales se determinará si las necesidades de salud de la persona valorada pueden atenderse desde el Sistema de Servicios Sociales (en concreto, desde la red foral de servicios sociales) o si por el contrario su naturaleza y/o intensidad determinan que deban ser atendidas en la red sanitaria.
- A las personas cuyas necesidades sí puedan atenderse en el Sistema de Servicios Sociales en base al resultado obtenido con la aplicación del filtro inicial, se aplicará subescala de la SIS (Sección 3A) sobre “Necesidades excepcionales de apoyo médicas”. Esta subescala permitirá determinar si las necesidades de salud de la persona requieren que la misma sea atendida en una residencia de apoyo especial: atención sanitaria intensa, o si puede ser atendida en otros servicios de alojamiento de la red foral.



*Sin perjuicio de aplicar el BVD.

PARTE IV

PROPUESTAS DE **A**CTUACIÓN

6. PROPUESTAS DE PLANIFICACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN

En base al diagnóstico general de la situación y con vistas al afianzamiento del modelo de atención descrito, se proponen, en el ámbito de la planificación, las siguientes líneas prioritarias de actuación. Dichas líneas se integran las previsiones contenidas en el Borrador de Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa para el período 2014-2017, sin perjuicio de que, con posterioridad, se prosigan los esfuerzos más allá de dichas previsiones prioritarias.

6.1. Propuestas de planificación en relación con la atención en servicios de alojamiento, de día y ocupacionales.

Propuesta 1. Ampliación progresiva de horarios y calendarios de los servicios de alojamiento y de centros de día para adaptarse a las nuevas realidades familiares y laborales.

Para finales del año 2018:

- Todos los servicios de alojamiento (tanto en la modalidad de vivienda con apoyo como en la como en la modalidad de residencia) deberán estar abiertos los 365 días del año.
- Todos los centros de día deberán ampliar su calendario en un 10% con respecto a la situación actual.

Propuesta 2. Apertura de nuevos servicios para perfiles de especial complejidad.

Estos perfiles son numéricamente reducidos pero precisan modelos de intervención específicos. Se trata en particular de:

- Personas con patología dual.
- Personas menores de edad con trastorno mental y necesidades de apoyo que superan las posibilidades ofrecidas por la atención ordinaria en el medio escolar.
- Personas con discapacidad intelectual leve y/o moderada, que pueden presentar trastorno mental y trastorno de conducta con necesidades de apoyo extenso y de atención 24 horas.

Propuesta 3. Ampliación de plazas para afrontar el debilitamiento del apoyo familiar y el envejecimiento de la población afectada

Para hacer frente a los retos planteados por el debilitamiento del apoyo familiar y por el envejecimiento de la población afectada, el Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa plantea los siguientes crecimientos:

- Servicios de alojamiento (viviendas con apoyo y residencias): 68 plazas para personas con discapacidad y 62 para personas con trastorno mental grave.
- Centros de día: 41 plazas para personas con discapacidad. En el ámbito del trastorno mental grave no se prevé ningún incremento.
- Centros ocupacionales: 30 plazas más (sin distinción entre colectivos).

Propuesta 4. Descentralización territorial de servicios para la atención de personas con trastornos del desarrollo y específicamente para la atención de personas con trastorno del espectro autista.

Una parte de las plazas referidas en la propuesta 3, deberán abrirse obligatoriamente en comarcas que actualmente carecen de servicios para personas

con trastorno del espectro autista.

6.2. Propuestas de planificación en relación con los programas de apoyo en el domicilio.

Propuesta 5. *Reforzamiento de los servicios en el ámbito de la atención temprana.*

Para 2017 los recursos asignados a este servicio deben permitir cuadruplicar la cobertura de la atención prevista actualmente por este servicio.

Propuesta 6. *Ampliación de las plazas de alojamiento destinadas a “respiro” o estancia temporal.*

Para 2017 es necesario contar con 20 plazas de respiro o estancia temporal, principalmente para la atención de personas con trastorno del espectro autista, personas con trastorno mental y personas con discapacidad mixta.

Propuesta 7. *Actuaciones en relación a los Programas de Apoyo a las Familias y de Atención en el Domicilio desarrollados por las entidades:*

En relación con los Programas de Apoyo a las Familias y de Atención en el Domicilio desarrollados por las entidades deben desarrollarse las siguientes actuaciones:

- Clarificar y delimitar el nivel competencial de estos programas con los Ayuntamientos.
- Elaborar y consensuar con los Ayuntamientos y las entidades gestoras un mapa de cobertura de servicios.
- Incorporar profesionales de referencia para estos programas (Ayuntamientos, Diputación y Entidades).

Propuesta 8. *Ampliación del Programa de Apoyo para la Vida Independiente.*

En relación con el Programa de Apoyo para la Vida Independiente —cuya nueva regulación está a punto de aprobarse y publicarse a fecha de cierre de este documento—, deberá hacerse un esfuerzo para incrementar su cobertura mediante las siguientes actuaciones:

- Abrir el acceso a personas que actualmente integran el programa SOLOS de Atzegi.
- Facilitar procesos de desinstitucionalización.
- Acoger a personas que actualmente perciben la Prestación de Asistencia Personal.

Propuesta 9. *Ampliación de la cobertura del Programa Psicoeducativo a Domicilio a Personas con Trastorno Mental.*

- El Programa Psicoeducativo a Domicilio a Personas con Trastorno Mental deberá ampliarse para dar cobertura a 20 casos más.

7. PROPUESTAS DE ORGANIZACIÓN

El Modelo de Atención descrito en este documento conlleva una serie de cambios organizativos que es indispensable impulsar para que dicho Modelo pueda implantarse y afianzarse de forma efectiva. Las siguientes propuestas se orientan hacia esa finalidad.

Propuesta 10. *Estructuración de la responsabilidad pública en relación con la provisión de servicios y prestaciones recogidos en el Catálogo de la Ley de Servicios Sociales vigente.*

La estructuración de la responsabilidad pública en relación con la provisión de servicios y prestaciones del Catálogo contenido en el artículo 22 de la Ley de Servicios Sociales requerirá las siguientes actuaciones:

- La regulación por parte del Gobierno Vasco de los requisitos materiales, funcionales y de personal, exigibles a los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, para su autorización, homologación e inspección.
- La regulación de los requisitos y de los procedimientos de acceso a dichos servicios por parte de la Diputación Foral de Gipuzkoa y la regulación de la participación económica de la persona usuaria a nivel autonómico por el Gobierno Vasco, o, subsidiariamente, por la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- El establecimiento de tarifas de concertación, contratación o convenio adecuadas a la definición de los servicios y al coste de los mismos, sobre la base de conceptos homogéneos de referencia.

Propuesta 11. *Incremento de la presencia del ámbito de la atención a la discapacidad y al trastorno mental en el marco de la coordinación sociosanitaria.*

Con el fin de incrementar la presencia del ámbito de la atención a la discapacidad y al trastorno mental en el marco de la coordinación sociosanitaria será necesario desarrollar las siguientes actuaciones:

- Delimitar el tipo de necesidades sanitarias que deberán cubrir los servicios sociales en la red de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental, las que estarían mejor cubiertas en la red sociosanitaria y las que deberán cubrirse en la red sanitaria.
- Cuantificar estas necesidades en términos de población afectada y recursos necesarios para su atención, tanto en términos económicos como en términos de perfiles profesionales.
- Definir la forma de colaboración mediante la que Sanidad hará efectiva su obligación legal de asumir las prestaciones sanitarias provistas en el ámbito social y sociosanitario.

Propuesta 12. *Incorporación de herramientas consensuadas entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y las entidades gestoras y representativas del sector para la adecuada valoración, orientación y seguimiento de las personas usuarias de los centros.*

En el marco de este modelo, se propone la utilización, complementariamente a los instrumentos aplicados en la actualidad, de nuevos instrumentos para la valoración y definición de los apoyos necesarios a cada persona como base para la orientación a unos u otros servicios (e indirectamente para la determinación de los recursos necesarios para

cada uno de ellos). Así, se propone adoptar los siguientes instrumentos (tal y como se ha descrito en el apartado 5 de este documento):

- Para la valoración de las necesidades de apoyo, y sin perjuicio de la aplicación del BVD, se aplicaría, principalmente, la Sección 1 de la Escala SIS que contiene la Escala de Necesidades de Apoyo, en su caso complementada con su Sección 2 referida a la Escala de Protección y Defensa.
- Para la valoración de los trastornos de conducta, se aplicarían:
 - Como primer filtro, la Sección 3B de la Escala SIS sobre Necesidades de Apoyo Conductuales.
 - Como segundo filtro, el ICAP, con el fin de determinar el nivel de gravedad del trastorno de conducta.
- Para la valoración de las necesidades de apoyo en relación con los problemas de salud:
 - Como primer filtro, se aplicarían los Criterios de No Aptitud para el acceso al Sistema de Servicios Sociales, elaborados por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
 - Como segundo filtro, se aplicaría la Sección 3 A de la Escala SIS sobre Necesidades de Apoyo Médicas.

8. PROPUESTAS COMPLEMENTARIAS

Propuesta 13. *Nueva conceptualización de algunos programas calificados hasta ahora como de “ocio y tiempo libre”*

- Para reforzar el importante papel que juegan determinados programas calificados en la actualidad como de ocio y tiempo libre, en el apoyo al mantenimiento en el entorno familiar y la calidad de vida de las personas usuarias y de sus familias, se considera necesario proceder a una nueva conceptualización de los mismos que permita destacar su función de respiro.

Propuesta 14. *Consideración específica de los apoyos prestados en casos de hospitalización como prestaciones propias de los servicios de alojamiento y en consecuencia, como parte de sus costes.*

- En la actualidad, en la modalidad de vivienda con apoyos, se observa que la Atención General Preventiva y de Supervisión (en particular, el acompañamiento en casos de hospitalización) que requieren las necesidades de salud de cierto número de personas usuarias se está intensificando. Es necesario, por lo tanto, proceder a la estimación de costes asociados a ese aumento de la carga de atención, con el fin de tenerlo presente en la determinación de las tarifas para 2017.

Propuesta 15. *Traslado de instalaciones de centros de día que se prestan en condiciones físicas inadecuadas.*

- Traslado a nuevas instalaciones del Centro de Día de Azkaratenea y del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Eibar.

ANEXO 1. POSICIONAMIENTOS PARTICULARES DE LAS ENTIDADES PARTICIPANTES

POSICIONAMIENTO DE GAUTENA

CONSIDERACIONES DE GAUTENA EN TORNO A LOS DOCUMENTOS “MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL”, DE FECHA 15 DE ENERO DE 2015, Y “PROPUESTAS DE PLANIFICACIÓN”, DE FECHA 4 DE FEBRERO DE 2015.

9 de Febrero de 2015

1. Teniendo como objetivo la construcción de un documento que establezca el marco de un modelo de intervención en la discapacidad, queremos señalar con carácter previo a observaciones de índole más concreta, las siguientes consideraciones de carácter general.
El documento debe recoger con ambición el modelo de prestación de apoyos generado en el ámbito de la Discapacidad Intelectual (DI) y del Trastorno del Espectro del Autismo (en adelante TEA), o en general de la Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (DID), a lo largo de los últimos años.
Si como ha reconocido la Administración Pública al inicio de este trabajo sobre “Grupo sobre Modelo de Atención”, se reconoce la validez del modelo generado por el movimiento asociativo en la discapacidad. Se considera avanzado e innovador, y entiende que debe asumirlo, todo ello no puede ser sino para explorar las oportunidades de mejora que el mismo lleva implícitas.
Como a nadie se le escapa, el principal motor de la mejora, consiste en poner a la persona con discapacidad en el centro del discurso teórico y de la práctica de apoyo. Desde ahí, surgirán las líneas de mejora con mejor base y sostenibilidad en el tiempo.
Tenemos que conseguir que los principios del modelo de intervención se asuman de manera coherente a lo largo de todo el documento y no sólo en la parte introductoria conceptual. Ello plantea, sin duda, una elevada exigencia, que debe plasmarse en todos los niveles de concreción, desde la clasificación de los Servicios, hasta cuestiones como ratios y tarificación.
Entendemos la necesidad de la Administración Pública de orientar el futuro a partir de las realidades existentes, no siempre coincidentes entre sí. Ello no debe ser óbice para un planteamiento que establezca un horizonte de mejora para la prestación de apoyos a personas con DID hacia futuro, tomando como referencia el conocimiento más actual y acreditado en este ámbito y las mejores prácticas internacionales. A partir de ello, debería venir el plan de actuación en nuestro Territorio.
2. La propuesta debe recoger, en clave de mejora continua, la importancia de asumir los modelos de calidad que constituyen la referencia en el sector, por haber sabido conjugar en pie de igualdad el objetivo de la calidad de vida para las personas con DID y sus familias, la ética como principio inspirador de la práctica en los Servicios de apoyo, y la calidad de la gestión de las Organizaciones que proveen tales Servicios.

De nuevo, asumir este objetivo para el conjunto de la red, no puede ser un mero pronunciamiento de inicio del documento, sino un auténtico vector que inspire transversalmente la totalidad de las propuestas contenidas en el mismo.

3. Por su relación con otros tipos de documentos y normas generados por la Administración Pública, como por ejemplo los de Cartera, queremos llamar la atención sobre la necesidad de encontrar una coherencia entre todas las aproximaciones conceptuales y normativas de las Administraciones Públicas.

Entre otros aspectos, la cuestión de la composición de los equipos humanos que han de atender los Servicios nos parece muy importante, tanto en cuanto a la determinación de las categorías profesionales necesarias, como respecto al dimensionamiento de las mismas.

4. Por otra parte, en referencia a la metodología de trabajo propuesta por la Administración Foral, queremos señalar que, en nuestra opinión, debería ser complementada con procesos de participación más amplios, que complementen el perfil técnico/asistencial que la Diputación Foral explícitamente propuso, y que incorpore la opinión de las propias personas con discapacidad en la medida en que sea posible, y en todo caso, la de sus progenitores y/o representantes legales, a través, entre otros, de los órganos de gobierno de las Entidades que los representan.

5. A la hora de establecer la clasificación de los centros de alojamiento, queremos insistir en que todas las personas con Trastorno del Espectro del Autismo (en adelante TEA) que así lo requieran, incluidas aquellas con necesidades generalizadas de apoyo, pueden ser apoyadas desde Servicios de Vivienda.

No podemos trasladar a las personas con autismo y a sus familias que nos ocuparemos de ellas “mientras no tengan demasiados problemas”, caso en el que serán derivadas hacia otros dispositivos. Por ello, en nuestro planteamiento, entendemos que los Servicios de Vivienda deben contar con recursos sanitarios suficientes para poder hacer el apoyo y el seguimiento de necesidades de salud y de alteraciones de conducta, siempre y cuando éstas no impidan de manera continuada el mantenimiento de una convivencia razonable dentro del modelo de vivienda comunitaria.

6. Nos parece muy oportuno que el documento recoja las necesidades sanitarias de esta población y señale la importancia de su cuantificación y el establecimiento de fórmulas de colaboración con otros ámbitos de responsabilidad pública, como el de Sanidad.

Solo quedaría insistir en que este camino tiene que llegar a fórmulas concretas, si verdaderamente queremos mejorar el servicio a las personas a las que dirigimos nuestra atención. Las referencias genéricas a la responsabilidad de otros ámbitos -socio-sanitario; salud;...-, sin concreción operativa, resultan un planteamiento insuficiente.

7. Queremos insistir en la importancia que tiene la dimensión máxima de los Servicios. Este punto es determinante de cara al logro de la calidad de vida que se reconoce como objetivo final de los programas de intervención.

Una dimensión reducida del número de personas que viven en un recurso de vivienda, por ejemplo, es condición necesaria para plantear un programa de intervención que tenga por objetivo la calidad de vida y la normalización de las personas a las que se dirige. Decimos condición necesaria porque para que alcance su objetivo, obviamente, requerirá del concurso de otros factores, pero el de la dimensión y número de personas que habitan bajo un mismo techo es determinante y constituye un indicador inequívoco del nivel de ambición que se plantea para el sector de atención a las personas con discapacidad.

En este sentido, la modulación en unidades más pequeñas, siendo un recurso apropiado, no puede por sí misma, obviar la importancia del número total de personas apoyadas en un mismo centro.

Junto a la dimensión de los Servicios, otros aspectos tales como su “ubicación” en un entorno favorecedor de la vida en la comunidad, y las “características físicas y arquitectónicas” de las instalaciones, teniendo por objeto la normalización de las mismas, contribuyen y facilitan de manera significativa la consecución del objetivo de la calidad de vida.

8. Como se reconoce internacionalmente, todo modelo avanzado de provisión de servicios para personas con discapacidad, debe ser capaz de dar respuesta a lo largo de todo el ciclo vital de las personas a las que se dirige.

Por ello, valoramos positivamente que la propuesta recoja la necesidad de modelos de atención específicos para menores con TEA que desbordan los recursos de apoyo existentes -básicamente Tratamiento Ambulatorio y escolarización en aula estable y mantenimiento en su medio familiar-.

Consideraríamos oportuno que se concrete la necesidad de servicios específicos y diferenciados para menores con TEA en los que se den estas circunstancias.

9. Del mismo modo a como se razona en el punto anterior, valoramos positivamente que se haga referencia a la problemática del envejecimiento de la población con discapacidad.

En la medida en que anticipamos que las necesidades de apoyo de las personas con TEA en proceso de envejecimiento van a ser diferentes a las de otras etapas de su vida, reivindicamos aquí, del mismo modo a como hemos hecho en el punto anterior, la necesidad de avanzar hacia un diseño específico para estas personas.

La realidad de las personas a las que apoyamos, empieza a hacer urgente esta cuestión, que afectará, entre otros, a la comprensión del programa de intervención, a las características físicas de los edificios e instalaciones -abogándose o bien por ir hacia el diseño de servicios de nueva planta o, en su caso, por la remodelación de algunos de los existentes-, y a la determinación de los soportes de salud requeridos.

10. Nos parece razonable que la conducta muy grave, cuando se manifiesta como algo que se mantiene en el tiempo, deba ser atendida por el ámbito de la salud mental. Queremos indicar, no obstante, que según algunos estudios la problemática de salud mental se encuentra en al menos un 33% de las personas con discapacidad intelectual, siendo aún más elevada en el TEA. No obstante, conviene señalar que la experiencia indica que, a lo largo de los años, han sido escasos los casos de personas con DI o TEA que por la problemática derivada de su componente de salud mental, han acabado siendo orientadas hacia el área de la salud mental.

11. Nos parece entender que el documento abre una puerta a la utilización de recursos genéricos o de aquéllos que suelen ser denominados como “polivalentes”, para las personas con Discapacidad Intelectual y, en su caso, con TEA. En este punto queremos mostrar nuestra disconformidad con este planteamiento, que no hace parte del modelo de intervención generado en el ámbito de la discapacidad intelectual o del desarrollo, que la Administración Pública pretende asumir como suyo.

En nuestra opinión, la utilización de recursos genéricos o de recursos polivalentes, difícilmente sería coherente con los principios que se recogen en la primera parte del documento Modelo de Atención, en relación a los principios conceptuales que orientan la actuación en el sector de la discapacidad.

12. Valoramos positivamente que el documento establezca como objetivo el incremento de días de apertura de Servicios Residenciales (incluyendo viviendas) y de atención diurna.

Es necesario aquí recordar que cuando los Servicios de Vivienda se abren en días no lectivos o no laborables, el número de horas de servicio se incrementan hasta cubrir una atención de 24 horas, lo que deberá ser contemplado en las propuestas concretas de incremento.

El incremento adicional de días de apertura en Servicios de Día, por su parte, debería permitir ofrecer una cobertura continuada a lo largo de todo el año a las personas con discapacidad que lo requirieran, en particular en periodos vacacionales.

- 13.** Valoramos positivamente que se establezca como objetivo el incremento de la actual cobertura en atención temprana.

Como venimos trasladando desde hace tiempo, sin éxito hasta el momento, ante el Departamento para la Política Social (DFG) y ante el Departamento de Salud (Gobierno Vasco), de modo similar a como ocurre en la práctica internacional en países de nuestro entorno, desde comienzos de este siglo XXI se viene produciendo un notable incremento en el diagnóstico de casos con TEA. Ocurre ello al mismo tiempo, que en este incremento de casos aparecen con mayor frecuencia personas con perfiles de necesidad de apoyo intermedios y limitados.

El incremento de casos y la aparición de nuevos perfiles de necesidad, demandan respuestas nuevas y adaptadas, que Organizaciones como GAUTENA no han desarrollado hasta ahora, o solo de manera incipiente.

Entre otras líneas de intervención que será preciso promover, queda clara, por tanto, la necesidad de reforzar los Servicios de Atención Temprana y los de Apoyo a Familias.

- 14.** Valoramos positivamente que la propuesta establezca como objetivo la descentralización territorial de servicios para personas con TEA.

En este punto queremos señalar que las respuestas comarcales para estas personas deben contemplar simultáneamente las necesidades en cuanto a la atención diurna y en cuanto al alojamiento.

En nuestra opinión, sería deseable que la identificación de lugares en los que ese despliegue vaya a tener lugar corresponda prioritariamente a una planificación en la que primen los criterios establecidos desde el área de Política Social de Diputación Foral de Gipuzkoa, contando con la opinión de GAUTENA. En segunda instancia, sería deseable, que tal descentralización pudiera encajar con el despliegue de recursos públicos de día y de vivienda en el Territorio.

- 15.** Valoramos positivamente que se recoja el objetivo de incremento de los Servicios de Respiro.

En este punto nos gustaría subrayar nuestra posición en cuanto a que estos Servicios se lleven a cabo en instalaciones específicas y diferenciadas de los Servicios de Vivienda. Son diversos los argumentos que cabe utilizar para recomendar la diferenciación de ambos tipos de Servicios a partir, entre otros, de criterios basados en la personalización de las respuestas.

- 16.** Valoramos positivamente que se reconozca la necesidad de incorporar nuevos profesionales a los programas de Apoyo a Familias. Hacer aquí un llamamiento a que la necesaria participación de otros ámbitos -Administración Local, Diputación, Entidades-, no sirva de argumento para la inacción desde el ámbito foral.

En el caso de GAUTENA, queremos señalar que hay, al menos, dos realidades que demandan hace tiempo, una debida respuesta.

Por un lado, la respuesta desde el Servicio de Apoyo a Familias a la creciente demanda y nuevos perfiles de necesidad que se viene generando.

Por otro lado, la necesidad de contar con un profesional que trabaje el área del Ocio y la Participación Social, profesional del que no dispone GAUTENA.

17. Consideramos muy positivo el refuerzo de programas para la vida independiente y solicitaríamos que a futuro se tengan en cuenta en los mismos no solo realidades ya existentes sino el potencial desarrollo de tales líneas de apoyo para personas con TEA y en particular para aquellas personas con autismo de alto nivel de funcionamiento y personas con Síndrome de Asperger, subgrupos que pueden llegar a suponer hasta el 40 % de las personas con TEA.

18. Valoramos positivamente la necesidad de reconceptualizar el ámbito de actuación y el conjunto de actividades que hasta ahora han venido a englobarse bajo la denominación de Programas de Ocio y Tiempo Libre.

Efectivamente, como se ha tenido ocasión de defender a lo largo de los años, estos programas cubren importantes lagunas que dejan otros programas de intervención, apoyan a la persona con discapacidad y a su familia en un número importante de horas a lo largo del año, y son determinantes a la hora de favorecer la participación social de la persona con discapacidad. Son, desde luego, mucho más que ocio, en el sentido limitado y casi prescindible que pudiera tener en la persona que no necesita apoyos extraordinarios para el desenvolvimiento de su vida.

Por todo ello, conscientes de su alta importancia, ofrecemos nuestra colaboración para acordar una nueva conceptualización y, en su caso, denominación de los mismos, revisando el espectro de líneas de actuación y deseablemente reforzándolo.

19. Valorar positivamente que el documento recoja las situaciones de hospitalización y en particular hospitalización prolongada y convalecencia de personas acogidas en servicios de vivienda, conceptualizándolas como situaciones a atender y contemplar económicamente desde la financiación de las plazas de vivienda.

Podría ser interesante en este punto avanzar hacia una propuesta de corresponsabilidad - cuando fuera viable- con la familia del usuario.

20. Valorar positivamente que la propuesta recoja la necesidad del traslado del Centro de Atención de Día de Azkarate Enea, al no reunir éste condiciones adecuadas a tal fin.

Nos gustaría señalar aquí la necesidad de que se habiliten los apoyos públicos suficientes para que ese traslado pueda llevarse a término sin que suponga un coste económico recurrente para el que GAUTENA no dispone de financiación.

Por otra parte, en cuanto a los Servicios de Atención de Día para personas con TEA, el modelo debería avanzar en la diferenciación de dos modalidades que en la práctica se vienen diferenciando.

Por un lado, los Centros de Día, dirigidos a una población con mayores necesidades de apoyo, que requieren centros específicos, y por otro lado, las Unidades Integradas en la Comunidad, que se dirigen a personas con un mayor grado de autonomía, que pueden beneficiarse de una mayor presencia y contacto en la comunidad.

A este respecto, sería necesaria una revisión de las orientaciones de los usuarios a una y otra modalidad de servicio, así como del número de plazas necesarias en cada una de ellas.

21. Indicar que en la propuesta de incremento de plazas que se hace en el documento “Propuestas de planificación”, nos parece que puede ser corta respecto a las necesidades reales, sugiriendo se reconsidere.

POSICIONAMIENTO DE ELKARTU

elkartu (Federación Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Gipuzkoa/Gipuzkoako Gutxitasun Fisikoaduten Pertsonen Federazio Koordinatzailea) es una entidad un lucrativa, declarada de utilidad pública, que trabaja desde la acción conjunta y coordinada del movimiento asociativo por la plena integración y participación social de las personas con discapacidad física en una sociedad más accesible e inclusiva.

La Federación representa al colectivo de personas con discapacidad física de Gipuzkoa en todos aquellos órganos consultivos, foros y plataformas sociales de ámbito municipal, territorial, autonómico y estatal donde se aborden cuestiones que, desde una visión transversal, tengan incidencia en los derechos y en la calidad de vida de las personas con discapacidad.

En este marco, **elkartu** participó en el pleno del Consejo de Personas con Discapacidad de Gipuzkoa celebrado el pasado 15 de mayo, donde se presentó el documento que tiene por objeto definir el “Modelo de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental”, ofreciéndose la posibilidad de presentar aportaciones a aquellas entidades que no habían formado parte del Grupo de Trabajo constituido al efecto.

Así, tras analizar el documento en su conjunto, **elkartu** hace constar su posicionamiento al respecto con el objeto de enriquecer el mismo y avanzar en un modelo inclusivo y basado en los derechos de la atención a las personas con discapacidad:

1.- Valoramos muy positivamente la iniciativa del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa de definir un modelo de atención de la red foral de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales para avanzar así en una atención fundamentada en criterios de calidad y de respeto de los derechos de las personas con discapacidad. Asimismo, consideramos que se trata de un documento con un valor técnico indudable que, si es capaz de integrar las orientaciones y directrices que se expondrán a continuación, permitirá sentar las bases de un modelo de atención y de organización de la red de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales basado en la normalización, la inclusión social y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad.

2.- También consideramos positivo que el documento presentado aborde el modelo de atención desde el ámbito de la discapacidad y no desde la situación de dependencia, dado que actualmente existe la tendencia de equiparar ambos conceptos a pesar de las indudables diferencias existentes. Así, tras la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se ha instalado la tendencia de establecer el reconocimiento de la situación de dependencia como requisito de acceso para los diferentes recursos y prestaciones, resultando insuficiente la acreditación de la discapacidad. Estando justificado este hecho en aquellos recursos vinculados a la necesidad de asistencia de una tercera persona para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, ello no debe llevar a equiparar la discapacidad y la dependencia exigiendo ésta última en todo tipo de situaciones, dado que ello excluiría de los

sistemas de protección social a las personas con discapacidad que no tienen reconocida la situación de dependencia. Asimismo, esta tendencia no hace sino retroceder a concepciones meramente asistencialistas de la atención a las personas con discapacidad, obstruyendo avanzar en el modelo social comúnmente reconocido y legalmente instaurado.

En esta línea, queremos mostrar nuestra disconformidad con la desaparición del concepto de la discapacidad en el nuevo organigrama del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, cuya dirección con competencias en la materia ha pasado a denominarse “Dirección General de Atención a la Dependencia” obviando la discapacidad es su denominación, aunque no en sus funciones y competencias. Lejos de ser una cuestión meramente formal, la discapacidad requiere de políticas, medidas y recursos, así como de un liderazgo institucional muchas veces propios, que de ninguna manera han de ser subsumidas por la dependencia.

3.- Queremos dejar constancia, tal y como hemos reflejado en las últimas reuniones del Consejo de Personas con Discapacidad de Gipuzkoa, nuestra absoluta disconformidad con la manera en que se ha desarrollado el proceso de elaboración del “Modelo de Atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental”, dado que **elkartu**, como Federación representante del colectivo de personas con discapacidad física de Gipuzkoa, no ha formado parte del Grupo de Trabajo creado al efecto. Así, el mencionado Grupo ha estado formado por representantes del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, por las entidades prestadoras de servicios y por el SIIS Centro de Documentación y Estudios, obviando la participación de las propias personas con discapacidad usuarias a través de las entidades representativas.

Respetando la labor de las entidades prestadoras de servicios que indudablemente tienen una extensa y reconocida trayectoria de representación de las personas para quienes prestan servicios, consideramos que su participación en el Grupo de Trabajo viene dada fundamentalmente desde la perspectiva de la prestación de servicios y no tanto desde la visión de persona usuaria sujeto de derechos de los servicios y prestaciones objeto de análisis.

Asimismo, la ausencia de participación de **elkartu** ha provocado, como posteriormente se indicará, una escasa presencia conceptual de la discapacidad física, que por otra parte constituye la discapacidad predominante en el conjunto de la población, en la definición del Modelo de Atención y en el despliegue de servicios forales objeto de ordenación, que no hace sino consolidar la ausencia de determinados recursos que necesariamente han de ser ajustados a la situación y necesidades particulares de las personas con discapacidad física.

No puede obviarse que el propio documento elaborado señala como primer pilar del modelo de atención para las personas con discapacidad y para las personas con trastorno mental *“el compromiso de situar el respeto y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental en el núcleo de los servicios y de las actuaciones desarrolladas por las y los profesionales, pero también de las decisiones adoptadas, a nivel institucional, en relación con su planificación y su dotación”*.

Desde el punto de vista de la participación de las personas con discapacidad, no puede olvidarse que se trata de un derecho fundamental reconocido por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006,

que establece expresamente lo siguiente en su artículo 4.3: *“En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan”*. Asimismo, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social establece en su art. 54.2 que *“las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, y sus familias, a través de sus organizaciones representativas, participarán en la preparación, elaboración y adopción de las decisiones y, en su caso, de las normas y estrategias que les conciernen siendo obligación de las administraciones públicas en la esfera de sus respectivas competencias promover las condiciones para asegurar que esta participación sea real y efectiva. De igual modo, se promoverá su presencia permanente en los órganos de las administraciones públicas, de carácter participativo y consultivo, cuyas funciones estén directamente relacionadas con materias que tengan incidencia en esferas de interés preferente para personas con discapacidad y sus familias”*.

Por tanto confiamos en que, en lo sucesivo, este derecho sea promovido y respetado por la institución foral en todos aquellos procesos de diseño de políticas y medidas con incidencia en la calidad de vida de las personas con discapacidad de Gipuzkoa que se lleven a cabo en lo sucesivo, al mismo tiempo que elkartu reafirma su compromiso de colaborar y trabajar conjuntamente con todos los agentes públicos y privados con competencias en la materia para defender y promover los derechos de las personas con discapacidad y avanzar en modelos de vida y atención plenamente inclusivos.

4.- Antes de entrar en la valoración del contenido del documento presentado, **elkartu** propone modificar el título del mismo, dado que observamos el riesgo de que el actual (“Modelo de atención a personas con discapacidad y a trastorno mental”) lleva a confusión al vincular la definición de un modelo de atención únicamente a los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, cuando el propio texto reconoce que el carácter prioritario de *“la atención de las personas en su entorno habitual, mediante la articulación de las fórmulas de apoyo más acordes con los principios de promoción de la autonomía, de integración en el entorno y de normalización, favoreciendo y promoviendo en todo lo posible la utilización de los servicios comunitarios abiertos al conjunto de la población”*.

Por tanto, consideramos más apropiado el siguiente título: Modelo de Atención a Personas con Discapacidad en Servicios de Alojamiento, de Día y Ocupacionales. Con ello, se determinaría sin ningún tipo de duda que el documento tiene por objeto el análisis y ordenación de la atención prestada en dichos recursos, sin identificar el acceso a los mismos como única alternativa de atención a las personas con discapacidad.

Asimismo, resultaría conveniente iniciar un proceso equivalente al seguido para elaborar el Modelo de Atención a Personas con Discapacidad y con Trastorno Mental en Servicios de Alojamiento, de Día y Ocupacionales con el objeto de determinar el marco de actuación necesario para garantizar, promover e impulsar la atención de las personas con discapacidad en su entorno habitual.

5.- Respecto a la **Introducción**, observamos la necesidad de incidir en el enfoque comunitario de la ordenación de la red de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales por una parte, así como en el impulso de los recursos necesarios para garantizar el mantenimiento de las personas con discapacidad en su entorno habitual como modelo de vida y de atención preferentes. Asimismo, no pueden obviarse ámbitos como la educación, el empleo o la sanidad en la promoción de la inclusión social y la utilización de los recursos comunitarios por las personas con discapacidad, siendo necesario por tanto impulsar la colaboración con otras administraciones además de la municipal.

6.- En lo que respecta a la **Parte I (Diagnóstico y contexto de aplicación)**, consideramos necesario incorporar las siguientes amenazas y debilidades de la red actual de atención en centros:

- Del “Estudio-Diagnóstico de situación y necesidades de las personas con discapacidad física de Gipuzkoa” llevado a cabo por **elkartu** se deriva, una vez aplicado el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social aprobado en el Decreto 385/2013, de 16 de julio, que el 25,0% de personas con discapacidad física que hacen uso de un servicio de alojamiento se encuentra en situación de riesgo de exclusión social, mientras que el 75,0% se encuentra en situación de exclusión social. Por tanto, resulta evidente que el modelo actual de atención en los recursos residenciales está lejos de garantizar la inclusión y participación social de las personas con discapacidad, dado que ninguna de las personas usuarias está en situación de inclusión social, resultando imprescindible instaurar nuevas formas de actuación que permitan avanzar en la orientación marcada por el borrador de Decreto de Centros Residenciales para personas con discapacidad elaborado por el Gobierno Vasco de *“potenciar la participación en la vida social y comunitaria posibilitando la máxima integración de las personas usuarias”*.
- Ausencia de recursos idóneos, especialmente en lo referido a los centros o servicios de día, para personas con discapacidad física, que habitualmente se ven “obligadas” a compartir recursos y formas de atención especialmente pensadas para otro tipo de discapacidades, lo que se traduce en utilización de recursos por ausencia de alternativas, relevantes niveles de insatisfacción o incluso casos de abandono por no cumplir el recurso las expectativas previstas.

Por tanto, se hace necesario impulsar, desde el liderazgo público en todas las fases, incluida la ejecución, un recurso de centro o servicio de día para personas con discapacidad física que, sustentado en la temporalidad y en su configuración como tránsito a recursos normalizados, se oriente a promover, desde la participación de la propia persona con discapacidad, la autonomía personal y modelos de vida independiente, facilitar el conocimiento de productos de apoyo con especial incidencia en los avances tecnológicos, impulsar el empoderamiento y promover el acceso y utilización de los recursos comunitarios ordinarios.

- Insuficiencia de actuación preventiva ante situaciones de dependencia que puedan derivar en institucionalización. El protagonismo de las familias en la atención de las situaciones de dependencia, asumiendo en muchas ocasiones con carácter exclusivo la atención a las situaciones de dependencia (en un porcentaje del 30,0% según se desprende del “Estudio-diagnóstico de situación y necesidades de las personas con discapacidad física de Gipuzkoa” elaborado por **elkartu**), plantea el reto de prevenir, ante la avanzada edad de un importante número de cuidadores familiares, el acceso a recursos de alojamiento entre el colectivo de personas con discapacidad. En consecuencia, resulta fundamental elaborar un diagnóstico de situación al respecto y fortalecer, tanto desde el punto de vista económico como desde el impulso de su conocimiento, los servicios y recursos orientados al mantenimiento en el entorno habitual (Programa de Vida Independiente, Prestación Económica de Asistencia Personal, Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar, Servicio de Ayuda a Domicilio, Programa de Productos de Apoyo, etc.) de manera que el acceso a un recurso residencial no se convierta en la única alternativa viable.
- Ausencia de procesos de desinstitucionalización. Siendo comúnmente aceptado, al menos desde un plano teórico, el carácter prioritario de la promoción de los modelos de vida en el entorno habitual, no se observa una decidida puesta en marcha de procesos de desinstitucionalización, sobre todo en aquellas personas con discapacidad que por edad, capacidades para la autonomía personal u otros factores, podrían llevar a cabo un modelo de vida independiente si contaran con los necesarios apoyos personales, técnicos y económicos. Por el contrario, el recurso residencial se convierte con excesiva frecuencia en un recurso casi definitivo llegando a “cronificarse” un modelo de vida absolutamente contrario a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, que reconoce el derecho de las personas con discapacidad a tener *“la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico”*.

Por tanto, proponemos el reconocimiento expreso y el impulso de la desinstitucionalización, entendida ésta como el proceso por el que, en el marco de un Plan de Atención Individual, una persona con discapacidad y en situación de dependencia usuaria de un centro residencial proyecta y da inicio, con los recursos y apoyos necesarios, a una vida autónoma en un recurso de alojamiento comunitario.

- La no configuración como derechos subjetivos de determinados servicios fundamentales para el mantenimiento de las personas con discapacidad en el entorno habitual, como es el caso del Programa de Productos de Apoyo o el Programa de Vida Independiente, quedando supeditados en cada ejercicio al criterio subjetivo de la institución competente.

- La privatización en la prestación de los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales de Gipuzkoa, con la consiguiente ausencia de participación pública en la fase de ejecución. Siendo indudablemente objeto de reconocimiento la labor históricamente desarrollada por las entidades del tercer sector en la prestación de una atención de calidad a las personas con discapacidad, se hace necesario avanzar en el análisis de las fórmulas más adecuadas para una mayor participación institucional en la gestión de estos servicios públicos para dotar a los mismos de una mayor seguridad jurídica, estabilidad económica y dignidad en las condiciones laborales.

7.- En la **Parte II (Marco conceptual: Componentes básicos del modelo de atención)** echamos en falta un texto que contenga una apuesta más decidida, comprometida y ambiciosa por el respeto y la promoción de los derechos de las personas con discapacidad usuarias de los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, evitando expresiones como *“en algunos casos, por razones diversas, no podrá garantizarse el ejercicio pleno de tales derechos, pero sí es posible seguir avanzando hacia una mejora progresiva en su consecución”* o *“hay que darse el tiempo necesario para el cambio de actitudes y dotarse de pautas de buenas prácticas que ayuden a la progresiva incorporación de ese cambio y a compaginar el respeto a los derechos individuales con los condicionantes organizativos”*.

El marco jurídico que regula los derechos de las personas con discapacidad goza de un recorrido temporal suficiente que compromete a adoptar políticas garantistas y no meramente programáticas o voluntaristas con los mismos ya que, de lo contrario, principios como la planificación centrada en la persona carecerán de credibilidad quedando en mera retórica.

8.- En la **Parte III (Ordenación de la red foral de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales e impacto en la valoración y la orientación a servicios)elkartu** plantea las siguientes aportaciones generales y particulares de cada servicio:

- La segunda variable que se tiene en cuenta para clarificar, planificar y desarrollar los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, es decir, el tipo de discapacidad, presenta una carencia fundamental dado que no prevé la discapacidad física como un tipo de discapacidad propio, sino combinado con dificultades asociadas a discapacidad intelectual, trastorno cognitivo o trastorno mental.

La clasificación de los tipos de discapacidad por el que se ha optado no constituye de ninguna manera un reflejo de la realidad, dado que la discapacidad física por si misma, sin ningún otro tipo de discapacidad intelectual, trastorno cognitivo o trastorno mental asociado, es el tipo de discapacidad mayoritario en el conjunto de la población. Cuestión diferente es el catálogo de recursos existentes en el ámbito de los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, claramente orientados a las personas con discapacidad intelectual, trastorno cognitivo y trastorno mental y presentando importantes carencias para aquellas personas que presentan exclusivamente una discapacidad física, tal y como se expone en el conjunto de las aportaciones de **elkartu** así como en determinados puntos del documento presentado por el Departamento de Política Social.

Por tanto, proponemos incorporar la discapacidad física (sin ser asociada con una discapacidad intelectual, trastorno cognitivo o trastorno mental) en los tipos de discapacidad tenidos en cuenta como variable que permite clarificar, planificar y desarrollar los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, dado que de lo contrario supondría dar continuidad y ahondar en la ausencia de recursos suficientes e idóneos para las personas con discapacidad física en el ámbito de los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales.

- En lo referido a la edad como variable complementaria para clarificar, planificar y desarrollar los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales nos parece fundamental garantizar la no derivación automática de la persona con discapacidad mayor de 65 años a un servicio para personas mayores.
- Por lo que se refiere a la aplicación de nuevos instrumentos para la valoración y orientación de las personas usuarias, queremos plantear nuestras reticencias de que realmente se trate de un instrumento idóneo para la discapacidad física dado que se elaboró tomando como referencia a personas con discapacidad intelectual y con trastornos del desarrollo. Por tanto, en línea con lo anteriormente manifestado sobre la necesidad de incorporar la discapacidad física como tipo de discapacidad diferenciada en la variable para clarificar, planificar y desarrollar los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, proponemos la aplicación de instrumentos idóneos para todos los tipos de discapacidad para evitar valoraciones no ajustadas a la realidad que conlleven orientaciones a recursos no ajustados a las necesidades reales de las personas con discapacidad.

Por otra parte, siendo la inclusión social y la participación comunitaria el eje fundamental de las políticas públicas en materia de discapacidad y también en el diseño del modelo de atención a personas con discapacidad en los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, no puede prescindirse de la utilización del instrumento común de diagnóstico social y valoración de la exclusión aprobado en Decreto 385/2013, de 16 de julio.

Asimismo, consideramos necesario hacer constar el papel protagonista y predominante que han de desempeñar los trabajadores o trabajadoras sociales del Servicio Social de Base en la aplicación de los instrumentos de valoración y orientación, en línea con lo señalado en el artículo 19 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales en cuanto al procedimiento básico de intervención, ello sin perjuicio de la necesaria colaboración y coordinación con los servicios sociales de atención secundaria, evitando así en la medida en que sea necesario la especialización y especificidad en los recursos y servicios dirigidos a las personas con discapacidad.

- Respecto a las diferentes modalidades de **viviendas y centros de día** proponemos las siguientes consideraciones comunes :
 - Toma en consideración de las condiciones de accesibilidad del entorno urbano y del transporte público para la determinación de la ubicación de la vivienda.
 - Concreción de las acciones a desarrollar para promover y facilitar la utilización de los recursos comunitarios ordinarios, adoptando asimismo una redacción que refleje una apuesta más decidida por impulsar la participación comunitaria de las personas usuarias del servicio.
 - Incorporación de los siguientes apoyos personalizados básicos: Promoción de modelos de Vida Independiente, Productos de apoyo adecuados para promover la autonomía personal, Acceso a dispositivos y recursos tecnológicos y Promoción de la participación de las personas usuarias en los aspectos organizativos del servicio.
 - Promover la formación continua del personal de apoyo.
 - En la atención sanitaria, garantizar el acompañamiento por el personal de la vivienda a los centros de salud del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco salvo que la red de apoyo familiar prefiera asumir el acompañamiento.
 - Cuando los servicios incorporen su propia asistencia sanitaria, garantizar en todo caso la financiación foral de esta atención mientras no se produzca su asunción por la red pública de salud.

- Respecto de las distintas modalidades de **“programas ocupacionales”** proponemos las siguientes consideraciones:
 - Garantizar la agilidad necesaria para el tránsito de un programa a otro en función de las circunstancias personales o de las habilidades adquiridas.
 - Determinación de la gratificación en base a criterios con pleno respeto a la dignidad personal y en función de la capacidad y resultados productivos alcanzados.
 - Incorporación de los siguientes apoyos personalizados básicos: Promoción de modelos de Vida Independiente, Acceso a dispositivos y recursos tecnológicos y Promoción de la participación de las personas usuarias en los aspectos organizativos del servicio.
 - Evaluación permanente y puesta en conocimiento de resultados en el acceso de las personas usuarias del programa de promoción hacia el empleo a un CEE.

9.- En la **Parte IV (Propuestas de actuación)**, tras analizar los planteamientos del documento presentado, consideramos necesario incorporar determinadas propuestas que permitan afianzar de manera más eficaz el modelo de atención descrito.

- Respecto a las propuestas de planificación de la red de atención, planteamos las siguientes aportaciones:

- **Ampliación del Programa de Apoyo para la Vida Independiente.**

Junto con la aprobación y entrada en vigor de la nueva regulación, resulta imprescindible un impulso presupuestario de este programa, así como un diagnóstico de la demanda potencial del mismo, derivando finalmente en una labor informativa entre los propios profesionales de los servicios sociales y al conjunto de personas con discapacidad. De esta manera se garantizaría una cobertura real del programa avanzando así en los objetivos marcados desde su aparición y despojándose del carácter experimental que todavía presenta a pesar de su regulación propia.

Asimismo, mostramos nuestra disconformidad con la propuesta de “abrir el acceso a personas que actualmente integran el programa SOLOS de Atzegi”, dado que el Programa de Vida Independiente tiene por objeto, precisamente, favorecer un proyecto de vida independiente, entendida ésta, según lo establecido por el borrador de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (según lo previsto en el art. 2 letra a, del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social), como *“la situación en la que la persona ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad”*. Frente a ello, se define Vida Autónoma como *“la situación en la que la persona dispone de apoyos necesarios para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”*. Por tanto, el Programa ha de estar dirigido en todo caso, como ha venido ocurriendo desde su creación, a aquellas personas que tienen capacidad de decidir sobre su propia existencia y de dar instrucciones a quien ejerce la labor de asistente personal.

Por tanto, consideramos que el incremento no puede venir dado de ninguna manera por la incorporación de personas usuarias de otros programas existentes para otro tipo de discapacidades (que en todo caso habrían de ser mantenidos y consolidados en su propio ámbito), sino que debería derivarse de una labor de diagnóstico previo de personas

potencialmente beneficiarias del mismo con perfiles que presentan una necesidad apremiante de transitar hacia modelos de vida independiente o mantenerse en los mismos.

Asimismo, no puede olvidarse que el último borrador de la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales recoge en su artículo 59, con carácter de derecho subjetivo, un servicio de apoyo a la vida independiente exclusivo para personas con discapacidad que no puedan gestionar directamente su Plan de Vida Independiente derivadas de su discapacidad intelectual y/o enfermedad mental y que tienen necesidades de apoyo para su desenvolvimiento autónomo y su participación activa en el entorno comunitario, quedando excluidas en consecuencia las personas con discapacidad física.

En consecuencia, **elkartu** plantea el mantenimiento del Programa de Vida Independiente en los términos establecidos hasta este momento desde su creación, es decir, que se dirija a aquellas personas con discapacidad con capacidad de gestionar directamente su Plan de Vida Independiente, creando otro servicio, según lo dispuesto en el artículo 59 de la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, dirigido a quienes no puedan gestionar directamente su Plan de Vida Independiente por razón de su discapacidad intelectual y/o enfermedad mental, en el que tendrían cabida las personas que actualmente integran el programa SOLOS de Atzegi.

- Respecto a las propuestas de organización de la red de atención, planteamos las siguientes aportaciones:
 - **Estructuración de la responsabilidad pública en relación con la provisión de servicios y prestaciones recogidos en el Catálogo de la Ley de Servicios Sociales vigente.** Consideramos que habrían de estudiarse las fórmulas adecuadas para que la administración asumiese progresivamente una mayor responsabilidad en la prestación o ejecución de los servicios sociales, sin perjuicio de la necesaria colaboración y coordinación con las entidades del tercer sector.
 - **Incorporación de herramientas consensuadas entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y las entidades gestoras y representativas del sector para la adecuada valoración, orientación y seguimiento de las personas usuarias de los centros.** Siendo la inclusión social y la participación comunitaria el eje fundamental de las políticas públicas en materia de discapacidad y también en el diseño del modelo de atención a

personas con discapacidad en los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales, no puede prescindirse de la utilización del instrumento común de diagnóstico social y valoración de la exclusión aprobado en Decreto 385/2013, de 16 de julio.

- Respecto a las propuestas complementarias, planteamos las siguientes aportaciones:
 - **Nueva conceptualización de algunos programas calificados hasta ahora como de “ocio y tiempo libre”.** Estando de acuerdo en la necesidad de conceptualizar nuevamente estos programas de indudable importancia para las personas con discapacidad, consideramos que la nueva formulación no ha de basarse únicamente en su función de respiro y que debe conceder un papel protagonista al ocio configurado como derecho fundamental, evitando así caer en una concepción residual, subsidiaria o secundaria del ocio dado que constituye un factor fundamental para avanzar en los procesos de plena inclusión y participación social de las personas con discapacidad.

En este sentido, cabe citar que la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, reconoce en su art. 30 el derecho de participación de las personas con discapacidad en *“la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte”*. Por su parte, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social establece en su art. 7.3 que *“las administraciones públicas protegerán de forma especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en materia de igualdad entre mujeres y hombres, salud, empleo, protección social, educación, tutela judicial efectiva, movilidad, comunicación, información y acceso a la cultura, al deporte, al ocio así como de participación en los asuntos públicos”*.

En este sentido, **elkartu** muestra su plena disposición para trabajar junto con el Departamento de Política Social y el resto de entidades gestoras y representativas en una nueva conceptualización de estos programas que permitan garantizar una mayor estabilidad y seguridad en los mismos, así como el cumplimiento de sus fines en favor de las personas con discapacidad.

- **Consideración específica de los apoyos prestados en casos de hospitalización como prestaciones propias de los servicios de alojamiento y en consecuencia, como parte de sus costes.** Estimamos fundamental garantizar en todo caso, a pesar de producirse

una hospitalización, los apoyos requeridos por las personas con discapacidad, dando prioridad a las necesidades de la persona usuaria del recurso de alojamiento.

- Nuevas propuestas de **elkartu** para garantizar un adecuado despliegue del modelo de atención en los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales de Gipuzkoa:
 - Creación de un recurso o servicio de centro de día dirigido a personas con discapacidad física que, sustentado en la temporalidad y en su configuración como tránsito a recursos normalizados, se oriente a promover, desde la participación de la propia persona con discapacidad, la autonomía personal y modelos de vida independiente, facilitar el conocimiento de productos de apoyo con especial incidencia en los avances tecnológicos, impulsar el empoderamiento y promover el acceso y utilización de los recursos comunitarios ordinarios.

Para ello, **elkartu** muestra su disposición a trabajar en común con el Departamento de Política Social y el conjunto de agentes implicados para definir y sentar las bases de este servicio que ha de servir para cubrir las carencias existentes para las personas con discapacidad física, necesidad a la que no ofrece adecuada respuesta el documento que recoge el modelo de atención si se mantiene en los términos planteados.

- Creación de un órgano de seguimiento del modelo de atención a personas con discapacidad en los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales de Gipuzkoa en el que participen el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, las entidades gestoras y las entidades representativas de las personas con discapacidad. Su función consistiría en realizar un seguimiento del despliegue del modelo de atención, así como detectar las carencias existentes y proponer las alternativas más adecuadas para dar respuesta a las necesidades emergentes.
- Iniciación de un proceso equivalente al seguido para elaborar el Modelo de Atención a Personas con Discapacidad y con Trastorno Mental en Servicios de Alojamiento, de Día y Ocupacionales con el objeto de determinar el marco de actuación necesario para garantizar, promover e impulsar la atención de las personas con discapacidad en su entorno habitual.
- Realización de un estudio sobre el impacto económico y social de las distintas alternativas de atención a las personas con discapacidad (alojamiento, centro de día, ocupacional, entorno habitual).

- Impulso de programas destinados a promover a través del voluntariado la participación comunitaria de las personas con discapacidad.

10.- El **Anexo 2.1 (Funciones correspondientes a los apoyos personalizados básicos)** debería recoger entre las funciones descritas los distintos aspectos planteados por **elkartu** en sus aportaciones, incidiendo especialmente en la desinstitucionalización como planificación de los apoyos encaminados a modelos de vida independiente y plenamente inclusivos.

En definitiva, confiamos en que el posicionamiento de **elkartu** obtenga el reflejo correspondiente en el diseño y despliegue de las políticas sociales del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa dado que contribuyen a avanzar en un modelo de atención en la red foral de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales fundamentado en el reconocimiento y desarrollo de derechos y en un enfoque comunitario y plenamente inclusivo para garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

ANEXO 2. ANEXOS TÉCNICOS

ANEXO 2.1. FUNCIONES CORRESPONDIENTES A LOS APOYOS PERSONALIZADOS BÁSICOS

FUNCIONES CORRESPONDIENTE A LOS APOYOS PERSONALIZADOS

ACOGIDA DE UNA PERSONA EN EL CENTRO	<i>Valoración inicial de necesidades y diseño del Plan de apoyos</i>	Entrevista, valoración inicial y elaboración de informe.
	<i>Acogida y adaptación al Centro</i>	Organización de la incorporación: Entrevista de acogida y presentación.
		Ajustes del centro a las necesidades personales.
PLANIFICACION DE APOYOS	<i>Planificación Individual de Apoyos</i>	Apoyos a la persona para su adaptación al centro (observación y otras valoraciones).
		Identificar necesidades, objetivos y deseos.
	<i>Seguimiento y evaluación</i>	Elaboración plan individual y consenso con la familia y/o persona de referencia.
		Análisis de la información de seguimiento.
VIDA EN EL HOGAR	<i>Aseo e imagen personal</i>	Formulación de conclusiones y propuestas.
		Apoyo y/o entrenamiento en la ducha y lavado y secado del pelo.
		Apoyo y/o entrenamiento en el resto de aspectos de higiene personal (lavado manos y cuidado uñas, higiene bucal,
		Apoyo y/o al uso del WC (incluye programas control de esfínteres, las transferencias precisas
	<i>Alimentación</i>	Apoyo y/o entrenamiento en el vestido (excluye cuidado ropa).
		Cuidado de la imagen personal (maquillaje, peinado, cuidado de la piel, depilación, afeitado..
		Preparar, apoyar o entrenar la elaboración de las comidas.
		Apoyo y/o entrenamiento en la alimentación (enseñar y dar de comer, deglución).
	<i>Tareas domésticas</i>	Enseñar el manejo de útiles (cubiertos, útiles para comer y servir).
		Inculcar hábitos adecuados en la mesa y seguimiento de pautas para una alimentación equilibrada
		Apoyo y/o entrenamiento en las tareas de la limpieza y orden y mantenimiento del hogar. (incluye uso de electrodomésticos, lavado, planchado, poner y recoger la mesa, cuidado de ropa,
	<i>Movilidad</i>	Apoyo y/o entrenamiento en la realización de la compra y la economía doméstica
Enseñanza y apoyo en el uso de ayudas técnicas para la movilidad.		
Realizar traslados o acompañamiento.		
DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL	<i>Desarrollo personal y ajuste emocional</i>	Entrenar y realizar todo tipo de transferencias.
		Apoyo en el manejo de pensamientos, sentimientos y conductas para conseguir un estado de bienestar personal (incluye autoestima, autocontrol...).
	<i>Desarrollo cognitivo y psicoafectivo</i>	Apoyo y/o supervisión en la gestión del dinero y pertenencias de la persona.
		Apoyo y entrenamiento en el mantenimiento y desarrollo de las funciones cognitivas: memoria, orientación, ...
	<i>Relaciones familiares</i>	Apoyo y entrenamiento de funciones psicoafectivas: estado de ánimo, depresión, ansiedad
		Contactos, entrevistas e intervenciones individuales, participación en el Plan de Apoyos Individual.
		Apoyos para el mantenimiento del vínculo familiar
	<i>Relaciones sociales</i>	Organización de actividades informativas, formativas y de convivencia.
		Mediación en conflictos familiares
		Fomentar habilidades comunicativas.
<i>Apoyo Conductual</i>	Orientar y apoyar en habilidades básicas para las relaciones interpersonales.	
	Orientar y apoyar en habilidades básicas para la convivencia diaria.	
	Orientar y apoyar en aspectos afectivo sexuales.	
VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA	<i>Uso de recursos comunitarios</i>	Intervención ante alteraciones de conducta.
		Prevenición y seguimiento de conductas desajustadas
	<i>Ocio y Tiempo Libre</i>	Coordinación y/o derivación a servicios especializados.
		Apoyar y enseñar en la utilización de los servicios básicos a la ciudadanía.
	<i>Participación</i>	Acompañar en el descubrimiento de intereses y disfrute del ocio y tiempo libre
SALUD FISICA/PSIQUICA	<i>Ciudadanía ejercicio de derechos</i>	Apoyar y formar para la organización y participación en actividades de ocio y tiempo libre
		Apoyar y formar para la participación interna.
	<i>Atención sanitaria preventiva</i>	Fomentar habilidades y apoyar para la participación comunitaria (Asociacionismo...).
		Formar y acompañar en el ejercicio de los derechos y deberes de ciudadano (igualdad, educación
<i>Seguimiento atención sanitaria</i>	Protección y defensa de sus derechos: necesidades de tutela y/o curatela.	
	Apoyo y fomento de hábitos saludables; nutrición, seguimiento de dietas, ejercicio físico..	
	Coordinación con los servicios de salud general y especializada.	
	Atención sanitaria de emergencia	
<i>Atención sanitaria no especializada: médica y enfermería</i>	Seguimiento y preparación del alta en los ingresos hospitalarios	
	Tratamientos específicos, curas, seguimiento enfermedades crónicas.	
<i>Atención especializada</i>	Cuidados paliativos (si procede)	
	Psiquiatría	
EMPLEO, FORMACION, EDUCACION	<i>Fomento y apoyo en el desarrollo formativo-laboral</i>	Neurología
<i>Coordinación entre servicios de alojamiento y servicios diurnos (centros</i>		

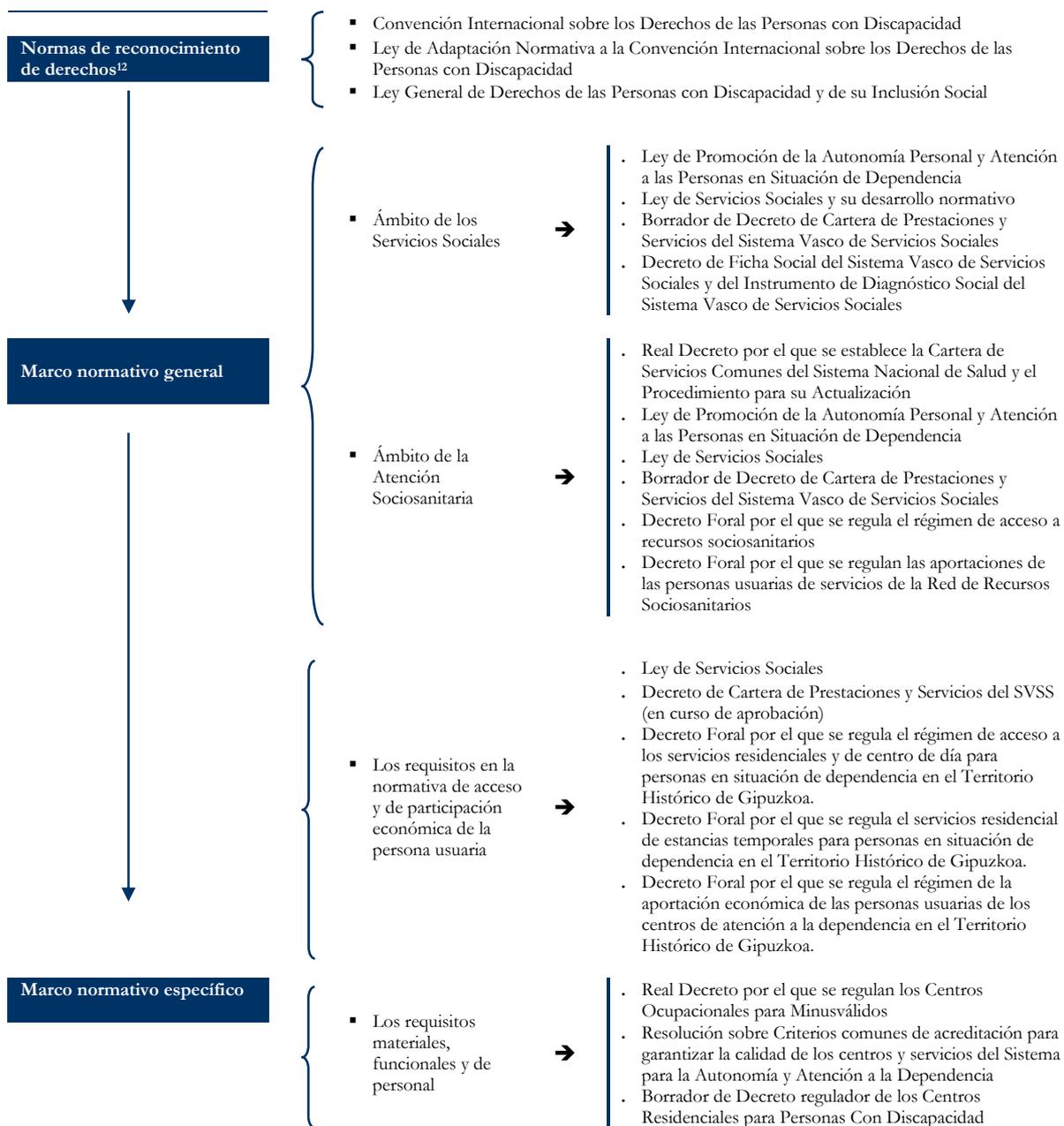
*A*NEJO 2.2. *M*ARCO JURÍDICO

Enmarcar el Modelo de Atención en Servicios de Alojamiento, de Día y Ocupacionales para Personas con Discapacidad y Personas con Trastorno Mental en Gipuzkoa en el contexto normativo no está exento de dificultades dada la peculiaridad de un periodo, el actual, caracterizado por la coexistencia de diferentes ritmos en el avance en las normas que inciden, de forma más o menos directa, en los mencionados servicios. En efecto, por un lado, se han integrado al ordenamiento jurídico disposiciones normativas generales centradas en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental o, más acertadamente, en el reconocimiento de estas personas como sujetos de derechos, que, como se verá más adelante, han llegado de la mano de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; por otro lado, en el ámbito más específico del acceso a los servicios y de las características que deben reunir esos servicios, el cuerpo normativo se encuentra todavía en construcción, inmerso en un proceso de desarrollo complejo y lento. A pesar de esas circunstancias de transitoriedad, no es posible aquí hacer caso omiso de las disposiciones normativas que se están debatiendo a nivel autonómico, por mucho que todavía no estén vigentes, de modo que en esta descripción se incluyen referencias a los borradores normativos de dichas disposiciones.

Partiendo de lo anterior, puede decirse que el marco jurídico en el que se insertan los centros de día y residenciales destinados a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental está configurado básicamente por tres grandes grupos de normas que, de más generales a más específicas son:

- Las normas de reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y trastorno mental y de promoción de la igualdad de oportunidades, que incluyen entre otros derechos, el derecho a los servicios sociales y entre éstos el derecho a los servicios de atención diurna y residencial.
- Las normas sectoriales reguladoras de los servicios sociales –que reconocen el derecho a tales servicios, regulan las condiciones de acceso a su ejercicio efectivo e integran en su catálogo de servicios a los centros de día y residenciales para personas con discapacidad y con trastorno mental– y las previsiones normativas en relación con la atención sociosanitaria.
- Las normas específicas reguladoras de las características materiales, funcionales y de personal que deben reunir los centros de día y residenciales para ser autorizados.

NORMATIVA QUE INCIDE EN LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ALOJAMIENTO, DE DÍA, Y OCUPACIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL



¹² En las normas de reconocimiento de derecho que se enuncian en el esquema, las personas con trastorno mental quedan englobadas, siguiendo las clasificaciones nosológicas internacionales, dentro del colectivo de personas con discapacidad, no explicitándose, por lo tanto, en el enunciado de las normas.

1. EL TELÓN DE FONDO: LAS NORMAS DE RECONOCIMIENTO DE DERECHOS.

A pesar de su tenor muy genérico, las normas de reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental constituyen un elemento imprescindible del panorama normativo: son el telón de fondo que preside el conjunto de las disposiciones y que marca el espíritu y la orientación a la que deben ajustarse.

Su ámbito de aplicación es amplio: se configuran a nivel internacional y, al integrarse en el ordenamiento jurídico estatal, fuerzan a la adaptación de este último.

1.1. **Ámbito internacional: El impulso aportado por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.**

La aprobación en el año 2006¹³ de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (que incluye a las personas con trastorno mental) vino a llenar el vacío que existía hasta entonces a nivel internacional en la normativa sobre derechos humanos en relación con las especiales necesidades de estas personas. Su propósito, expresado en su artículo 1, es *“promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”*. Supone la consagración del cambio de paradigma del enfoque de las políticas sobre discapacidad, superando la perspectiva asistencial de la discapacidad para adoptar una óptica basada en los derechos humanos: desde esta óptica, las personas con discapacidad se consideran como sujetos de derecho en lugar de considerarlos únicamente como objetos de atención y protección.

En sus 50 artículos, censa detalladamente los derechos civiles y políticos, la accesibilidad, la participación y la inclusión, el derecho a la educación, la salud, el trabajo y el empleo, y a la protección social, y establece un código para su aplicación.

Las referencias expresas de la Convención a los servicios sociales, y en concreto a los servicios residenciales y de día, son escasas, pero indicativas de la orientación adoptada. La más directa es la contenida en su artículo 19 sobre el *“Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”*, que, tras reconocer el derecho en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, prevé expresamente que:

“Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;

Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta”.

1.2. **Ámbito estatal: la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social.**

La ratificación por el Estado de la Convención Internacional en el año 2007 determinó la integración de sus contenidos al ordenamiento jurídico, integración que se articuló mediante la aprobación de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de Adaptación Normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que con el fin hacer efectivos

¹³ Se previó que la Convención entraría en vigor una vez que fuera ratificada por 20 países. Eso no ocurrió hasta el 3 de mayo de 2008. España ratificó la Convención el 3 de diciembre de 2007.

los derechos contenidos en la Convención procedió a la modificación y adaptación de disposiciones normativas vigentes en los más diversos ámbitos de actuación¹⁴, el elemento normativo básico de referencia viene dado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, que responde a un mandato expreso de la referida Ley de Adaptación Normativa y tiene por objeto regularizar, aclarar y armonizar las tres normas que hasta entonces regían los derechos de las personas con discapacidad, a saber, la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), la Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU) y la Ley de Infracciones y Sanciones en materia de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. Dicha refundición tomó como referente principal la Convención Internacional y presentó dos finalidades complementarias entre sí:

- por un lado, garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación;
- por otro, establecer el régimen de infracciones y sanciones susceptibles de garantizar el cumplimiento de esas condiciones básicas en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

En el Capítulo que dedica a la Protección Social, establece el derecho a los servicios sociales, listando como tales el servicio de apoyo familiar, los servicios de orientación e información, los servicios de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades y de promoción de la autonomía personal, los servicios de atención domiciliaria, los servicios de vivienda, los servicios de centros de día y de noche. Los tres últimos se definen en los siguientes términos:

“Los servicios de vivienda, ya sean servicios de atención residencial, viviendas tuteladas u otros alojamientos de apoyo para la inclusión, tienen como objetivo promover la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad a través de la convivencia, así como favorecer su inclusión social. Asimismo, deberán atender a las necesidades básicas de aquellas personas con discapacidad que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad, como en los casos en que carezcan de hogar o familia, o cuando existan graves problemas para garantizar una adecuada convivencia familiar.”

“Los servicios de centro de día y de noche ofrecen una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas con discapacidad, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias.”

¹⁴Las leyes modificadas fueron la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad; la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el Régimen de Infracciones y Sanciones en Materia de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad; la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se Reconocen las Lenguas de Signos Españolas y se Regulan los Medios de Apoyo a la Comunicación Oral de las Personas Sordas, con Discapacidad Auditiva y Sordociegas; el Real Decreto 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social; la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre Extracción y Trasplante de Órganos; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; La ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público; la Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil; la Ley 231998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo; la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; la Ley 49/1960, de 21 de julio, sobre Propiedad Horizontal; la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico; la Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la Carrera Militar; la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público; la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

2. EL MARCO NORMATIVO GENERAL DE ACCESO A LOS SERVICIOS SOCIALES Y A LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS.

2.1. El derecho de acceso a los servicios sociales.

La normativa en materia de servicios sociales es de nivel autonómico –dadas las competencias plenas y exclusivas de la Comunidad Autónoma del País Vasco en esta materia– y viene recogida en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales; si bien, ya con anterioridad a su aprobación, desde el año 2006, el ámbito específico de la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia ha quedado sujeto a las previsiones estatales contenidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹⁵.

Ambos cuerpos normativos –el estatal y el autonómico– abordan, en sus respectivos ámbitos de regulación, elementos básicos del derecho a los servicios sociales, observándose notables paralelismos en la estructuración del derecho que reconocen. Estos elementos son determinantes de la delimitación del contexto normativo en el que se insertan los centros de día, ocupacionales y residenciales para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental.; se describen sintéticamente tanto para el ámbito estatal como para el ámbito autonómico en los siguientes apartados.

2.1.1. *Ámbito estatal: la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*

La Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia – aprobada en el año 2006, pero sometida a numerosas modificaciones con posterioridad a su aprobación– y las normas que la desarrollan articulan el derecho a los servicios en torno a los siguientes elementos básicos.

Elementos básicos del derecho a los servicios del SAAD

Derecho subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Ley de Dependencia reconoce el derecho subjetivo a la promoción de la autonomía y a la atención a las personas en situación de dependencia. ▪ Fue la primera norma en reconocer, en el ámbito de los servicios sociales, un derecho de esta naturaleza, es decir, un derecho exigible. ▪ Referencia: artículo 1 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia <i>“La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (...).”</i>
Ámbito material y subjetivo de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El derecho reconocido en la normativa estatal se aplica únicamente al ámbito de los servicios de promoción de la autonomía y atención a la dependencia.

¹⁵ Contrariamente a lo que ocurre con el reconocimiento general de derechos, en donde, como se ha visto, la fuente principal de referencia para el conjunto de la regulación es un instrumento internacional, en la regulación del contenido específico del derecho a los servicios sociales y en la organización del sistema de servicios sociales, la normativa internacional tiene, por lo menos de momento, un impacto parcial e indirecto, asociado principalmente a la regulación de la Unión Europea en materia de libertad de servicios.

Elementos básicos del derecho a los servicios del SAAD

aplicación

- Dado lo anterior, las personas titulares del derecho son las personas que se encuentran en situación de dependencia, independientemente de la causa que esté en el origen de esa situación –edad, enfermedad o discapacidad– entendiéndose que la dependencia va ligada a la falta de o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial y a la necesidad de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria, o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o trastorno mental, de otros apoyos para su autonomía personal.
- Así pues, el alcance de la norma no se da en relación con todo el colectivo de personas con discapacidad y de personas con trastorno mental, sino en relación con las personas que, teniendo una discapacidad o trastorno mental, se encuentran en situación de dependencia.
- *Referencia: Artículo 5.1 a) de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*

Sistema de Atención y Niveles de Protección

- Para garantizar las condiciones básicas y el contenido común del derecho reconocido, articula un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- Este Sistema sirve de cauce a la colaboración y participación de las Administraciones públicas que participan en él: la del Estado, las autonómicas y, en el caso del País Vasco, las Diputaciones Forales, puesto que la Ley reconoce las especificidades de estas últimas (disposición adicional duodécima).
- El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra centros y servicios públicos y privados.
- El Sistema articula la protección de la situación de dependencia en tres niveles:
 - El nivel de protección mínimo establecido por el Estado: define el contenido mínimo común del derecho para todas las personas que accedan a él en el territorio estatal.
 - Un segundo nivel de protección que se acuerda entre el Estado y cada Comunidad Autónoma.
 - Un nivel adicional de protección determinado por cada Comunidad Autónoma (o, en nuestro ámbito, cada Territorio Histórico).
- *Referencias: Artículos 1, 6 y 7 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*

Prestaciones Económicas y Catálogo de Servicios

- El contenido del derecho que la Ley abre a las personas en situación de dependencia viene definido por una serie de prestaciones económicas y un Catálogo de Servicios.
- Prestaciones económicas:
 - Prestación Económica Vinculada al Servicio
 - Prestación Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores No Profesionales
 - Prestación Económica de Asistencia Personal.
- Catálogo de servicios:
 - Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.
 - Servicio de teleasistencia
 - Servicio de ayuda a domicilio
 - Servicio de centro de día:
 - . Una de sus modalidades es la de Centro de día para menores de 65 años.
 - Servicio de centro de noche:
 - . Se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.
 - Servicio de atención residencial,
 - . Una de sus modalidades se destina a personas en situación de dependencia en razón de los diferentes tipos de discapacidad.

Elementos básicos del derecho a los servicios del SAAD

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Referencias: artículos 14 y 15, y siguientes de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia
<p>El acceso al SAAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El acceso al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se articula mediante tres dispositivos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocimiento de la situación de dependencia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Condiciona el acceso al Sistema a que exista un reconocimiento de la situación de dependencia. ▪ Dicho reconocimiento debe basarse en una valoración que debe realizarse en todo el territorio estatal con los mismos instrumentos. ▪ Los instrumentos comunes de valoración son dos, aplicables en función de la edad: <ul style="list-style-type: none"> - Baremo de Valoración de la Dependencia –BVD– aplicable a las personas de 3 o más años. - Escala de Valoración Específica –EVE–, aplicable a los niños y niñas de edad inferior a 3 años. ▪ Estos instrumentos permiten clasificar a las personas en 3 grados de dependencia: <ul style="list-style-type: none"> - Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. - Grado II. Dependencia Severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. - Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. ▪ Referencias: <ul style="list-style-type: none"> - Artículos 5 1 a), 26 y 27 de la Ley. - Real Decreto 174/2011, de 14 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia
<p>Gama de servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Grado de dependencia reconocido determina: <ul style="list-style-type: none"> - la gama de servicios a los que se puede acceder: la principal diferencia entre los grados a este respecto es que el Grado I no tiene acceso a los servicios residenciales. Con anterioridad al 13 de julio de 2012 también existían diferencias en el acceso a la PEAP, que sólo estaba abierta al Grado III, pero a partir de ese momento se abre a todos los grados. - la intensidad máxima del servicio en determinados casos; - la cuantía de las prestaciones económicas. ▪ Referencias: <ul style="list-style-type: none"> - Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de

Elementos básicos del derecho a los servicios del SAAD

Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

Programa individual de atención

- Condiciona el acceso efectivo a unos u otros servicios o prestaciones económicas de la gama correspondiente a cada grado de dependencia a la existencia de un Programa Individual de Atención que determine que son los más adecuados para responder a las necesidades de la persona.
- *Referencias: artículo 29 de la Ley.*
“En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un programa individual de atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado, con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen.
No obstante lo establecido en el párrafo anterior, la determinación de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar corresponderá a la Administración competente, a propuesta de los servicios sociales”.

Participación económica

- La Ley de Dependencia estableció con respecto a la participación económica algunas previsiones básicas:
 - La participación económica de las personas usuarias en el coste de los servicios se establece en función del tipo de servicio y de la capacidad económica personal. La participación económica también se establece para las prestaciones económicas.
 - Para fijar la participación económica, se distingue entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros.
 - Se establece también la regla general de que ninguna persona puede quedar fuera del SAAD por no disponer de recursos económicos.
- Estas previsiones básicas se han desarrollado posteriormente. La Resolución de 13 de julio de 2013 sobre Mejora del SAAD, desarrolla estas previsiones en su punto Tercero sobre “Aprobación de los criterios y contenidos sobre capacidad económica y participación del beneficiario en el coste de las prestaciones para la autonomía y atención a la dependencia”. Incluye los siguientes aspectos:
 - Establece que la capacidad personal se determinará en función de la renta y del patrimonio siendo equivalente a: la renta incrementada en un 5% de su patrimonio neto a partir de los 65 años de edad; en un 3 % de los 35 a los 65 años; en un 1% en los menos de 35 años.
 - La vivienda habitual sólo se tendrá en cuenta para el cálculo de la capacidad económica personal cuando la prestación que reciba el beneficiario sea de atención residencial a través de la Red de Servicios Sociales Pública, concertada o mediante una prestación vinculada a este servicio.
 - La capacidad económica mínima de la persona vendrá referenciada a la cuantía mensual del IPREM.
 - La participación en el coste del servicio se hará de forma progresiva, mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica hasta alcanzar el 90% del coste de referencia del servicio y se tendrá en cuenta la naturaleza de la prestación de dependencia reconocida, según se trate de un servicio o de una prestación económica.
 - Se establece que las Comunidades Autónomas o la Administración competente (en nuestro ámbito, y en relación con los Centros de día y residenciales para las Personas con Discapacidad y las Personas con Trastorno Mental, la Diputación Foral de Gipuzkoa) podrán establecer una mayor participación económica de la

Elementos básicos del derecho a los servicios del SAAD

persona beneficiaria en el coste de los servicios. En nuestra opinión, esto supone un cambio fundamental con respecto a la finalidad última de la Ley que era y sigue siendo garantizar un contenido mínimo común de derechos en todo el Territorio: lo lógico sería que la norma permitiera la posibilidad contraria, es decir, que las Administraciones competentes pudieran reducir la participación económica de la persona usuaria por debajo de los límites establecidos por el Estado. El hecho de que la puedan aumentar determina la eliminación de un mínimo común. Con todo, la norma no impide que se utilicen indicadores de mínimos exentos diferentes del estatal, que supongan una condición más ventajosa para la persona usuaria, si bien, en tal caso, será financiada con cargo al nivel adicional de protección.

- Los criterios se completan con las fórmulas aplicables, en función de los distintos servicios, para determinar la participación económica.

▪ *Referencias:*

- *Artículo 33 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*
- *Resolución de 13 de julio de 2012 por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la Mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*

Calendario de aplicación

- El acceso al SAAD está sujeto a un calendario de aplicación que ha sufrido modificaciones desde el 2006 con el fin de retrasar el acceso de una parte de las personas reconocidas con Grado I hasta el 1 de julio de 2015:
 - las personas que hubieran sido valoradas antes del 1 de enero de 2012 con Grado I Nivel 2 pero no tuvieran ya asignada un servicio o una prestación concretos;
 - las personas valoradas en Grado I Nivel I con anterioridad a esa fecha y las que sean valoradas en Grado I con posterioridad a esa fecha.

▪ *Referencias:*

- *Disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.*
- *10ª Propuesta de Mejora sobre Modificación del Calendario de Aplicación de la Ley de Dependencia. Resolución de 13 de julio de 2012 por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la Mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.*

Este marco de regulación del SAAD, que es el actualmente vigente, es resultado de sucesivas modificaciones introducidas a la normativa inicialmente aprobada en el año 2006:

- Algunas de esas modificaciones han supuesto la aplicación de criterios más restrictivos de acceso, como es el caso en particular de las siguientes:
 - la modificación del Baremo de Valoración de la Dependencia;
 - la posposición de la efectividad del derecho hasta el año 2015 para el Grado I (con las salvedades indicadas en la tabla anterior, en el apartado referido al calendario de aplicación);
 - la posibilidad abierta, como se ha indicado, a las Administraciones Competentes para prever un aumento de la participación económica de la persona usuaria en la financiación de los servicios con respecto a las previsiones estatales.
- Otras en cambio, han supuesto una ampliación del acceso:
 - Es el caso en particular con la apertura de la PEAP a todos los Grados y con la posibilidad abierta, dada la ambigüedad de la redacción, a su utilización para la provisión de cuidados profesionales de apoyo a las actividades de la vida diaria a persona que no requieren ese apoyo para asistir a actividades educativas, formativas o laborales.

- Es el caso también del incremento del 25% previsto para la cantidad mínima para gastos personales de las personas en situación de dependencia por razón de discapacidad, que se regula como criterio 10 entre los criterios de determinación de la capacidad económica contenida en la ya referida Resolución de 13 de julio de 2012.

2.1.2. Nivel autonómico: la Ley 12/2008, de 5 de diciembre de Servicios Sociales y su desarrollo normativo.

A nivel autonómico, la norma de referencia es la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales que reconoce el derecho subjetivo a los servicios sociales. Su ámbito es mucho más amplio que el de la normativa estatal, en dos sentidos: por un lado, extiende el derecho subjetivo al conjunto de los servicios sociales, mientras que aquella se limita al ámbito de la dependencia; por otro, en todos los ámbitos de intervención que abarca, extiende el derecho no sólo a las situaciones de necesidad reconocidas como tales, sino también a las situaciones de riesgo, con el fin de prevenir el agravamiento de las situaciones detectadas. .

Si bien, con carácter general, el texto opta por no asociar el derecho a los colectivos sino a la necesidad, cuando en su artículo 22 regula el Catálogo de prestaciones y de servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales sí diferencia, en el nivel de atención secundaria y en referencia principalmente a los recursos más pesados del Sistema, los diversos centros de día, de noche y residenciales en función de la población destinataria, incluyendo explícitamente entre ellos recursos específicos de día, de noche y residenciales para las personas con discapacidad y para las personas con trastorno mental.

Con todo, el Catálogo contenido en la Ley se limita a listar los servicios, dejando su desarrollo para la Cartera de Prestaciones y Servicios: esa Cartera se constituye así en el instrumento clave de la delimitación del derecho a los servicios sociales: ella define los servicios, establece las prestaciones que deben ofrecerse desde los mismos, delimita la población destinataria y establece los requisitos básicos de acceso y, en algunos casos, de no acceso (o exclusión) a los servicios. Sin ella, el derecho reconocido en la Ley difícilmente puede instrumentarse y hacerse efectivo.

Esta Cartera, en la actualidad en curso de aprobación tras hacerse alcanzado un acuerdo interinstitucional a finales de 2014, ha sufrido un fuerte retraso en su proceso de regulación, víctima de un cúmulo de dificultades:

- la primera, la indefinición existente en el Catálogo de la Ley de Servicios Sociales en relación con las modalidades de servicios contenidos en los apartados referidos a la atención diurna, nocturna y residencial de los niveles primario y secundario;
- la segunda, las dificultades para alcanzar acuerdos entre los tres niveles competenciales – autonómico, foral y municipal–, acuerdo sin el cual no puede aprobarse la Cartera, según lo previsto en el artículo 44.3 a) de la Ley de Servicios Sociales; en el ámbito específico de la atención a las personas con discapacidad y de las personas con trastorno mental, el debate se ha saldado con la asunción de todas las competencias relacionadas con los centros de día, ocupacionales y residenciales para estos colectivos por parte de las Diputaciones Forales;
- la tercera, el condicionante temporal: la regulación de la Cartera coincide plenamente con el periodo de crisis económica lo cual, sin duda, ha tenido un fuerte impacto en la delimitación del derecho.

Más recientemente, la aprobación a nivel estatal de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local ha surgido como un nuevo factor a

tener en cuenta en relación con este proceso de regulación, dado que esa normativa limita muy sustancialmente las competencias de los municipios en relación con la provisión de servicios sociales, lo cual entra en contradicción con las competencias que en este ámbito se han atribuido a los Ayuntamientos vascos, no ya desde la Ley de 2008, sino mucho antes, como se observa en la Ley de Servicios Sociales de 1996 y, más claramente, en el desarrollo aportado a la misma por el Decreto 155/2001, de 30 de julio, de determinación de funciones en materia de servicios sociales.

Elementos básicos del derecho a los servicios en el Sistema Vasco de Servicios Sociales

<p>Derecho subjetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El derecho subjetivo a los servicios sociales se reconoce en los siguientes términos: <ul style="list-style-type: none"> <i>“El acceso a las prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales se configura como un derecho subjetivo, dentro del marco de los requisitos generales de acceso al mencionado sistema y de los requisitos de acceso específicos que se regulen para cada prestación o servicio.</i> <i>Las personas podrán reclamar en vía jurisdiccional, bien directamente, bien a través de las personas jurídicas legalmente habilitadas para la defensa de los derechos e intereses legítimos colectivos, el cumplimiento del derecho a las prestaciones y servicios que reconoce la presente Ley. La tutela judicial comprenderá la adaptación de todas las medidas que sean necesarias para poner fin a la vulneración del citado derecho, así como para restablecer a la persona perjudicada en el ejercicio pleno del mismo”.</i> ▪ Referencia: <ul style="list-style-type: none"> - Artículo 2 de la Ley de Servicios Sociales.
<p>Ámbito material y subjetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El ámbito material del derecho subjetivo es mucho más amplio que en la normativa estatal, puesto que aquella se refiere únicamente al ámbito de la dependencia, mientras que la normativa vasca extiende el derecho subjetivo al conjunto de los ámbitos de actuación de los servicios sociales: <ul style="list-style-type: none"> - el ámbito de la dependencia (incluidos los servicios a través de los que se articula el SAAD); - el ámbito de la desprotección; - el ámbito de la exclusión; - el ámbito de la discapacidad; - el ámbito de la trastorno mental; - el ámbito de la emergencia social y de la urgencia social. - Por otra parte, las personas titulares del derecho abarcan en, los tres primeros ámbitos mencionados, tanto las situaciones de riesgo como las situaciones reconocidas de necesidad. ▪ Referencias: <ul style="list-style-type: none"> - Artículos 4 y 6 de la Ley de Servicios Sociales - Artículo 11.1 a) del Borrador de Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS.
<p>Sistema de Atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para garantizar el ejercicio del derecho reconocido estructura un Sistema Vasco de Servicios Sociales. ▪ Es un sistema de responsabilidad pública, integrado por prestaciones, servicios y equipamientos de titularidad pública y de titularidad privada concertada, convenida o contratada. ▪ Referencias: Artículo 5 de la Ley de Servicios Sociales en relación con su Título V.
<p>Prestaciones Económicas y Catálogo de Servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para dar contenido al derecho subjetivo se articula un Catálogo de Prestaciones y Servicios, dentro de los cuales se establecen dos niveles de atención: servicios de atención primaria y servicios de atención secundaria. ▪ Si bien el Catálogo de la Ley no resulta explícito al respecto, en el marco de la Cartera se ha acordado que los centros de día, ocupacionales y residenciales

Elementos básicos del derecho a los servicios en el Sistema Vasco de Servicios Sociales

destinados a las personas con discapacidad y trastorno mental se integrarían en el marco de la atención secundaria y recaerían en la competencia foral.

▪ *Referencias:*

- *Artículo 22 de la Ley de Servicios Sociales.*
- *Decreto Cartera Prestaciones y Servicios del SVSS (versión de diciembre 2014).*

El acceso al SVSS

- El acceso al Sistema Vasco de Servicios Sociales se articula mediante los siguientes elementos:

Reconocimiento del riesgo o de la situación de necesidad

- El acceso al SVSS queda condicionado a que se haya determinado la existencia de una situación de necesidad que puede ser:
 - una situación de riesgo de dependencia, de desprotección o de exclusión;
 - una situación reconocida de dependencia, desprotección o exclusión;
 - una discapacidad o trastorno mental diagnosticada;
 - una situación de emergencia social o urgencia social que pueda atenderse desde los servicios sociales.
- La existencia de una de dichas situaciones debe basarse en una valoración que debe realizarse con instrumentos comunes a todas las Administraciones que intervienen en el SVSS.
- Dichos instrumentos son, en el ámbito que nos interesa por su relación con los centros de día y los centros residenciales para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental:
 - En el ámbito de la dependencia:
 - los instrumentos determinados a nivel estatal (en la actualidad, BVD y EVE)
 - el instrumento que se acuerde para determinar a partir de qué situación se considera que existe riesgo de dependencia (lo lógico sería que fuera el propio BVD, a partir de una determinada puntuación).
 - En el ámbito de la discapacidad, aunque la norma no lo indica, serán de aplicación los baremos regulados por Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, modificado por el Real Decreto 1856/2012.
 - En el ámbito de la trastorno mental, no se aplicará ningún baremo, según se deriva de las fichas de Cartera que se refieren a estas personas, condicionándose el acceso a la existencia de un diagnóstico de trastorno mental crónica o de trastorno mental grave y prolongado emitido por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

- *Artículo 11 del Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del SVS (texto en curso de aprobación)*

Gama de recursos

- El reconocimiento de una situación de necesidad en base a los instrumentos de valoración que correspondan en cada caso, determina el servicio y/o prestaciones económica o la gama de servicios y/o prestaciones económicas de la Cartera susceptibles de responder a dicha situación, pero eso no significa que la persona

Elementos básicos del derecho a los servicios en el Sistema Vasco de Servicios Sociales

Idoneidad y prescripción técnica	<p>podrá acceder a todos ellos (de hecho, en algunos casos la gama de servicios puede incluir servicios incompatibles entre sí).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Referencias:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Artículo 12.1. del Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS (texto en curso de aprobación).</i>
Plan de Atención Personalizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El recurso o la combinación de recursos a los que la persona puede acceder, de entre la gama señalada anteriormente, depende de la idoneidad de los mismos para responder a las necesidades valoradas. ▪ La idoneidad depende de: <ul style="list-style-type: none"> - su mayor o menor adecuación a la situación personal, familiar, convivencial y relacional, incluida la disponibilidad de apoyos informales, y, en su caso, las características de la vivienda. - Su mayor o menor capacidad para ofrecer el tipo e intensidad de apoyo requerido. ▪ La idoneidad del recurso o combinación de recursos debe justificarse en la prescripción técnica del o de la profesional de referencia. ▪ En su determinación, se contará con la participación de la persona usuaria en base a su derecho a escoger el servicio, en función de su disponibilidad y atendiendo a su orientación y prescripción técnica. ▪ <i>Referencias:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Artículo 25.1 b) de la Ley de Servicios Sociales.</i> - <i>Artículo 12 del Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS (texto en curso de aprobación).</i>
Participación económica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Ley de Servicios Sociales prevé que en los casos en los que la persona profesional constata la necesidad de proceder a una intervención que requiere un seguimiento, debe elaborar un diagnóstico y si ese diagnóstico así lo aconseja debe elaborar un Plan de Atención Personalizada. ▪ En ese PAP deberá constar el conjunto de servicios y prestaciones cuya intervención se prevé. ▪ <i>Referencias:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Artículo 19 de la Ley de Servicios Sociales</i> - <i>Artículo 19 del Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS (texto en curso de aprobación)</i> - <i>Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del Instrumento de Diagnóstico Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales</i>
Participación económica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El acceso a los servicios y prestaciones del SVSS se condiciona al compromiso de pago del precio público en los servicios sujetos a copago, si bien con la salvaguarda de que en ningún caso podrá excluirse a una persona por razones económicas. ▪ La participación económica se determinará en función de: <ul style="list-style-type: none"> - El nivel de recursos económicos de la persona usuaria, obediendo su valoración a criterios de progresividad. En la determinación de los recursos, quedará excluida la vivienda o alojamiento que constituya su residencia habitual, salvo en el caso de una vivienda de carácter excepcional.

Elementos básicos del derecho a los servicios en el Sistema Vasco de Servicios Sociales

<p>Calendario de aplicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La unidad convivencial sólo se tendrá en cuenta a efectos de cómputo de recursos económicos en los casos en los que los miembros de la unidad dependan económicamente de la persona beneficiaria directa del servicio y en los casos en los que la beneficiaria directa sea una persona menor de edad. ▪ Se prevé la aplicación de exenciones y bonificaciones, para los casos en los que el nivel de recursos no permita hacer frente al precio público. ▪ Se prevé siempre la aplicación de una cuantía de libre disposición que variará en función de la naturaleza del servicio. ▪ <i>Referencias:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Artículo 25 e) y artículo 57 de la Ley de Servicios Sociales.</i> - <i>Artículo 10.1 e) del Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios (texto en curso de aprobación).</i>
<p>Calendario de aplicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Ley de Servicios Sociales, aprobada en 2008 estableció un plazo de 8 años para alcanzar la universalización de los servicios contemplados en el Catálogo; el plazo finaliza por lo tanto en 2016. ▪ <i>Referencia: Disposición Transitoria Primera de la Ley de Servicios Sociales.</i>

2.2. Las previsiones normativas en el ámbito de la atención sociosanitaria.

Un segundo gran bloque normativo que debe incidir en el régimen jurídico de los centros de día, ocupacionales y residenciales destinados a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental es el constituido por las previsiones normativas reguladoras de la atención sociosanitaria. No obstante lo anterior, al ser el espacio sociosanitario un espacio de confluencia entre dos ámbitos de atención, aspectos como la organización de los servicios, el diseño de los mecanismos de coordinación y la determinación de los instrumentos de valoración y orientación tienden a instrumentarse mediante instrumentos de coordinación y de planificación –acuerdos-marco de colaboración, convenios específicos de cooperación, planes estratégicos, directrices de actuación, líneas estratégicas, protocolos–, siendo de tenor muy general las previsiones normativas al respecto, tanto en la normativa estatal, como en la normativa autonómica¹⁶.

2.2.1. La atención sociosanitaria en la normativa estatal.

Aunque la Ley General de Sanidad de 1986 contenía alguna referencia a la atención sociosanitaria – en particular en relación con la atención a la salud mental–, la normativa estatal no definió dicha atención hasta la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que, en su artículo 14, aporta la siguiente definición de prestación sociosanitaria:

“la atención que comprende 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.”

¹⁶ El Informe Extraordinario del Ararteko “Atención Sociosanitaria: Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos” ofrece una descripción detallada de las referencias normativas en el ámbito estatal y autonómico a la atención sociosanitaria, más tarde retomado, sintéticamente, en el “Documento Marco para la Elaboración de las Directrices de la Atención Sociosanitarias en la Comunidad Autónoma Vasca” de diciembre 2010.

En virtud de lo anterior, tres años más tarde, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización incluye diversas referencias, muy sucintas, a la intervención coordinada de los servicios de salud y de los servicios sociales en diferentes áreas de atención:

- atención comunitaria;
- atención domiciliaria a pacientes inmovilizados;
- atención a las personas mayores en riesgo, en cuyo marco se prevé una valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria que conlleva la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada;
- atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas;
- detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en personas menores de edad, personas mayores y personas con discapacidad, previéndose la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran y, si procede, a los servicios sociales;
- atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada, en cuyo marco se prevé el *“seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado”*.

Las previsiones más recientes de la normativa estatal en materia sociosanitaria, también muy breve, viene de la mano de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia:

- En su artículo 3, dedicado a los principios, incluye entre ellos *“la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales”*.
- En su artículo 11, dedicado a la *“participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema”* prevé que deberán *“establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”*.
- Por último, en su artículo 21, que regula la prevención de las situaciones de dependencia establece que *“tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”*.

2.2.2. La atención sociosanitaria en la normativa autonómica.

Dada el muy genérico tenor de las disposiciones estatales, puede afirmarse que de todas las disposiciones normativas existentes en relación con el ámbito sociosanitario, sin duda las más explícitas son las contenidas en el artículo 46 de la Ley de Servicios Sociales de 2008, así como algunas menciones en el Borrador de Cartera de Prestaciones y Servicios Sociales.

La cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario en la Ley de Servicios Sociales

Definición de la atención sociosanitaria

- La atención sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.
- Debe, por lo tanto, considerarse que una determinada atención es de carácter sociosanitario cuando responde a las características señaladas en el punto anterior, con independencia de la titularidad social o sanitaria del dispositivo o establecimiento en el que se preste, del nivel de complejidad del mismo y de la designación formal sociosanitaria u otra que reciba tal dispositivo o establecimiento.

Colectivos particularmente susceptibles de ser atendidos

- Personas mayores en situación de dependencia.
- Personas con discapacidad.
- Personas con problemas de salud mental, en particular, las personas con trastorno mental grave y crónica y las personas con problemas de drogodependencias.
- Personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes.
- Personas convalecientes de enfermedades que, aun habiendo sido dadas de alta hospitalaria, todavía no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado.
- Personas con enfermedades terminales.
- Otros colectivos en riesgo de exclusión, en particular:
 - personas menores de edad en situación o riesgo de desprotección o problemas de comportamiento;
 - mujeres víctimas de violencia de género;
 - población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social.

Red de servicios

- Los servicios sociales y los servicios sanitarios pueden estructurar dispositivos de carácter exclusivamente sociosanitario o también unidades sociosanitarias, insertas en dispositivos o establecimientos de carácter más amplio.
- Para ello pueden actuar conjuntamente o actuar de forma independiente.

Cartera de servicios sociosanitarios

- Los servicios sociosanitarios son agregados de prestaciones incluidas en las respectivas carteras del sistema social y del sanitario, si bien aplicadas de forma simultánea, coordinada y estable, debiendo atenerse a lo previsto en la normativa vigente que resulte aplicable en función de su naturaleza social o sanitaria.
- En aplicación de lo anterior, en la Cartera de Prestaciones y Servicios Sociales, se determinan, para cada servicio:
 - Las prestaciones que deban considerarse propias del ámbito de los servicios sociales –independientemente de dónde se presten, es decir, se presten en el marco de un servicio social o en el marco de un servicio de naturaleza sanitaria–.
 - Las prestaciones sanitarias que se dan en algunos servicios sociales.
 - En algún caso, el carácter sociosanitario de determinados servicios: es el caso, por ejemplo de los centros de día y residenciales para personas con trastorno mental crónica.
- Además, la norma establece que, teniendo en cuenta la evolución de las necesidades mixtas y complejas susceptibles de ser atendidas en su

La cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario en la Ley de Servicios Sociales

Instrumentos y cauces de coordinación

marco, cabe articular una Cartera de servicios sociosanitarios u otras fórmulas o instrumentos que garanticen la idoneidad de la atención.

- En aplicación de esta previsión, el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria incluyó en las líneas estratégicas aprobadas en 2013 la definición de una Cartera de Servicios Sociosanitarios, cuya elaboración ya se ha iniciado.

- La coordinación sociosanitaria, y en particular la coordinación de la atención personalizada, se articulará a través de programas o procesos de intervención en los que tomarán parte servicios de ambos sistemas, velándose por la continuidad de cuidados.
- La cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario se articulará a través de los siguientes cauces:
 - A nivel autonómico: el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, cuya finalidad es la orientación y el seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de coordinación sociosanitaria.
 - A nivel foral y municipal: consejos territoriales, comisiones u otros órganos de carácter mixto, orientados a promover y facilitar la coordinación sociosanitaria en los niveles de atención primaria y secundaria, así como en el marco del trabajo interdisciplinar y en el diseño de los itinerarios de intervención con las personas usuarias.

Lo cierto es que la construcción del espacio sociosanitario está resultando ser un proceso muy largo que está tardando en estructurar vías de respuesta eficaces a las necesidades existentes, aunque es de esperar que las actuaciones promovidas en la actualidad por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria sean el impulso definitivo para esa construcción, dada la relevancia que, para dicha construcción, presentan las Líneas Estratégicas aprobadas en 2013 por dicho Consejo:

- Definición de una Cartera de Servicios Sociosanitarios.
- Implantación de un Sistema de Información y Comunicación Sociosanitario.
- Formalización de Acuerdos Sociosanitarios entre Sectores.
- Plan de Desarrollo en Colectivos Diana.
- Impulso de la Formación, Innovación y Transferencia de Conocimiento.

2.2.3. *La atención sociosanitaria en la normativa foral.*

En este marco de desarrollo del espacio sociosanitario, Gipuzkoa es probablemente el Territorio en donde mayores avances se han dado a lo largo de los últimos 20 años, habiéndose formalizado convenios de cooperación entre la Diputación Foral y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco desde los años 90.

Tras algunos acuerdos específicos, referidos a la atención prestada en centros concretos, en 1996 se firmó un Acuerdo Marco de Colaboración entre el Departamento de Sanidad/Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de

Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades sociosanitarias del Territorio Histórico de Gipuzkoa, que se desarrollaría a través de acuerdos específicos. Se establecía también la Comisión Territorial de Atención Sociosanitaria y una serie de comisiones sectoriales. Este acuerdo fue el embrión de la estructura sociosanitaria en Gipuzkoa y, más adelante en la CAPV, en la medida en que fue el referente para posteriores acuerdos en otros territorios y a nivel autonómico.

Con posterioridad se fueron formalizando acuerdos específicos, y algunos de ellos se centran en la atención sociosanitaria a las personas con trastorno mental:

- Convenio de colaboración para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros ocupacionales para enfermos mentales en Gipuzkoa (2000).
- Protocolo de Actuación para la integración en trabajo protegido de enfermos mentales crónicos de Gipuzkoa (2000).
- Convenio de colaboración para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en centros de día psicosociales para enfermos mentales crónicos (2002).

3. EL MARCO NORMATIVO ESPECÍFICO EN RELACIÓN CON LOS CENTROS DE DÍA, OCUPACIONALES Y RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL.

El marco normativo específico en relación con los centros de día, ocupacionales y residenciales para personas con discapacidad viene dado, básicamente, por cuatro tipos de disposiciones:

- por un lado, las previsiones específicas de la Cartera de Prestaciones y Servicios que, lógicamente, se engarzan directamente en el marco general descrito en apartados anteriores;
- por otro, las disposiciones forales reguladoras del procedimiento de acceso a estos servicios y de la participación económica de la persona usuaria;
- por otro, las previsiones centradas en la determinación de los requisitos materiales, funcionales y de personal a los que deben ajustarse estos centros, previsiones determinadas en parte por la normativa estatal y, en parte por la normativa autonómica.

3.1. El acceso a los Servicios de Alojamiento y a los Servicios de Día y Ocupacionales en la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Atendiendo a las previsiones del Catálogo de Prestaciones y Servicios contenido en el artículo 22 de la Ley de Servicios Sociales, el Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios (que, a fecha de cierre de este documento y tras el acuerdo interinstitucional alcanzado en diciembre de 2014, se encuentra en proceso de aprobación), distingue los siguientes tipos y subtipos de servicios:

SERVICIOS DE ALOJAMIENTO (RESIDENCIALES), DE DÍA Y OCUPACIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y TRASTORNO MENTAL EN EL DECRETO DE CARTERA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS DEL SISTEMA VASO DE SERVICIOS SOCIALES

Categoría de servicios	Tipos y subtipos de servicios	Población destinataria
Servicio o centro de día para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía (ficha 2.2.1)	<p>→ Servicio o centro de día para personas con discapacidad o para personas con trastorno mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de autonomía personal para personas con graves limitaciones físicas u orgánicas ▪ Servicio o centro de día para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo ▪ Servicio o centro de día para personas con trastorno mental crónica (<i>de naturaleza socio-sanitaria</i>) 	<p>→ Personas con calificación de discapacidad superior al 60 % o con reconocimiento de dependencia. Edad: sin límites de edad</p> <p>→ Personas con calificación de discapacidad superior al 60 % o con reconocimiento de dependencia. Edad: entre 18 y 64 años.</p> <p>→ Personas con un diagnóstico de trastorno mental crónica o trastorno mental grave y prolongado, emitido por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, o con reconocimiento de dependencia derivada de dicha enfermedad o trastorno. Edad: entre 18 y 64 años.</p>
Servicio o centro ocupacional (ficha 2.2.2.)	→ <i>Sólo se prevé un tipo en la norma</i>	→ Personas con discapacidad de grado igual o superior al 33%. Edad: entre 18 y 64 años. Personas con trastorno mental crónica que tengan ese grado de discapacidad o cuenten con un diagnóstico de trastorno mental crónica o de trastorno mental grave y prolongado, emitido por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Edad: entre 18 y 64 años.
Centro de noche para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía (ficha 2.3.1.)	→ Centro o servicio de noche para personas con discapacidad	→ Personas en situación de dependencia. Edad: 18 o más años. <i>Al definir la población en la ficha correspondiente a este servicio no se alude ni al grado de discapacidad ni a la trastorno mental al definir la población.</i>
Centros residenciales	<p>→ Centros residenciales para personas con discapacidad (ficha 2.4.2.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viviendas con apoyos ▪ Residencias <p><i>La ficha no establece ningún elemento de diferenciación entre ambos subtipos.</i></p> <p>→ Centros residenciales para personas con trastorno mental (ficha 2.4.3.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viviendas con apoyos: atienden a personas que no requieren supervisión continua, que se 	<p>→ Personas con discapacidad con reconocimiento de dependencia. Edad: entre 18 y 64 años en el momento del acceso. Con carácter excepcional: personas menores de edad.</p> <p>→ Personas que cuentan con un diagnóstico de trastorno mental crónica o de trastorno mental grave y prolongado emitido por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y con</p>

SERVICIOS DE ALOJAMIENTO (RESIDENCIALES), DE DÍA Y OCUPACIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y TRASTORNO MENTAL EN EL DECRETO DE CARTERA DE PRESTACIONES Y SERVICIOS DEL SISTEMA VASO DE SERVICIOS SOCIALES

Categoría de servicios	Tipos y subtipos de servicios	Población destinataria
	<p>encuentran en proceso de inclusión, social y laboral, y a su vuelta a una vida normalizada, participan durante el día en actividades formativas y de desarrollo personal que se ofrecen fuera del servicio. Estos servicios cuentan con personal cuidador durante las horas en la que hay personas usuarias presentes en los mismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Residencias: Atienden a personas que requieren supervisión continua y/o ayuda para realizar actividades de la vida diaria, contando con personal cuidador de forma permanente. 	<p>reconocimiento de dependencia derivado de dicha enfermedad. Edad: 18 o más años en el momento del acceso. Con carácter excepcional: personas menores de edad.</p>

3.2. El acceso a los servicios en la normativa foral del Territorio Histórico de Gipuzkoa y la participación económica de la persona usuaria.

3.2.1. El acceso a los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales.

En el Territorio Histórico de Gipuzkoa, el acceso a los servicios de alojamiento y a los servicios de día y ocupacionales para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental integrados en la red foral de atención —ya se trate de servicios de titularidad pública, ya de servicios concertados o convenidos con entidades privadas— se rige por dos normas de muy reciente aprobación:

- El Decreto Foral 7/2015, de 24 de marzo, por el que se regula el régimen de acceso a los servicios residenciales y de centro de día para personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa constituye una piedra angular del sistema que, en el ámbito de la atención a personas con discapacidad, colma el vacío normativo existente hasta la fecha, y en el ámbito de la atención a personas con trastorno mental deroga la regulación vigente hasta entonces, contenida en el Decreto Foral 57/2002, de 5 de noviembre, por el que se regula el régimen de acceso a los recursos sociosanitarios de las personas en situación de exclusión social y/o dependencia. En síntesis, sus principales características son las siguientes:
 - En términos de contenido, interesa resaltar, tal y como se explica en su Exposición de Motivos, que la norma regula únicamente el régimen de acceso, sin entrar ni en la regulación del procedimiento de valoración de la dependencia y de reconocimiento del derecho a los servicios y prestaciones —que, siendo de competencia foral, se estima merecedor de una regulación diferenciada—, ni en la regulación del procedimiento de diseño del plan de intervención, denominado Plan de Atención Personalizada según la Ley de Servicios Sociales y Programa Individual de Atención según la Ley de Dependencia —señalando el texto que tal procedimiento recae principalmente en los Servicios Sociales de Base y que, en consecuencia, su regulación recae en la competencia municipal.

- Como se ha indicado en el apartado de contexto normativo, el ámbito subjetivo de aplicación se extiende al conjunto de las personas en situación de dependencia, y no únicamente a las personas con discapacidad y a las personas con enfermedad mental, si bien, el texto prevé las especificidades asociadas a las características de las necesidades propias de los distintos colectivos.
 - En sus disposiciones generales, la norma establece la definición y la clasificación de los servicios residenciales y de día que recaen en su ámbito de aplicación:
 - . Tanto en el caso de los servicios dirigidos a personas con discapacidad como en el de los dirigidos a personas con enfermedad mental, se diferencian dos grandes modalidades de servicios de alojamiento: los centros residenciales y las viviendas con apoyos, distinguiéndose entre estas últimas diversas variantes: alojamientos polivalentes, unidades de convivencia, pisos tutelados y hogares de grupo. Esos dos grandes tipos de servicios son también los previstos en la ordenación de la red de centros que se incluye en el Modelo de Atención, si bien, en este último, cada tipo de servicio se clasifica en diversas modalidades determinadas en función del nivel de apoyo ofrecido —limitado, extenso o generalizado— y cada modalidad se desglosa en variantes determinadas en función del colectivo al que, principalmente, aunque no exclusivamente, se dirigen.
 - . En el caso de los servicios de día, no se diferencian modalidades ni en los centros de día para personas con discapacidad, ni en los denominados centros de día de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental de naturaleza sociosanitaria, no haciéndose ninguna mención expresa, ni en un caso ni en otro, a los servicios ocupacionales.
 - En la regulación del procedimiento de acceso propiamente dicho se diferencian tres tipos procedimentales, diferenciados en función de la mayor o menor celeridad requerida para el acceso:
 - . El procedimiento ordinario, para cuya resolución se prevé un plazo de 3 meses a contar de la fecha de solicitud.
 - . El procedimiento urgente de acceso, para situaciones que requieran una atención prioritaria y necesiten ser atendidas con mayor celeridad que la prevista en el procedimiento ordinario.
 - . El procedimiento en situaciones de emergencia social o urgencia social, para situaciones producidas por un hecho no previsto, debido a causas naturales o provocadas, que afecta y compromete las capacidades personales, los recursos y medios de subsistencia, las relaciones o redes sociales y familiares y la seguridad, quedando las personas afectadas en una situación de desprotección grave, que precisa de una intervención inmediata e ineludible para evitar que se agrave y/o les genere mayor perjuicio.
 - El texto regula asimismo, por tratarse de procedimientos indisociables de la regulación del acceso a los servicios, otros dos procedimientos:
 - . El procedimiento de gestión de plazas, que incluye la regulación de la lista de espera, de los criterios de adjudicación de las plazas y de la gestión de los supuestos en los que la persona no acepta las plazas asignadas.
 - . El procedimiento de incorporación efectiva a un centro, que incluye la regulación de los ingresos y de los traslados.
 - El texto se cierra con un capítulo dedicado a los derechos y obligaciones de las personas usuarias.
- Por su parte, el Decreto Foral 12/2015, de 21 de abril, por el que se regula el servicio residencial de estancias temporales para personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, colma también un vacío normativo tanto en relación con las personas con

discapacidad como en relación con las personas con enfermedad mental. En efecto, hasta el presente, como resultado de una tradición ampliamente arraigada en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, basada en la proximidad y la cercanía de las entidades y asociaciones del mundo de la discapacidad con respecto a las familias, el acceso a las estancias temporales se hacía directamente a través de la entidad prestadora del servicio residencial. Como señala la Exposición de Motivos, esto ha permitido un servicio muy cercano y ágil, que ha respondido adecuadamente a las necesidades de las familias. Sin embargo, se trata de un procedimiento que no garantiza un acceso equitativo sobre la base de criterios homogéneos, de modo que conviene proceder a una regulación que contemple el acceso a las estancias temporales por la vía de la presentación de la solicitud a través de los Servicios Sociales de Base y de su gestión por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral.

En esta breve descripción, sólo se destacan dos aspectos principales de la regulación:

- Por un lado, la tipología de estancias temporales en la que se incluyen tres modalidades:
 - . Estancias de respiro: se dirigen a personas en situación de dependencia, habitualmente atendidas por personas cuidadoras no profesionales, con el fin de ofrecer a la persona cuidadora principal la posibilidad de disponer de un tiempo para su descanso, recuperación y/o desarrollo personal, o para hacer frente a una situación de necesidad que le impida el ejercicio de sus funciones de cuidado. Estas estancias pueden ser de corta o larga duración, determinándose sus duraciones mínimas y máximas por orden foral.
 - . Estancias extraordinarias para garantizar la continuidad de cuidados: el origen de estas estancias es una situación imprevista o sobrevenida para la que hay que gestionar una solución estable. Dicha situación sobrevenida puede estar relacionada tanto con la persona en situación de dependencia, como con quienes se ocupan de su cuidado o con el entorno en el que viven.
 - . Estancias de elección personal: estas estancias permiten dar opción a que la persona incluya en su plan de vida este servicio para su desarrollo personal o satisfaga necesidades de difícil cobertura en su entorno habitual.
- Por otro, la previsión de dos procedimientos complementarios:
 - . El procedimiento previo, que consiste en tramitar la admisión en el Servicio de Estancias Temporales en Centros Residenciales: de algún modo, consiste en solicitar el alta en ese Servicio para poder ser usuario del mismo.
 - . El procedimiento de solicitud de un periodo de estancia temporal en centro residencial: para poder acceder a este segundo procedimiento y solicitar una estancia concreta en un servicio residencial, es indispensable que la persona haya sido previamente admitida en el Servicio de Estancias Temporales, a través del procedimiento referido en el punto anterior.

3.2.2. La participación económica de la persona usuaria.

En el Territorio Histórico de Gipuzkoa, la participación económica de la persona usuaria a los servicios de alojamiento, de día y ocupacionales para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental, integrados en la red foral de servicios sociales —ya se trate de servicios de titularidad pública, ya de servicios concertados o convenidos con entidades privadas— se rige por una norma también muy reciente, a saber el Decreto Foral 15/2015, de 2 de junio, por el que se regula el régimen de aportación económica de las personas usuarias de los centros de atención a la dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

Al igual que la normativa de acceso, la aprobación de esta regulación sobre participación económica de las personas usuarias garantiza un tratamiento homogéneo y coherente, mediante el establecimiento de unos criterios comunes para la determinación de la capacidad económica de las

personas usuarias de los servicios de atención a la dependencia de la red foral, ya se trate de personas mayores, personas con discapacidad o personas con enfermedad mental, y ya se trate de servicios de alojamiento (permanente o temporal) o de servicios de atención diurna. En efecto, dado que, de momento, no se ha aprobado la normativa autonómica reguladora de los criterios generales de participación de las personas usuarias en la financiación de los servicios, en cumplimiento de lo establecido en la disposición transitoria séptima de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, esta regulación foral —totalmente ajustada, según señala su Exposición de Motivos, a las previsiones generales contenidas en el artículo 57 de la referida Ley de Servicios Sociales— se constituye en referente normativo en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, sin perjuicio de que, en su caso, deba modificarse, cuando finalmente se aprueben los criterios generales de participación económica a nivel autonómico.

La norma estructura sus contenidos en dos grandes bloques:

- Los criterios para la determinación de la participación económica de la persona usuaria, en cuyo marco se regulan:
 - Los supuestos de pago íntegro de la aportación máxima, de exención y de bonificación, así como las cuantías de libre disposición.
 - Las reglas aplicables para la valoración de la capacidad económica, incluyendo la definición de la capacidad económica (y de los componentes a tener en cuenta para su determinación), de la unidad de convivencia, de la renta (con indicación también de las rentas exentas), del patrimonio (con indicación del patrimonio exento)
 - Las reglas para la determinación de la aportación económica de la persona usuaria, diferenciando aquí los criterios aplicables en función del tipo de servicio, tanto en relación con los componentes que deben considerarse a la hora de determinar la capacidad económica (renta y patrimonio, o únicamente renta, según los casos), como en relación con las fórmulas aplicables en unos y otros casos para determinar la aportación económica. Asimismo, se prevén los criterios aplicables en casos de concurrencia de servicios.
- El segundo bloque de la norma se centra en las reglas de devengo, pago y garantías, y entre ellas destacan dos previsiones:
 - El artículo 43, que regula las personas obligadas al pago, incluye, en aplicación de lo previsto en el artículo 57.6. de la Ley de Servicios Sociales, que estarán subsidiariamente obligadas al pago de la aportación económica aquellas personas que se hayan visto favorecidas por una o varias transmisiones patrimoniales, realizadas a título gratuito por la persona usuaria o por su cónyuge, en los cinco años inmediatamente anteriores a la solicitud de acceso al servicio. La obligación del pago alcanzará hasta el importe equivalente al valor del bien donado, siendo éste el valor catastral cuando se trata de bienes inmuebles y el valor actual de mercado en el momento de la solicitud del servicio cuando se trata de bienes muebles.
 - La segunda previsión destacable se refiere al aplazamiento parcial del pago y al consecuente reconocimiento de deuda, pero sólo resulta aplicable a los servicios residenciales en los que, a efectos de determinar la capacidad económica (y la aportación económica correspondiente), se tiene en cuenta el patrimonio, lo que significa que no resulta de aplicación en el caso de los servicios residenciales y de los servicios de atención diurna destinados a personas con discapacidad y a personas con enfermedad mental.

3.3. Las normas reguladoras de los requisitos materiales, funcionales y de personal, aplicables a los centros de día, ocupacionales y residenciales para personas con discapacidad y para personas con trastorno mental.

Si bien, con carácter general, la regulación de los requisitos materiales, funcionales y de personal que deben cumplir los servicios y centros para ser autorizados recae en la competencia autonómica, resultan también de aplicación algunas disposiciones básicas de nivel estatal que, en ámbitos muy específicos, condicionan dicha regulación. Ese es el caso de los centros de día, ocupacionales y residenciales destinados a las personas con discapacidad y a las personas con trastorno mental.

3.3.1. Disposiciones básicas a nivel estatal.

A nivel estatal, son dos las disposiciones vigentes que inciden en los requisitos exigibles a los centros aquí referidos: por un lado, una norma ya antigua, el Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, por el que se regulan los Centros Ocupacionales para Minusválidos; por otro, las previsiones, mucho más recientes, contenidas en los criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia contenidos en la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.

- **La regulación de los centros ocupacionales.** El Real Decreto de 1985 es una norma muy básica que, en términos de requisitos materiales, funcionales y de personal, contiene limitadas condiciones y se centran en aspectos organizativos y de funcionamiento. Son las siguientes:
 - La más importante, sin duda, es la que señala que la organización y métodos de las actividades a desarrollar en los centros deben tender a favorecer la futura incorporación de las personas con discapacidad al trabajo productivo, por cuanto determina la orientación que, según la norma, deben adoptar estos centros.
 - Se prevé la posibilidad de establecer sistemas de premios o recompensas en orden a fomentar la más adecuada integración en las actividades del centro, debiendo en todo caso ser supervisados por los Equipos Multiprofesionales.

Por su parte, las referencias a los requisitos materiales y de personal son de un tenor muy general y se limitan a indicar que deberán ser las adecuadas a los fines de estos centros, sin entrar a detallar ratios y cualificaciones del personal, ni condiciones materiales mínimas en términos de espacio o de estructuración.

- **Los criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.** Estos criterios de acreditación son aplicables tanto a los centros dependientes de entidades privadas concertadas (o convenidas), como condición de su integración en el SAAD, como a los centros dependientes de entidades privadas no concertadas, como condición a su utilización en el marco de la prestación económica vinculada al servicio (la Resolución establece además que estas exigencias mínimas de calidad previstas para la acreditación de centros de titularidad privada constituyen también un mínimo exigible a los centros de titularidad pública).

Los criterios previstos afectan a seis ámbitos de acreditación: recursos materiales y equipamiento; recursos humanos; documentación e información; accesibilidad; calidad en el empleo; y mejora progresiva de la calidad. El ámbito de los recursos humanos es, con diferencia, el más desarrollado en la norma:

- Se establecen requisitos de cualificación académica y/o profesional exigibles en función del tipo de personal así como el ritmo de exigencia aplicable a dicha cualificación.
- Se impone a la entidad prestadora del servicio la obligación de elaborar y desarrollar planes de formación debiendo dicha formación adecuarse a los puestos de trabajo con el fin de facilitar la homologación o el acceso a las cualificaciones exigidas.
- Se establecen ratios globales en función del tipo de centro y del grado de dependencia de las personas atendidas y ratios específicas para la categoría específica de cuidador/a o análogas; estas ratios se determinan en base a la media entre las ratios medias y máximas vigentes en 2008 en las Comunidades Autónomas. Se fija su exigibilidad para el año 2011 (indicándose también que en 2012 se harían nuevas previsiones que serían exigibles a partir de 2015, pero esa nueva previsión de momento no se ha realizado). La norma prevé ratios diferenciadas en función del tipo de servicio o centro; las que afectan al ámbito de la discapacidad son las siguientes:

Criterios Comunes de acreditación en el marco del SAAD			
Previsiones para servicios destinados a personas con discapacidad			
Tipo de ratio	Tipo de centro	Grado II	Grado III
Ratios globales exigibles en 2011	Residencia para personas con discapacidad física	0,61	0,64
	Residencias para personas con discapacidad intelectual	0,60	0,63
	Centro de día para personas con discapacidad física	0,29	0,30
	Centro de día para personas con discapacidad intelectual	0,30	0,32
Ratios específicas para la categoría profesional de cuidador/a o similar	Residencia para personas con discapacidad física	0,42	0,44
	Residencias para personas con discapacidad intelectual	0,42	0,44
	Centro de día para personas con discapacidad física	0,12	0,13
	Centro de día para personas con discapacidad intelectual	0,18	0,19

No diferencia previsiones específicas para los servicios y centros destinados a personas con trastorno mental.

3.3.2. Los requisitos materiales, funcionales y de personal en la normativa autonómica.

La regulación específica de los requisitos de autorización recae en la competencia autonómica y así se refleja en el artículo 40.1 a) de la Ley de Servicios Sociales¹⁷, que, por otra parte, en su disposición adicional cuarta otorga al Gobierno Vasco un plazo de 2 años para proceder a los servicios que aparecen en el Catálogo¹⁸. Lógicamente, el proceso de regulación de las características

¹⁷ El artículo 40 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales estipula las competencias del Gobierno Vasco y, dentro de la potestad reglamentaria que le atribuye en su párrafo primero señala expresamente “la ordenación de los servicios sociales, regulando la autorización, el registro, la concertación, la homologación y la inspección de centros y servicios, así como los requisitos materiales, funcionales y de personal para su autorización y funcionamiento.” La regulación del procedimiento de autorización, registro, homologación e inspección se hizo en el año 1998, Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

¹⁸ La Disposición adicional cuarta sobre Regulación de los servicios y centros de servicios sociales se expresa en los siguientes términos: “El Gobierno Vasco procederá, en el plazo de dos años a contar de la fecha de entrada en vigor de la presente ley, a la regulación de los requisitos materiales, funcionales y de personal exigidos a los servicios y centros de servicios sociales al objeto de su autorización y homologación, pudiendo proceder, al efecto, a la regulación conjunta de servicios y centros de similares características”.

de los servicios no es una novedad de la Ley de 2008: algunas normas reguladoras de los requisitos aplicables a los servicios ya se habían venido aprobando en aplicación de la ley de 1996 y con posterioridad a la normativa general reguladora de la autorización, registro, homologación e inspección de servicios y centros de 1998; estas disposiciones, no obstante, se referían a servicios destinados a otros colectivos, en concreto a personas mayores, infancia, y mujeres víctimas de maltrato.

En relación con los servicios destinados a personas con discapacidad, la única normativa autonómica que pervivía era una disposición que data de mediados de los 80, a saber el Decreto 257/1986, de 18 de noviembre, sobre Servicios Sociales para Minusválidos, modificado por Decreto 85/1994, de 8 de febrero. Esta norma, no obstante, debe entenderse derogada por la Ley de Servicios Sociales, por cuanto entra en contradicción con ella: en efecto, además de incluir disposiciones referidas a la valoración y al reconocimiento de la discapacidad, a la orientación y al acceso a los servicios –materias que deben regirse por lo previsto en la Ley de Servicios Sociales en relación con el procedimiento básico de intervención y, en el futuro, por lo que prevean las disposiciones de Cartera y, en su caso, disposiciones forales reguladoras del procedimiento de valoración, orientación y acceso a los servicios– incluye también la regulación de los requisitos de acceso –materia que sería propia de la Cartera– así como una clasificación de centros que tendría difícil ajuste a las previsiones de Cartera. En cualquier caso, sus previsiones en términos de requisitos materiales, funcionales y de personal presentaban un tenor muy genérico.

A partir de la Ley de Servicios Sociales, la concentración de los esfuerzos en unos desarrollos básicos que han sufrido muy considerables retrasos –la Cartera, el Mapa de Servicios, la regulación de la participación económica de las personas usuarias, y las dificultades asociadas a la regulación de la figura de concierto prevista en la Ley– ha conllevado asimismo retrasos en otros desarrollos normativos y uno de ellos es el de la regulación de los requisitos aplicables a los centros. Con todo, algunos avances sí se van observando y precisamente en el ámbito de los servicios destinados a personas con discapacidad.

Así, al margen de la regulación del Servicio de Atención Temprana, que se encuentra muy avanzada incluso en términos de debate interinstitucional, existe también ya un Borrador normativo sobre centros residenciales para personas con discapacidad ya remitido a las Diputaciones Forales, para iniciar un proceso de aportaciones. Asimismo, en la memoria explicativa de los Presupuestos de 2014, el Departamento de Empleo y Políticas Sociales anunció que a lo largo de la legislatura, además de culminar el desarrollo de los principales instrumentos de la Ley de Servicios Sociales, se tramitarían algunos decretos reguladores de servicios, y citaba, a título ilustrativo, no sólo el de servicios residenciales para personas con discapacidad sino también el de centros de día y ocupacionales para este colectivo. Cabe suponer que, posteriormente, se abordará asimismo la regulación de los servicios de día y residenciales destinados a las personas con trastorno mental.

El Borrador de Decreto regulador de los Centros Residenciales para Personas Con Discapacidad en curso de elaboración en la actualidad a nivel autonómico tiene en cuenta las previsiones estatales, aun cuando se hayan tenido en cuenta también otras consideraciones como es, sin duda, la realidad de los servicios y las recomendaciones procedentes de entidades especializadas cuyo criterio goza de aceptación en el sector. En todo caso, tratándose de un borrador, es previsible que sus contenidos varíen en función de las aportaciones que se realicen a esta versión inicial y a otras alegaciones que pudieran realizarse a lo largo del procedimiento. Por lo tanto, la breve descripción que se incluye a continuación es también provisional.

Siguiendo la fórmula que es habitual en este tipo de normas, el borrador autonómico se estructura en tres grandes capítulos dedicados respectivamente a la regulación de los requisitos materiales, funcionales y de personal aplicables a los centros residenciales, precedidos de un capítulo de disposiciones generales:

- En el Capítulo de Disposiciones Generales destaca, particularmente, el ámbito de aplicación, en la medida en que, en relación con la disposición transitoria primera, prevé la no aplicación de los requisitos contemplados en el Decreto a los centros que, a su fecha de entrada en vigor, ya se encuentren concertados, convenidos o contratados por las Diputaciones Forales, lo cual limita su aplicación a los centros que se creen con posterioridad a su entrada en vigor y a los centros que, aun existiendo a su entrada en vigor, no estén integrados en el SVSS. También estipula que el Decreto no será aplicable a los centros residenciales y a los centros de día para personas con trastorno mental, que contarán con una regulación específica, siguiendo así la distinción que hacen tanto el Catálogo de la Ley de Servicios Sociales como el Decreto de Cartera (en proceso de aprobación a la fecha de cierre de este documento). Por su parte, la definición de los servicios se ajusta a las previsiones de dicho Decreto de Cartera, si bien en la previsión de las modalidades –viviendas con apoyos y residencias– se prevé un número de plazas máximo para cada una de ellas.
- La regulación de los requisitos materiales se articula en dos secciones, dedicadas respectivamente, a las características instalaciones generales y a la zonificación y característica de las diversas dependencias, diferenciando entre zonas comunes y habitaciones. Destaca, en este primer borrador, la alta proporción de habitaciones individuales exigibles (esto se explica por el hecho de que, dado lo referido anteriormente en relación con el ámbito de aplicación del Decreto, fundamentalmente afectará a centros de nueva creación).
- La regulación de los requisitos funcionales incluye previsiones relacionadas con cuatro aspectos, organizados en secciones diferenciadas: el modelo de atención; la fase de ingreso, con la evaluación de necesidades y al planificación individual de los apoyos; los aspectos básicos de la relación de apoyo, que incluye directrices aplicables en situaciones de riesgo, y las pautas básicas de organización y funcionamiento de los centros (incluyendo requisitos relacionados con la evaluación y mejora continua de la calidad y con la documentación, de conformidad con las previsiones estatales ya aludidas). La norma establece así como primer requisito funcional la adopción de modelo de atención basado en el sistema de apoyos, la planificación centrada en la persona, el modelo de calidad de vida y la garantía de derechos, lo cual sitúa en un mismo enfoque de atención al borrador normativo y al Modelo de Atención en Centros de Día, Ocupacionales y Residenciales para Personas con Discapacidad y para Personas con Trastorno Mental.
- Los requisitos de personal siguen la estructura comúnmente adoptada en esta materia, regulándose las categorías y responsabilidades profesionales, la cualificación profesional, y las ratios de personal, así como las condiciones de actuación de personas ajenas al centro en el marco de voluntariado, prácticas académicas y profesionales, estudios de investigación). Las ratios se diferencian en función del colectivo al que se dirigen –personas con discapacidad intelectual, personas con trastornos del desarrollo y personas con discapacidades físicas u orgánicas–, en función de la modalidad de centro –vivienda con apoyos o residencia– así como en función del grupo de profesionales al que se aplican –personal de equipo técnico y personal de atención directa–. Opta así por evitar el establecimiento de ratios globales, lo cual resulta acertado en la medida en que la aplicación de requisitos en función del grupo de personal garantiza mejor la proporción de profesionales atendiendo a sus distintas funciones.

REFERENCIAS NORMATIVAS

Ámbito internacional - Organización de las Naciones Unidas

- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 13 de diciembre de 2006. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Estado

- Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local. BOE de 30 de diciembre de 2013. <http://boe.es/boe/dias/2013/12/30/pdfs/BOE-A-2013-13756.pdf>
- Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE de 31 de diciembre de 2013. <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/31/pdfs/BOE-A-2013-13811.pdf>
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social. BOE de 3 de diciembre de 2013. <http://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>
- Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la Mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. BOE de 3 de agosto de 2012. <http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/03/pdfs/BOE-A-2012-10468.pdf>
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. BOE de 14 de julio de 2012. <http://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de Adaptación Normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. BOE de 2 de agosto de 2011. Acceso al texto consolidado, siendo la última modificación de 27 de diciembre de 2012: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-13241-consolidado.pdf>
- Real Decreto 174/2011, de 14 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE de 18 de febrero de 2011. <http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>
- Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. BOE de 17 de diciembre de 2008. <https://www.boe.es/boe/dias/2008/12/17/pdfs/A50722-50725.pdf>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE de 15 de diciembre de 2006. Acceso a la versión del texto consolidada: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización. BOE de 16 de septiembre de 2006. <http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE de 29 de mayo de 2003. <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE de 29 de abril de 1986. <http://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, por el que se regulan los Centros Ocupacionales para Minusválidos. BOE de 9 de diciembre de 1985. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1985/BOE-A-1985-25592-consolidado.pdf>

Comunidad Autónoma del País Vasco

- Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del Instrumento de Diagnóstico Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales. *BOPV de 26 de junio de 2013*. <https://www.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2013/06/1302907a.pdf>
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. *BOPV de 24 de diciembre de 2008*. <http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>
- Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la Carta de Derechos y Obligaciones de las Personas Usuarias y Profesionales de los Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el Régimen de Sugerencias y Quejas. *BOPV de 23 de abril de 2004*. <http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2004/04/0402139a.pdf>
- Decreto 155/2001, de 30 de julio, de determinación de funciones en materia de servicios sociales. *BOPV de 27 de agosto de 2001*. <http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2001/08/0104794a.pdf>
- Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la Autorización, Registro, Homologación e Inspección de los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco. *BOPV de 2 de abril de 1998*. <http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/1998/04/9801439a.pdf>
- Decreto 85/1994, de 8 de febrero, de modificación del Decreto sobre Servicios Sociales para Minusválidos. *BOPV de 4 de marzo de 1994*. <http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/1994/03/9400707a.pdf>
- Decreto 257/1986, de 18 de noviembre, sobre Servicios Sociales para Minusválidos. *BOPV de 1 de diciembre de 1986*. <http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/1986/12/8602657a.pdf>
- **Borradores normativos:**
 - Borrador de Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales ([en curso de aprobación a la fecha de cierre de este documento, tras el acuerdo interinstitucional alcanzado en diciembre de 2014](#)).
 - Borrador de Decreto de Centros Residenciales para Personas con Discapacidad.

Territorio Histórico de Gipuzkoa

- Decreto Foral 57/2002, de 5 de noviembre, por el que se regula el régimen de acceso a recursos sociosanitarios de las personas en situación de exclusión social y /o dependencia. *BOG de 14 de noviembre de 2002*. <http://www.gipuzkoa.net/disposiciones/Legeak/2002/066.pdf>
- Decreto Foral 30/2010, de 26 de octubre, por el que se regulan las aportaciones de las personas usuarias de servicios de la Red de Recursos Sociosanitarios. *BOG de 8 de noviembre de 2010*. <http://www.gipuzkoa.net/castell/bog/2010/11/08/c1012555.pdf>
- Orden Foral 105/2013, de 23 de enero, por la que se aprueban las aportaciones máximas por persona usuaria y día de los servicios residenciales y de centros de personas mayores y recursos sociosanitarios. *BOG de 30 de enero 2013*. <https://ssl4.gipuzkoa.net/castell/bog/2013/01/30/c1300852.pdf>
- Decreto Foral 7/2015, de 24 de marzo, por el que se regula el régimen de acceso a los servicios residenciales y de centro de día para personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. *BOG de 30 de marzo de 2015*. <https://ssl4.gipuzkoa.net/castell/bog/2015/03/30/c1502786.pdf>
- Decreto Foral 12/2015, de 21 de abril, por el que se regula el servicio residencial de estancias temporales para personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. *BOG de 5 de mayo de 2015*. <https://ssl4.gipuzkoa.net/castell/bog/2015/05/05/c1504008.pdf>
- Decreto Foral 15/2015, de 2 de junio, por el que se regula el régimen de aportación económica de las personas usuarias de los centros de atención a la dependencia en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. *BOG de 22 de junio de 2015*. <https://ssl4.gipuzkoa.net/castell/bog/2015/06/22/c1505844.pdf>