

DOCUMENTO DE TRABAJO

Criterios para el desarrollo del Programa Residencial



Fundación Andaluza para la
Integración Social del Enfermo Mental

Documento de Trabajo N° 1:
Criterios para el Desarrollo del Programa Residencial.
2ª edición.



Departamento de Programas, Evaluación e Investigación, Junio 2005
©Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

84-931879-3-3

ugeycía

Escandón Impresores

ÍNDICE

Presentación	pág. 4
Definición del programa	pág. 5
Criterios de planificación	pág. 6
Aproximación a una tipología de usuarios	pág. 6
Dificultades para la estimación cuantitativa	pág. 8
Situación actual del programa	pág. 9
• Evolución de la tipología de dispositivos	pág. 10
• Disponibilidad actual de plazas residenciales	pág. 12
Previsiones de desarrollo del programa	pág. 13
Tipología de dispositivos	pág. 13
Previsiones de desarrollo y distribución territorial	pág. 15
Aspectos funcionales	pág. 17
• Criterios de inclusión en el programa	pág. 17
• Funcionamiento interno	pág. 18
• Coordinación con los servicios de salud mental	pág. 18
• Coordinación con los Servicios Sociales	pág. 19
• Participación de usuarios y usuarias en el coste del programa	pág. 19
Anexo 1. Datos del Programa Residencial	pág. 21
Anexo 2. Programa de formación del personal del Programa Residencial	pág. 27
Anexo 3. Esquema de un Programa Individualizado de Atención Residencial	pág. 30
Anexo 4. Modelo de Reglamento de Régimen Interno de Dispositivos residenciales de FAISEM	pág. 32

PRESENTACIÓN

Aunque el programa residencial es tan solo uno, dentro del amplio abanico de programas de apoyo social que son precisos para la atención comunitaria a personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, hay suficiente evidencia acumulada como para afirmar que la provisión de alojamiento adecuado representa una de las condiciones críticas para garantizar dicha atención.

La necesidad de un lugar donde vivir, más las posibilidades que dicho lugar puede ofrecer en términos de aprendizajes básicos y relaciones de convivencia, convierten al alojamiento en uno de los polos en torno a los cuales se articula el proceso de atención comunitaria. Pero, además, cuando aún es reciente la transición desde una atención de base manicomial, la cobertura de las necesidades residenciales adquiere todavía mayor relevancia. De hecho, este aspecto se convierte en un campo sometido a fuertes presiones (por parte de profesionales, familiares y opinión pública en general) en las que resulta difícil diferenciar la preocupación real por la situación de los pacientes, de la mera perpetuación de las tendencias de segregación social que estaban en la base del surgimiento de las viejas instituciones.

Lo que, por otra parte, hace especialmente problemática la ya de por sí difícil tarea de cuantificar necesidades (entre otras cosas al relativizar mucho la utilidad de las cifras de demanda y utilización de recursos)

Por otro lado, un breve repaso a la literatura internacional sobre el tema, corrobora algunas tendencias que encontramos ya en nuestra práctica, y que tienen que ver con un doble movimiento evolutivo:

- a) El cambio progresivo en la tipología de las personas que utilizan estos programas, con el paso desde una población con larga historia de institucionalización, a otra desprovista de dicha experiencia; y,
- b) La emergencia de nuevos planteamientos organizativos y funcionales, que van pasando desde el modelo que podemos denominar de “*continuum residencial*” (provisión más o menos centralizada de recursos definidos y graduados, por los que el residente “avanza” progresivamente) a otro, que podemos identificar con el término “*apoyo residencial*”, y que se caracteriza, entre otras cosas, en lo que respecta a usuarios y usuarias, por una mayor capacidad de

elección, y la tendencia a utilizar preferentemente sus propias viviendas. Y, en lo que respecta a la organización, por la necesidad de mecanismos de apoyo externo más flexibles.

Durante estos años, la Fundación ha venido desarrollando su programa residencial a partir de un modelo inicial más próximo al que hemos denominado “*continuum residencial*”, y con una tipología de usuarios en la que el peso de las personas provenientes del proceso de desinstitucionalización ha ido siendo cada vez menor. Sin embargo, en su desarrollo efectivo, el modelo ha ido evolucionando, haciéndose más compleja y diversificada la tipología de dispositivos e intervenciones, e introduciéndose progresivamente elementos que conectan con los modelos de apoyo residencial más recientes, a través del subprograma de apoyo domiciliario.

En ese contexto, esta segunda edición del documento modifica y actualiza significativamente la versión inicial¹, para permitir que siga cumpliendo su función de señalar las líneas generales del Programa, definir las características de sus dispositivos e indicar un horizonte razonable para su desarrollo, a partir de la experiencia acumulada durante estos años.

DEFINICIÓN DEL PROGRAMA

Como definición general, podríamos caracterizar el Programa Residencial, como el *conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social, de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través de la cobertura, directa o con apoyo, de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana como son:*

- *la vivienda,*
- *la manutención,*
- *determinados cuidados básicos (aseo, autocuidados, medicación, organización cotidiana, etc.),*
- *y relaciones interpersonales significativas.*

Si bien lo que da carácter específico al programa es la vivienda, y las restantes necesidades pueden ser cubiertas de modo parcial desde otros ámbitos tanto sanitarios como sociales, parece importante hacer hincapié en todas ellas con el

1

Editada en 2000 y basada en las recomendaciones de un Comité de Expertos, en el que participaron (por orden alfabético): Arturo Alot Montes, Manuel Borrero Arias, Guillermo Buenestado Lorenzo, Juan Garrido Mesa, Pedro González Aceituno, Ladislao Lara Palma, Margarita Laviana Cuetos, Marcelino López Álvarez, Manuel Mallofret Lanchas y Amalia Tesoro Amate.

fin de resaltar la dimensión relacional y su orientación general hacia la mejoría de la autonomía del usuario o usuaria.

Del mismo modo hay que considerar, como aspectos a destacar en la configuración de estos programas, dentro del marco de la atención comunitaria:

- a) el objetivo general de *maximizar la autonomía personal* y fomentar el papel activo de las personas atendidas (voluntariedad, intervención en la elección del alojamiento, participación en actividades, etc.),
- b) su alcance, que, al igual que otros programas de servicios sociales, no va más allá de la *sustitución de algunas funciones tradicionalmente asumidas por la familia*,
- c) la preferencia *por utilizar recursos no específicos*² siempre que sea posible, empleando los específicamente destinados a personas con trastornos mentales cuando los otros no existan, o no se adecuen a las necesidades concretas de aquellos,
- d) y, la necesidad de *colaboración con la red de atención sanitaria*, incluyendo sus prestaciones dentro de un plan global de atención, individualizado para cada usuario.

Por último, hay que señalar que, aunque algunas de las afirmaciones que se hacen son aplicables al nivel de un programa residencial para pacientes mentales, enunciado con carácter general, en lo que sigue haremos hincapié específicamente en los aspectos del mismo que entran dentro del campo de competencias de la Fundación.

CRITERIOS DE PLANIFICACIÓN

Hay dos aspectos básicos a tener en cuenta a la hora de planificar el desarrollo del programa residencial:

1. La identificación de distintos “perfiles” o tipos de personas que, por tener necesidades comunes, se beneficiarían de actuaciones también comunes, lo que permitiría a su vez definir una tipología de dispositivos e intervenciones.
2. La estimación cuantitativa de necesidades en diferentes ámbitos territoriales y en su evolución temporal.

²

Entendiendo por tales los ya existentes dentro de los programas habituales de Servicios Sociales.

En ambos aspectos, como veremos a continuación, hay todavía importantes incertidumbres que obligan a funcionar

mediante “aproximaciones sucesivas” y con amplios márgenes o “intervalos de seguridad”.

APROXIMACIÓN A UNA TIPOLOGÍA DE USUARIOS

La definición de grupos más o menos homogéneos que permiten clasificar a las diferentes personas, cuyas necesidades debe intentar cubrir un programa residencial, es una tarea difícil, ya que nos encontramos con combinaciones individuales muy dispares de distintos tipos de necesidades personales. Sin embargo es posible establecer algunas distinciones significativas a efectos prácticos.

En primer lugar hay que mencionar la progresiva pérdida de relevancia de la clasificación inicial en dos grandes grupos, a los que hemos hecho una breve referencia en la presentación:

1. El que formaban las personas *provenientes de los antiguos Hospitales Psiquiátricos*, con una, en general, larga historia institucional, necesidades relativamente homogéneas, gran capacidad de adaptación, y para los que el simple cambio de entorno representa un avance indudable.
2. Y el de las personas *que podemos denominar “de la comunidad”*, habitualmente más jóvenes, con mayores diferencias personales en términos de necesidades, mayores dificultades de adaptación y potencialmente más “exigentes”.

Perdida de relevancia que está en relación, por un lado, con la progresiva disminución del primer grupo, una vez cerradas las instituciones asilares, y, por otro, con la creciente complejidad que el despliegue del programa permite descubrir en el segundo, ya claramente mayoritario en nuestro caso. Así merece la pena considerar, entre las personas que tienen problemas en el área residencial, varios subgrupos, teniendo en cuenta algunas características que las hacen susceptibles de programas relativamente diferenciados:

- a) Los que pueden reunir las condiciones exigidas para el acceso a *programas residenciales no específicos* (edad superior a los 60 años para programas residenciales de personas mayores, como caso más significativo),
- b) los que pueden conservar o adquirir su *propia vivienda*, con un apoyo más o menos flexible
- c) los que presentan distintas necesidades de apoyo, en fun-

ción del nivel de conservación/recuperación de sus habilidades sociales, pero que son globalmente compatibles con *entornos relativamente abiertos*,

- d) los que, de modo temporal o permanente, van a requerir un nivel de apoyo continuado, no siempre sanitario, y en *entornos dotados de mayor capacidad de contención*,
- e) y, por último, algunos pacientes con necesidades de atención tanto sanitaria como social de *“alta complejidad”*, que presentan con frecuencia alteraciones conductuales distorsionantes de la convivencia³, y con escasas perspectivas de mejoría a pesar de las intervenciones sanitarias habituales; “grupo” poco numeroso, que corre el riesgo de construirse “por exclusión”, generando soluciones tipo “cajón de sastre”, tranquilizadoras para algunos sectores sociales y profesionales, pero poco útiles para los pacientes; su atención exigiría, frente a la visión “simplista” (basada en una lógica institucional) de “un sitio” específico, una *atención secuencial* que combine la atención *sanitaria* continuada (muy probablemente utilizando distintos dispositivos no siempre ni permanentemente hospitalarios, así como equipos de seguimiento intensivo), con la utilización del espacio *residencial* más adecuado en cada caso. Y, en los casos en que sea preciso, con la implicación además de la Administración de Justicia.

Sin embargo esta tipología responde más a criterios orientativos, basados en la práctica cotidiana, que a un estudio riguroso basado en instrumentos científicamente validados y precisos, aspecto que sigue pendiente de un mayor desarrollo en el futuro, tanto en nuestro caso como en el de las referencias internacionales disponibles.

Por último es necesario considerar como un elemento importante (que hace más compleja todavía la tipología anteriormente señalada) el de la patología psíquica que presentan los potenciales usuarios del programa, elemento que juega en un doble sentido:

- a) el de la exigencia de un determinado nivel de “gravedad” (personas con Trastorno Mental Grave, básicamente con diagnóstico de psicosis), como justificante del acceso al programa,
- b) y el de la ausencia de manifestaciones psicopatológicas que distorsionen gravemente la convivencia y/o obliguen a recurrir de manera continuada al personal sanitario;

³

Producto de interacciones complejas entre psicopatología, conductas de riesgo, aprendizaje social y, al menos en una parte de los casos, pautas de intervención inadecuadas.

Exigencias que pueden parecer contradictorias, si bien la segunda se plantea en la práctica solo como criterio de “exclusión temporal”, con el recurso al sistema sanitario de modo similar al que se hace con los pacientes en convivencia familiar.

En ese sentido, es necesario señalar que los programas residenciales de la Fundación no deben servir para desdibujar la responsabilidad del Sistema Sanitario con respecto a la atención a personas con problemas de salud mental de carácter grave y persistente, necesitadas por tanto de atención sanitaria de larga duración, tanto hospitalaria como ambulatoria y domiciliaria.

Por último, en relación con la patología, hay que señalar aquí que, como en muchos otros programas residenciales en el mundo, al colectivo inicial de personas con diagnóstico de Esquizofrenia, Psicosis delirantes o similares, se añaden cada vez más personas con diagnósticos de Trastornos de Personalidad y/o con patologías “añadidas” (consumo de tóxicos), que generan problemas de manejo no desdeñables. En el segundo caso obligando a una estrecha relación entre programa residencial, servicios de salud mental y servicios de atención a drogodependencias, pero en el primero con importantes aspectos no resueltos en la atención a un tipo de patologías, de todavía imprecisa delimitación y escasa o nula evidencia sobre tratamientos efectivos, además de prácticamente imposibles de manejar en los mismos entornos que los usuarios habituales de este tipo de programas.

DIFICULTADES PARA LA ESTIMACIÓN CUANTITATIVA

Tampoco el segundo aspecto está claramente resuelto, ni en nuestro caso ni el contexto internacional. De hecho la estimación de necesidades en términos de personas que podrían beneficiarse de un programa residencial, en razón de padecer una enfermedad mental grave, se enfrenta todavía a no pocas incertidumbres.

En primer lugar, por la carencia de datos precisos sobre la incidencia, prevalencia y tendencias evolutivas de este tipo de trastornos en territorios concretos (más allá de algunos estudios parciales de aventurada extrapolación). Pero, incluso donde se dispone de estos datos, porque no es fácil derivar de ellos estimaciones sobre necesidad de atención residencial al ser esta dependiente de muchas variables intermedias (grave-

dad de la enfermedad y de la discapacidad asociada, contexto social y de servicios, capacidad del medio familiar, etc.)

En relación con este último factor (la capacidad de tolerancia y manejo del entorno próximo), que parece una de las claves del problema, hay que tener en cuenta que, en la nueva población “comunitaria”, a la situación tradicional de los pacientes que no tienen familia o esta busca desentenderse del problema, hay que añadir otras dos situaciones:

- a) la de los que carecen de domicilio y apoyo social mínimamente estables (“sin hogar” o “sin techo”),
- b) y la de los que tienen familia, pero la convivencia con ella se convierte en un factor de riesgo o, simplemente, no es deseada por el paciente o su entorno.

A este respecto, merece la pena tener en cuenta el previsible acercamiento a las pautas habituales en la mayoría de los países de nuestro entorno, en relación con la capacidad de la familia para asumir de modo duradero funciones de cuidador informal. La reducción del tamaño, cambio de estructura y progresiva pérdida de funciones de la familia, unida a la disminución del umbral de tolerancia individual y familiar para situaciones que distorsionan la convivencia⁴, forman parte de un proceso a medio plazo inevitable, a pesar de la valoración no necesariamente positiva que cabe hacer sobre algunos aspectos del mismo. Lo que debe significar un triple movimiento, orientado a ser sensible a situaciones de sobrecarga personal y/o familiar hasta ahora más o menos tolerables, no favorecer sistemática e indiscriminadamente estas tendencias, e iniciar, sin embargo, previsiones a medio y largo plazo que vayan teniéndolas en cuenta.

Frente a esa situación tampoco son concluyentes las cifras derivadas de las demandas de los servicios de salud mental, que hay que tener en cuenta en cualquier caso, pero cuyo análisis parece revelar excesivas diferencias interterritoriales, lo que sugiere diferencias de criterio entre profesionales que pueden distorsionar más que traducir las necesidades reales de la población.

Como resumen global de estas dificultades, en la situación actual, sigue siendo prácticamente imposible ir más allá de una muy general delimitación de la magnitud del problema, sin poder pasar a asignar peso cuantitativo, ni al conjunto de potenciales usuarios, ni mucho menos a los diferentes subgrupos anteriormente indicados.

⁴ Probablemente también en relación con el incremento de expectativas que generan los programas en curso.

Así, las estimaciones de plazas necesarias han ido variando, con una tendencia a aumentar a medida que se desarrollaba el programa. De hecho, a lo largo de estos años se han hecho desde FAISEM dos estimaciones, ya superadas en la práctica por el crecimiento real de recursos residenciales:

1. Una inicial que, apoyándose en datos del Grupo Consultor en Salud Mental del Primer Plan Andaluz de Salud, estableció una previsión de *0'7 plazas por 10.000 habitantes*, lo que representaba entonces 500 plazas para el conjunto de la Comunidad Autónoma.
2. La realizada en la primera edición del presente documento, cifrada en *1.1 plazas por cada 10.000 habitantes*, lo que supondría un total de 800 plazas, que incorporaban además algún criterio de corrección territorial, diferenciando (de menor a mayor grado de necesidad, según los datos de otros países) entre:
 - Áreas mayoritariamente rurales (en Andalucía, en torno a unos 4.000.000 de habitantes).
 - Áreas urbanas que podríamos llamar “generales” (en torno a 1.800.000 habitantes, en el conjunto de la Comunidad Autónoma).
 - Áreas urbanas que cabe considerar “con necesidades especiales” (fundamentalmente localizadas en las áreas metropolitanas de Málaga y Sevilla, Campo de Gibraltar y zona de Poniente de Almería), y que podrían sumar un total de 1.500.000 habitantes.

El desarrollo del programa en estos años ha ido, como decíamos, superando estas estimaciones, que muestran así su carácter normativo, orientador del desarrollo pero sujetas todavía a bastantes incertidumbres. De cara al futuro hay que tener en cuenta tres referencias, que siguen teniendo pese a todo una limitada utilidad, por razones diversas:

1. La del número de *personas atendidas por los servicios de salud mental* con diagnóstico de psicosis, que en el año 2003 fue de alrededor de 17.000 personas. De ellas van a salir sin duda la mayoría de los usuarios del programa, aunque la fracción concreta de los mismos que necesita este tipo de apoyo social no puede determinarse de manera precisa con los instrumentos técnicos hoy por hoy disponibles (aunque en algunas ocasiones se han barajado cifras entre el 10% y el 15%).

2. La de la *cifra actual de usuarios del programa*, a la que habría que añadir la *demanda actualmente no satisfecha* en función de las derivaciones pedidas por los servicios de salud mental, aunque, como ya hemos dicho, estas están lejos de ser homogéneas en función de factores que derivan más de la disparidad de criterios profesionales que de las necesidades en sentido estricto. Como media podríamos estar hablando en cualquier caso de un 20-25 % de plazas más, además del incremento anual de un 10%, aproximadamente.
3. La de las tasas de plazas que encontramos en otros países de nuestro entorno, claramente por encima de las nuestras, pero cuya disparidad entre unos y otras impiden la realización de extrapolaciones lineales.

Como conclusión y al igual que se comenta en el apartado anterior, las estimaciones van a seguir teniendo en este área, al igual que en otras muchas de la atención sanitaria y social, un carácter normativo, basado en una aproximación razonable, con una finalidad orientativa y una vigencia temporal limitada.

SITUACIÓN ACTUAL DEL PROGRAMA

A lo largo de los ya once años de funcionamiento, el programa residencial de FAISEM ha ido desplegando un conjunto de recursos, con una orientación general basada en un modelo de “continuum residencial” y una tipología de dispositivos que ha ido haciéndose más compleja, en un doble movimiento de crecimiento y diversificación. Movimiento que intentaba y sigue intentando adaptarse a las igualmente complejas necesidades de sus potenciales usuarios.

EVOLUCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE DISPOSITIVOS

En una primera fase, el Programa Residencial consideró que debía contemplar cuatro grupos básicos de dispositivos e intervenciones, que se incluyeron en el primer informe del Comité de Expertos (1995):

1. **Ayudas individuales** destinadas a incentivar la utilización del *medio familiar* y/o la de *familias sustitutas*.
2. **Alojamientos supervisados**, para pacientes más autónomos.

mos, con dos tipos de recursos, las *pensiones supervisadas* y los *pisos o apartamentos protegidos*.

3. **Alojamientos asistidos**, para pacientes más dependientes, siendo el único recurso previsto la *Casa-Hogar*; y
4. **Programas no específicos**, dentro de los cuales se utilizaban plazas en *Residencias de Tercera Edad y Centros para Deficientes*, si bien su financiación desde la Fundación pretendía tener un carácter estrictamente transitorio y cerrado a pacientes “nuevos”.

Sin embargo, el desarrollo práctico del Programa en los primeros años (1995-2000) fue modificando parcialmente este modelo, caracterizándose por la prácticamente nula utilización de las ayudas individuales, el desarrollo mayoritario de pisos y Casa-Hogar, con distintos niveles de apoyo en cada provincia, y la utilización de programas no específicos como manera de apoyar el proceso de cierre de los Hospitales Psiquiátricos, financiando un número importante de plazas desde la Fundación (268 en 1999)

Posteriormente, la aparición de la primera edición de este Documento (2000), tomando nota tanto del desarrollo efectivo del programa como de las nuevas necesidades detectadas desde el mismo, planteó un nuevo esquema, basado en una serie de criterios que siguen siendo válidos hoy:

- a) mantener, en líneas generales, la perspectiva del modelo de “continuum residencial” (gradación de recursos e insistencia en el uso temporal de los más asistidos) aunque estableciendo algunas variaciones con respecto a los elementos que lo constituyen (básicamente ampliando su espectro), e iniciando una línea de apoyo flexible a pacientes con vivienda propia;
- b) establecer a nivel local las adecuaciones de usuarios y recursos que parezcan más razonables, teniendo en cuenta tanto las combinaciones funcionales entre personas encuadrables en los distintos grupos y subgrupos anteriormente indicados, cuanto la disponibilidad concreta de espacios diferenciados para atenderlos;
- c) mantener un criterio restrictivo en cuanto a la financiación de plazas en estructuras residenciales para ancianos y deficientes mentales⁵, pero reservando algunas para pacientes subsidiarios de utilizarlas y con dificultades para acceder a las mismas con rapidez.

⁵

Plazas que deberían pasar a ser financiadas directamente desde Servicios Sociales, con el correspondiente apoyo sanitario.

De acuerdo con dichos criterios se definieron cuatro tipos de “dispositivos” y/o subprogramas:

1. **Programas de apoyo domiciliario**, englobando distintos tipos de actuaciones que no requieren la disponibilidad de un recurso residencial específico (apoyo a la familia, acogida familiar, ayudas puntuales, pensiones y, especialmente, el apoyo en la propia vivienda del usuario).
2. **Recursos supervisados** (sin personal durante 24 horas), que con la denominación genérica de “*Piso*”, hacen referencia a dispositivos para menos de 10 pacientes, que no precisan presencia de personal las 24 horas del día, y entre los que se pretendía diferenciar distintos niveles, según el grado de autonomía de los usuarios y, por tanto, sus necesidades de supervisión.
3. **Recursos asistidos** (con personal durante las 24 horas), que bajo la denominación genérica de “*Casa-Hogar*” hacen referencia a dispositivos para un número de pacientes entre 10 y 20, que necesitan personal durante las 24 horas del día y para los que se proponían también distintos niveles, relacionados con el grado de autonomía de los usuarios y su correspondiente necesidad de apoyo.
4. **Plazas en residencias generales**, con una tendencia ya señalada a disminuir progresivamente, pasando a depender de los Servicios Sociales generales correspondientes.

Pero también la realidad del desarrollo efectivo del programa ha introducido algunas modificaciones parciales en este modelo, hasta llegar a la situación actual que se resume en el siguiente apartado. Básicamente se ha configurado un esquema mixto (entre modelos de “continuum” y de “apoyo”) con tres “niveles” (además de las plazas en residencias en proceso de disminución progresiva): apoyo domiciliario, viviendas supervisadas (diferenciándose en ellas algunas con supervisión nocturna y de fin de semana) y Casas Hogar de 20 plazas.

DISPONIBILIDAD ACTUAL DE PLAZAS RESIDENCIALES

A finales de 2004 el programa residencial permitía atender, a través de sus distintas modalidades de dispositivos y actuaciones, a un total de 1111 personas, de las que 915 (si descontamos las 196 plazas en residencias generales) en estructuras

y subprogramas específicos para personas con trastorno mental severo o grave. Lo que supone una tasa de 14,6 plazas por 100.000 habitantes, (11,7 si hablamos solo de plazas específicas) inferior a la de otros países europeos pero muy por encima de la existente hace 10 años en Andalucía y de la media del Estado en estos momentos.

Tabla 1. Situación global de plazas residenciales en 2004

	U	U	/100.000
Casas Hogar	24	407	5,3
Viviendas con supervisión nocturna	9	49	0,6
Viviendas con supervisión ordinaria	87	309	4,1
Residencias	35	196	2,6
Pensiones	5	15	0,2
Apoyo domiciliario		135	1,8
A		1111	14,6

Las tablas 1 y 2 resumen esa situación, incluyendo la distribución provincial, en referencia siempre a diciembre de 2004. Peden verse más detalles en el Anexo 1 que incluye además algunos datos sobre características de los residentes, referidos en este caso al año 2001 y provenientes de un estudio de evaluación del programa, financiado por el FIS y en curso de publicación⁶.

Tabla 2. Distribución provincial de plazas residenciales específicas en 2004

	U	U	U	U	U	U	U	U
		/100.000		/100.000		/100.000		/100.000
Almería	28	4,8	35	6,0	0	0,0	63	10,9
Cádiz	55	4,7	37	3,2	34	2,9	126	10,8
Córdoba	40	5,1	38	4,9	2	0,3	80	10,3
Granada	54	6,4	40	4,8	11	1,3	105	12,5
Huelva	20	4,2	25	5,2	18	3,8	63	13,2
Jaén	31	4,7	22	3,4	1	0,2	54	8,3
Málaga	69	4,9	80	5,7	37	2,6	186	13,3
Sevilla	110	6,1	81	4,5	32	1,8	223	12,4
A	407	5,3	358	4,7	135	1,8	900	11,7

A este respecto, el despliegue territorial de las plazas se ha ido ajustando a la cobertura de necesidades detectadas en cada provincia, procurando compensar progresivamente los inevitables desequilibrios iniciales, pero sin conseguir eliminar completamente la falta de homogeneidad entre las mismas. Por su parte, la tabla 3 permite ver la evolución temporal de los distintos tipos de plazas.

Tabla 3. Evolucion de plazas del programa 1994-2004

		V u		r		r
1994	40	184	0	133		357
1995	40	189	0	168		397
1996	115	213	14	233		575
1997	222	173	9	225		629
1998	254	212	9	239		714
1999	246	230	18	268		762
2000	268	267	18	247	115	915
2001	295	259	19	238	98	909
2002	328	320	12	231	137	1.028
2003	335	348	12	216	119	1.030
2004	407	358	15	196	135	1.111

La atención a este conjunto de personas, derivadas y atendidas sanitariamente por los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, corre a cargo de 397 monitores y 31 responsables (de Unidad, Subprograma y Programa), la práctica totalidad de los cuales han recibido, entre el año pasado y el actual, un Curso básico de 50 horas sobre distintos aspectos relacionados con sus funciones de atención residencial (ver Anexo 2).

6

Cinco artículos que publicará
Rehabilitación Psicosocial en sus
dos próximos números (junio y
diciembre de 2005).

PREVISIONES DE DESARROLLO DEL PROGRAMA

Sobre la base de la experiencia acumulada y con el carácter orientativo y relativamente provisional (es decir, flexible) al que hemos aludido repetidamente, el programa residencial de FAISEM intentará adaptarse a las siguientes líneas de desarrollo, en términos de tipología, número y distribución territorial y principios funcionales.

TIPOLOGÍA DE DISPOSITIVOS

Teniendo en cuenta tanto las líneas básicas que han caracterizado el desarrollo del programa en los últimos años, como las consideraciones anteriormente expuestas, parece razonable establecer los siguientes dispositivos y/o subprogramas ordenados de menor a mayor nivel de apoyo:

1. Subprograma de apoyo o atención domiciliaria

Apoyo residencial a personas que viven en un domicilio ajeno a la Fundación (ya sea suyo, de la familia o colectivo), con idénticas funciones a las que se prestan en las viviendas supervisadas ordinarias.

Podría incluirse aquí la atención a personas que viven en una Pensión con la que se ha establecido algún convenio para acoger a personas con trastornos mentales.

2. Viviendas supervisadas

Dispositivos para un máximo de 10 personas que no precisan personal de apoyo residencial durante las 24 horas del día.

Se diferencian al menos dos niveles según la supervisión que se establece:

- 2.1. Supervisión ordinaria, intermitente y variable, según los casos y los momentos, pero sin presencia estable y predeterminada del personal
- 2.2. Supervisión nocturna y de fin de semana, con personal presente durante esos tiempos

3. Casas hogar

Dispositivos con capacidad para entre 10 y 20 personas que precisan la presencia estable de personal de apoyo residencial durante las 24 horas del día.

Listado de dispositivos a los que habría que añadir, pese a su carácter de “residuo histórico” y, por consiguiente, su tendencia a disminuir progresivamente mediante su transferencia a los correspondientes programas de servicios sociales:

4. Plazas en residencias de mayores o personas con discapacidad intelectual

Plazas concertadas con instituciones no específicas para la atención de personas que tienen un trastorno mental grave o se encuentran en situaciones “fronte-rizas” (asociación de patología psicótica y deficiencia intelectual, por ejemplo) y han tenido dificultades para acceder a las plazas generales.

Listado de recursos que tampoco debe verse como un inventario rígido sino más bien con carácter orientativo, y que:

- a) pone el énfasis en la gradación en cuanto a las necesidades de asistencia diaria, que admite la posibilidad de ampliar algunos de los niveles en aquellos ámbitos poblacionales que lo permitan (zonas metropolitanas),
- b) debe permitir una utilización flexible en términos de estancias permanentes, transitorias, puntuales (plazas de “*respiro familiar*” o “*urgencia social*”) etc., así como orientadas al entrenamiento de usuarios,
- c) debe facilitar, en los casos de recursos más asistidos, el acceso a programas ocupacionales y de empleo del tiempo libre (además de los sanitarios),
- d) y, debe contar con la asignación de un equipo de personal debidamente formado para el ejercicio de sus funciones y capaz de dar cobertura al conjunto del programa, en estrecha relación con el personal sanitario responsable de la atención a cada paciente

Finalmente, señalar que parece conveniente dejar abiertos dos debates para los que no existe todavía una respuesta clara:

- a) uno de ellos con respecto a la conveniencia o no de que los recursos residenciales tiendan a organizarse en los mismos ámbitos territoriales en que se articulan los servicios de salud mental, ya que puede ser necesario mantener en no pocas ocasiones un ámbito provincial, con una asignación territorial parcial de las plazas (por Areas de Salud Mental)
- b) el otro, con respecto a la posible creación de un recurso, que algunos tienden a denominar como de “alta supervisión”, como estructura residencial, sanitaria o mixta, para atender al grupo de usuarios más complicado, al que hicimos mención anteriormente. Recurso que exige, dados sus riesgos, un análisis más detallado que intente delimitar tanto sus características “internas” (perfil de usuarios, carácter sanitario-residencial, organización, etc.), como sus condiciones “externas” (intervenciones de otros elementos de las redes sanitaria y social, implicación de la Administración de Justicia, control de funcionamiento, etc.)

PREVISIONES DE DESARROLLO Y DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

En un apartado anterior se planteó la dificultad de establecer criterios cuantitativos precisos, derivados de una estricta medición de necesidades en el colectivo de potenciales usuarios del programa, y la consiguiente necesidad de seguir estableciendo criterios normativos, orientativos y provisionales, continuando el proceso de “aproximaciones sucesivas” que ha venido rigiendo en la práctica el desarrollo de recursos residenciales de FAISEM. A este respecto, el Plan Integral de Salud Mental que incluye el III Plan Andaluz de Salud, establece con claridad esos criterios para el periodo 2004-2007. Así, en lo que se refiere al programa residencial, cuya gestión se atribuye a la Fundación, se plantean los siguientes objetivos cuantitativos:

- 400 plazas de Casa Hogar (100 de ellas para estancias de “respiro familiar”)
- 381 plazas de Viviendas supervisadas
- 423 plazas de apoyo domiciliario

Lo que implica que al final del periodo, año 2007, Andalucía deberá contar con las siguientes plazas totales en cada una de dichas modalidades de atención residencial definidas, lo que representa un incremento muy considerable de las mismas.

Tabla 4. Previsiones de plazas residenciales en 2007 (Plan Integral de Salud Mental)

		/100.000
Casas hogar	735	9,7
Viviendas supervisadas	729	9,6
Apoyo domiciliario	542	7,1
Totales	2006	26,4

Aunque la distribución territorial concreta puede tener algunas variaciones lógicas, en función de características locales y del desarrollo concreto de las mismas en estos años, la tabla 5 define una distribución provincial razonablemente homogénea.

Tabla 5. Previsiones de distribución territorial de plazas residenciales en 2007

		V u		A			
		/100.000		/100.000		/100.000	
Almería	60	11,5	53	9,4	40	7,1	153
Cádiz	115	10,2	101	8,7	82	7,1	298
Córdoba	80	10,3	74	9,5	55	7,1	209
Granada	80	9,7	81	9,8	59	7,1	220
Huelva	40	8,5	44	9,3	34	7,1	118
Jaén	60	9,2	62	9,5	46	7,1	168
Málaga	125	9,8	137	9,9	98	7,1	360
Sevilla	175	9,9	177	9,9	128	7,1	480
	735	9,7	729	9,6	542	7,1	2006

Hay que tener en cuenta, además, que la situación aquí prevista configuraría un horizonte razonable, cuya consecución marcaría un punto de inflexión en el crecimiento de plazas, en el sentido de que su expansión posterior debería hacerse de manera más lenta y particularizada, realizándose además preferentemente a través programas de apoyo domiciliario y no tanto de recursos residenciales específicos.

ASPECTOS FUNCIONALES

La organización del programa residencial sobrepasa claramente el campo propio de este Documento, por lo que deberá ser objeto de otro u otros más, que puedan servir de orientación, especialmente en aspectos más prácticos del trabajo⁷. Sin embargo, parece conveniente hacer aquí algunas consideraciones generales, con respecto a distintos aspectos funcionales que deberían tenerse en cuenta en dicha organización.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA

La inclusión de una persona en el Programa Residencial de la Fundación, debe basarse en dos tipos de criterios, unos de carácter general y otros específicos para cada caso y recurso:

⁷

Esta pendiente la edición de otro sobre los contenidos y organización del trabajo en los distintos niveles del Programa, centrándose en la atención individualizada de los usuarios y los aspectos relacionales y de apoyo que deben prestarse en el mismo, aspectos contemplados de modo extensivo en el programa de formación recientemente finalizado. También el futuro Plan de Calidad incidirá significativamente en determinados aspectos del programa.

1. Como criterios generales para entrar en el programa hay que tener en cuenta que podrán ser atendidas en el mismo personas que,
 - necesiten apoyo residencial, por carencia o inadecuación de su red social, como consecuencia de padecer alguna enfermedad mental de carácter grave (preferentemente psicosis),
 - no tengan acceso a otras prestaciones residenciales de carácter general,
 - sean usuarios o usuarias de los servicios públicos de salud mental de la Comunidad Autónoma de Andalucía,
 - acepten, con un grado razonable de voluntariedad, las condiciones del programa
 - y, no presenten, de manera permanente, hábitos y/o trastornos de conducta que distorsionen gravemente la convivencia, ni necesidades de atención sanitaria que no puedan prestarse habitualmente en régimen ambulatorio.
2. Y, como criterios específicos, dependientes del dispositivo o subprograma concreto en que van a recibir atención hay que añadir que dichas personas:
 - se adapten al grado de apoyo específico definido en cada caso,
 - acepten las condiciones económicas establecidas, que deben formalizarse en un contrato individual,
 - y cuenten con un plan concreto de seguimiento y apoyo sanitario.

La decisión de pasar a un usuario o usuaria de un dispositivo a otro (o de uno a otro nivel de atención y seguimiento dentro del programa) corresponde a los responsables del programa residencial, si bien deberá intentarse siempre un acuerdo entre aquellos y los servicios de salud mental responsables de su atención sanitaria, así como, obviamente, con el usuario o usuaria y su familia o tutor legal.

FUNCIONAMIENTO INTERNO

La organización del programa residencial debe permitir cubrir, directamente o con apoyo, las necesidades básicas de cada persona, incluyendo, según el caso, techo, comida, apoyo y organización de la vida cotidiana, relaciones sociales y actividad

ocupacional. Y teniendo siempre como objetivo favorecer la evolución hacia mayores niveles de autonomía personal y funcionalidad social.

Para ello es necesario contar con el correspondiente equipo que, entre otras cosas, establezca claramente, y en colaboración con los servicios de salud mental:

- a) la delimitación entre funciones sanitarias y de apoyo social en el área residencial (sustitución de algunos papeles tradicionalmente asumido por la familia),
- b) los mecanismos de formación continuada, que garanticen el correcto desarrollo de dichas funciones (ver Anexo 2),
- c) y el apoyo sanitario complementario que sea preciso para cada dispositivo y persona atendida.

Aunque todos estos aspectos serán objeto de una publicación específica, todo ello requiere un plan individualizado de atención residencial que contemple para cada persona una evaluación de necesidades y una estrategia personal para abordarlas, en conexión con la atención sanitaria correspondiente (ver Anexo 3). Además de otros aspectos, un elemento clave a considerar es el fomento del uso personalizado de los espacios residenciales, que deben acercarse lo más posible a domicilios y/o habitaciones personales y alejarse, en la misma medida, de normativas y decoraciones uniformadoras e institucionales. Por otra parte, muchos de estos temas, que son regulados también en los reglamentos internos de los dispositivos (Anexo 4), están siendo abordados en el Plan de Calidad que se publicará próximamente.

COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Es preciso insistir, sin miedo a ser repetitivos, en la necesidad de coordinar la actuación de los Equipos residenciales de la Fundación con los servicios de salud mental. Coordinación que debe incluir varios niveles:

- a) el directamente ligado a la atención a cada usuario y usuaria, así como, en su caso, a cada dispositivo, con los procedimientos menos burocráticos posibles, pero incluyendo el uso de documentación específica, reuniones propias y programación individualizada de las intervenciones de ambas redes,

- b) el de la Comisión Provincial de Coordinación, en la que se toman las decisiones sobre ingreso, paso de un dispositivo y, en su caso, alta del programa, además de las condiciones generales de colaboración en dicho ámbito territorial,
- c) y el de la Comisión Central, para aspectos más generales así como para eventuales incidencias no solucionables a nivel provincial.

Por otra parte, además de la participación común en espacios de reflexión, la coordinación debe incluir formación continuada e investigación. Pero más allá de eso, debe partir de una consideración general con respecto a la inclusión común (servicios sanitarios y de apoyo social) en el proceso global de atención comunitaria. Lo que significa considerarse participes de un plan general que debe concretarse al nivel de cada paciente en distintos programas individualizados y coordinados. La próxima publicación del *Proceso Asistencial Trastorno Mental Grave*, incluido en el Plan de Calidad de la Consejería de Salud, permitirá abordar estos aspectos sobre la base de un protocolo común, sometido a evaluación y perfeccionamiento progresivo.

COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES

La necesidad de cooperación “externa” incluye igualmente a la red de servicios sociales, apartado en el que hay que incluir al menos:

- a) la estrecha relación a mantener con los servicios sociales comunitarios tanto para coordinar distintos aspectos de la atención social a los residentes en dispositivos específicos, como para complementar la atención en los programas de apoyo externo,
- b) la relación con los distintos programas de los servicios sociales especializados (tercera edad, discapacitados, drogodependencias, etc.) para facilitar el acceso a los mismos de las personas que puedan beneficiarse de ellos, y,
- c) la coordinación provincial y regional que se concreta en las correspondientes Comisiones anteriormente mencionadas en relación con los servicios de salud mental.

Aspectos a los que hay que añadir también las consideraciones referidas al final del apartado anterior, y en los que, con

carácter casi general, se trata habitualmente de una coordinación, al menos, “a tres bandas”: servicios sanitarios, servicios sociales y servicios específicos de apoyo social para personas con problemas de salud mental.

PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y USUARIAS EN EL COSTE DEL PROGRAMA

Al igual que en otros programas de apoyo social, tiene sentido establecer la participación de los usuarios del programa residencial en el coste de las prestaciones que el mismo les ofrece.

Principio general que debe ser compatible con la necesidad de favorecer la autonomía personal de los usuarios del programa, lo que significa en general la disponibilidad de un mínimo de dinero para hacer efectivo un funcionamiento social razonable.

A este respecto, parece conveniente atenerse a los siguientes criterios generales (en línea con lo que viene haciéndose actualmente):

- a) Establecer explícitamente y con carácter homogéneo para toda la Comunidad Autónoma, el coste por plaza, contemplando al menos los correspondientes a programas de apoyo domiciliario, estancias diurnas, dispositivos supervisado con o sin manutención y dispositivos con apoyo de 24 horas⁸.
- b) Establecer un porcentaje a retener sobre el total de los ingresos de los usuarios y/o en su caso de su familia, sin superar nunca el coste de la plaza que ocupe.
- c) Flexibilizar la cantidad a disposición individual de cada usuario y usuaria, intentando garantizar en cada caso un mínimo que apoye su autonomía.

De manera individualizada deberá también establecerse en cada dispositivo o subprograma algún mecanismo que permita ayudar a determinadas personas en la gestión cotidiana de sus ingresos, evidentemente, dentro del respeto a su autonomía y a sus derechos individuales.

⁸ Coste que establece anualmente la Junta de Patronos de FAISEM sobre la base del cálculo del Departamento Económico Financiero.

DATOS DEL PROGRAMA RESIDENCIAL A DICIEMBRE DE 2004

Tabla I. Distribución provincial del total de plazas en dispositivos y subprogramas

		100.000		100.000
Almería	65	11,2	0	0,0
Cádiz	96	8,2	34	2,9
Córdoba	106	13,6	2	0,3
Granada	156	18,5	11	1,3
Huelva	48	10,1	18	3,8
Jaén	89	13,6	1	0,2
Málaga	169	12,1	37	2,6
Sevilla	247	13,8	32	1,8
		12,	135	1,

Tabla II. Distribución provincial de casas hogar y viviendas supervisadas

		100.000	V u	100.000		100.000
Almería	28	4,8	35	6,0	03	10,
Cádiz	55	4,7	37	3,2	2	,
Córdoba	40	5,1	38	4,9		10,0
Granada	54	6,4	40	4,8	4	11,2
Huelva	20	4,2	25	5,2	45	,4
Jaén	31	4,7	22	3,4	53	,1
Málaga	69	4,9	80	5,7	14	10,
Sevilla	110	6,1	81	4,5	11	10,
	40	5,3	35	4,	05	10,0

Tabla III. Distribución provincial de los dos tipos de viviendas supervisadas

	V. . €	100.000	V. .	100.000
Almería	8	1,4	27	4,7
Cádiz	12	1,0	25	2,1
Córdoba	0	0,0	38	4,9
Granada	12	1,4	28	3,3
Huelva	11	2,3	14	2,9
Jaén	6	0,9	16	2,4
Málaga	0	0,0	80	5,7
Sevilla	0	0,0	81	4,5
	4	0,0	30	4,0

Tabla IV. Distribución provincial de los distintos tipos de dispositivos

	V. .	V. .	V. .	V. .	V. .	V. .	V. .	V. .	V. .	V. .
Almería	2	28	9	35	1	1	1	1	13	05
Cádiz	4	55	10	37	0	0	1	4	15	0
Córdoba	2	40	9	38	0	0	6	28	17	100
Granada	3	54	10	40	4	14	6	48	23	150
Huelva	1	20	5	25	0	0	2	3	8	4
Jaén	2	31	4	22	0	0	7	36	13	
Málaga	4	69	24	80	0	0	3	20	31	10
Sevilla	6	110	25	81	0	0	9	56	40	24
	24	40	0	35	5	15	35	10	100	0

DATOS DEL ESTUDIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA RESIDENCIAL (2001)

Tabla V. Características sociodemográficas de los usuarios

	Edad media:	45,7 años
	Rango de edad:	19-76 años
	< 35 años:	13,1 %
	35 - 50 años:	56,1 %
	> 50 años:	30,8 %
	Hombre:	73,7 %
	Mujer:	26,3 %
	Soltero:	83,2 %
	Casado / con pareja de hecho:	4,3 %
	Separado, divorciado, viudo:	12,5 %
	Sin estudios:	33,5 %
	Est. primarios, EGB, Bachiller Elemental:	44,1 %
	Bachiller superior, FP o similar:	16,1 %
	Estudios universitarios:	6,3 %
	Incapacitados:	29,7 %
	Ingresos inferiores a PNC*	11,3 %
	Ingresos igual PNC*	40,6 %
	Ingresos superiores a PNC*	48,1 %

* Pensión No Contributiva 2001=40.260 Pts. (242 Euros)

Tabla VI. Procedencia de los usuarios

Su casa	33,5 %
Institución sanitaria	27,2 %
Hospital psiquiátrico	19,2 %
Institución Servicios Sociales	11,5 %
La calle	1,4 %
Otros	7,1 %

Tabla VII. Diagnostico de los usuarios

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes	89,3 %
Trastornos afectivos	3,6 %
Trastornos de la personalidad y del comportamiento de la edad adulta	2,9 %
Retraso mental	2,3 %
Otros diagnósticos	1,8 %

Tabla VIII. Tipo de tratamiento que recibían los usuarios

	98,2 %
	38,8 %
Orientación*	13,3 %
Apoyo Psicológico*	22,9 %
Psicoterapia reglada*	8,1 %
Técnica específica de rehabilitación*	14,8 %

* Categorías no excluyentes

Tabla IX. Evolución de la adherencia al tratamiento y dispositivo sanitario responsable del seguimiento

	A	B	C	D
Adherencia al tratamiento farmacológico				
No tiene tratamiento	1,9 %			1,3 %
Autónomo	16,1 %			22,6 %
Con supervisión	66,7 %			75,5 %
No la toma	15,3 %			0,5 %
Dispositivo de seguimiento				
ESMD	52,8			62,3
URA	12,8			29,6
Otros	17,3			8,0
H. Psiquiátrico	17,0			0,0

Tabla X. Residentes con distinto n° de problemas de comportamiento moderados y graves (SBS)

		V	U
Ninguno	12,4 %	27,4 %	
De 1 a 2	22,9 %	31,3 %	
De 3 a 5	32,4 %	27,3 %	
Más de 5	32,3 %	14,0 %	

Tabla XI. Residentes con disfunciones graves en un numero creciente de habilidades (BELS)

		V	U
Ninguno	2,0 %	22,9 %	
De 1 a 3	19,4 %	45,3 %	
De 4 a 7	38,8 %	21,2 %	
Más de 7	39,8 %	10,6 %	

Tabla XII. Preferencias de los residentes

		V	U
Prefieren vivir en el dispositivo actual de forma permanente	46,4 %	52,8 %	49,4 %
No prefieren vivir en el dispositivo actual de forma permanente	53,0 %	46,0 %	49,4 %
Les gustaría vivir:			
con su familia de origen	34,5 %	32,4 %	33,8 %
en su propio hogar	27,5 %	26,8 %	27,6 %
en otros dispositivos del Programa Residencial	18,4 %	22,5 %	20,0 %

Tabla XIII. Valoración global del dispositivo de residencia dentro del programa

		V	U
Recomendarían el dispositivo residencial a otra persona	68,7 %	77,0 %	70,8 %
En términos generales le gusta vivir en el dispositivo actual	71,7 %	82,6 %	74,9 %

A lo largo de los años 2004-2005 se ha desarrollado un programa formativo para el personal del Programa Residencial en el que han participado un total de 360 trabajadores repartidos en 12 grupos, tal y como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla I. Desarrollo del programa

Sevilla	4	102	Sevilla, de mayo a julio de 2004
Granada	3	47	Alfacar (Granada), de noviembre a diciembre de 2004
Almería		23	
Jaén		25	
Málaga	2	71	Málaga, de enero a febrero de 2005
Cádiz	3	45	Sevilla, de abril a mayo de 2005
Córdoba		29	
Huelva		18	
	12	360	

La duración del programa ha sido de 50 horas, repartidas en 5 jornadas lectivas durante las cuales se han impartido los siguientes bloques temáticos:

1. Conocimientos básicos sobre las personas con trastorno mental severo y su atención sanitaria y social
 - 1.1. Atención comunitaria a personas con trastorno mental severo
 - 1.2. Características generales del trastorno mental severo y específicas de la Esquizofrenia
 - 1.3. Sintomatología
 - 1.4. Intervenciones y sistemas de atención
2. Habilidades de manejo de situaciones cotidianas
 - 2.1. Técnicas de negociación en la vida cotidiana
 - 2.2. Manejo de sintomatología negativa
 - 2.3. Fallecimientos, y riesgo de suicidio
 - 2.4. Manejo de situaciones disruptivas
3. El programa residencial y su papel en la atención a personas con trastorno mental severo
 - 3.1. Alojamiento y atención comunitaria
 - 3.2. El programa residencial en Andalucía: estructura y funcionamiento

4. Programas individualizados de atención residencial
 - 4.1. Derivación y acogida
 - 4.2. Estudio de necesidades
 - 4.3. Planificación de intervenciones
 - 4.4. Desarrollo de actividades
 - 4.5. Evaluación de resultados
5. Organización interna y coordinación
 - 5.1. Organización interna del programa
 - 5.2. Espacios de coordinación

La metodología utilizada incluyó sesiones teóricas, trabajo en grupo y especialmente en el módulo 2, escenificaciones prácticas para el desarrollo de las habilidades necesarias.

La evaluación del curso se inserta en un proyecto de investigación con diseño cuasi experimental cofinanciado por la Consejería de Salud (exp. 175/2003) y FAISEM.

Esquema
de un Programa Individualizado
de Atención Residencial

Con carácter general un programa de atención individualizada debería representar las líneas generales de la atención que deben recibir los usuarios del programa residencial, así como un esquema para organizar el trabajo cotidiano en los distintos dispositivos.

El programa debería constar de cinco componentes que son:

1. **Derivación y acogida del usuario/a**, incluyendo los siguientes aspectos:
 - Obtención de información y evaluación inicial
 - Diseño de un plan de acogida
2. **Estudio de necesidades**, en la se pretende determinar, una vez incorporado el usuario y en base a la información obtenida, las necesidades a cubrir así como las funciones a desarrollar, que esquemáticamente se recogen en el siguiente cuadro:

A. Situación de salud	etectar problemas y buscar atención sanitaria ooperar en la atención
B. Habilidades personales básicas	valuar coordinadamente con Salud Mental esarrollar programas de intervención coordinados de nivel básico de especialización
C. Otras areas	etectar problemas y buscar atención intersectorial (Salud, Servicios Sociales, Educación, Empleo, Otros programas de FAISEM) ooperar en la atención

3. **Planificación de intervenciones.** A un nivel más operativo y una vez que se han establecido las áreas y necesidades sobre las que se pretende intervenir, es procedente priorizar las intervenciones, establecer objetivos y realizar una calendarización de las actividades propuestas.
4. **Desarrollo de las actividades propuestas.** De manera resumida el tipo de actividades a desarrollar debería incluir:
 - Acciones planificadas en los programas individualizados de atención residencial de FAISEM
 - Acciones planificadas por otros profesionales pero implementadas por personal de FAISEM
 - Acciones que facilitan las intervenciones de otros profesionales y que contribuyen a que éstas puedan llevarse a cabo de manera efectiva

5. **Evaluación de resultados**, dirigido a :

- Valorar si se alcanzan los resultados esperados
- Analizar los posibles motivos de la no consecución de los objetivos:

Un programa de estas características se ve facilitado por dos aspectos:

- 1) la inclusión en un programa global de atención, en el que el componente sanitario es fundamental
- 2) la existencia de algún tipo de responsabilización individual (referente personal, tutor, etc.) de cada monitor con usuarios y usuarias concretos.

Modelo de
Reglamento de Régimen Interno
de dispositivos residenciales de FAISEM
(Casa Hogar / Vivienda Supervisada)

Normativa de la Consejería para la Igualdad
y Bienestar Social

TÍTULO 1: “DISPOSICIONES GENERALES”

ARTÍCULO 1.- DENOMINACIÓN Y NATURALEZA

El Dispositivo Residencial tipo: Casa Hogar/Vivienda Supervisada, ubicado en, de la localidad de, provincia de, dependiente de la Entidad Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental “FAISEM”, es un dispositivo residencial configurado como dispositivo de atención integral, destinado al alojamiento, temporal o permanente, de las personas con discapacidad consecutiva a un trastorno mental severo.

ARTÍCULO 2.- TIPO DE USUARIOS

Esta Casa Hogar/Vivienda Supervisada acogerá a aquellos/as usuarios/as con trastorno mental severo, con discapacidad consecutiva a dicho trastorno y con necesidades residenciales, no atendibles con recursos propios, familiares o en otros recursos normalizados de la comunidad.

ARTÍCULO 3.- FINALIDAD

La finalidad del presente Reglamento de Régimen Interno es recoger con claridad y precisión el conjunto de normas que regulan el funcionamiento de la Casa Hogar/Vivienda Supervisada para su conocimiento y aplicación.

ARTÍCULO 4.- RÉGIMEN JURÍDICO

El contenido del presente Reglamento de Régimen Interno se encuentra regulado en virtud de lo dispuesto en la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a personas con discapacidad de Andalucía, en la Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas y demás disposiciones vigentes que le sean de aplicación.

TITULO II: “DERECHOS Y DEBERES DE LOS/AS USUARIOS / AS”

ARTÍCULO 5.- DERECHOS

Los/as usuarios/as de la Casa Hogar/Vivienda Supervisada gozarán de los siguientes derechos:

- a) A participar y ser oídos, por sí o por sus representantes legales, en aquellas decisiones o medidas relacionadas con la atención que han de recibir en ellos/as. En los supuestos en que dichas decisiones o medidas supongan aislamiento, restricciones de libertades u otras de carácter extraordinario, deberán de ser aprobadas por la autoridad judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso se pondrá en conocimiento de aquella cuanto antes.
- b) A un trato digno, tanto por parte del personal del dispositivo, como de los/as otros/as usuarios/as.
- c) Al secreto profesional de los datos de su historia sanitaria y social.
- d) A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas, siendo obligación de los responsables de la Casa Hogar/Vivienda Supervisada promover las relaciones periódicas con sus familiares o tutores.
- e) A una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas.
- f) A la máxima intimidad y privacidad, siendo necesario hacer compatible este derecho con las exigencias derivadas de la protección de su vida, de su salud y de su seguridad.
- g) A que se les facilite el acceso a las prestaciones sanitarias, formativas, recreativas y similares, así como a la satisfacción de las necesidades que sean imprescindibles para conseguir un adecuado desarrollo personal.
- h) A cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el dispositivo por voluntad propia o de sus representantes legales.

ARTÍCULO 6.- DEBERES

Los/as usuarios/as de la Casa-Hogar/ Vivienda Supervisada, sus familiares y, en su caso, sus representantes legales vienen obligados a:

- a) Abonar el importe de las liquidaciones de estancias y los precios de los servicios que se establezcan.
- b) Respetar los derechos regulados en el apartado b) y f) del artículo anterior.
- c) Conocer y cumplir, en función de sus capacidades, las normas que rijan el funcionamiento de la Casa-Hogar/ Vivienda Supervisada.
- d) Facilitar correctamente los datos que puedan dar lugar al derecho de la prestación o servicio.

TITULO III: “REGLAS DE FUNCIONAMIENTO”

ARTICULO 7.- SOBRE LAS HABITACIONES.

- a) Los/as usuarios/as podrán decorar la habitación a su gusto (con cuadros, fotos, etc...), siempre teniendo en cuenta que sus derechos los adquiere respecto a una plaza, no a la titularidad de la habitación, por ello estará sujeto a las limitaciones establecidas de manera justificada por los responsables del dispositivo, así como del conjunto de residentes en la Casa-Hogar/Vivienda Supervisada.
- b) Durante el tiempo de permanencia del personal de limpieza en la habitación y para no entorpecer su trabajo se intentará no hacer uso de la misma, salvo necesidades de urgencia.
- c) Para el uso de aparatos eléctricos (TV, radio, etc.) en las habitaciones habrá que solicitar permiso a los responsables del dispositivo.
- d) No se tendrán alimentos en las habitaciones que por su naturaleza se puedan descomponer, produzcan malos olores y deterioren el mobiliario, o productos que puedan originar un accidente.

ARTÍCULO 8.- SOBRE LAS RELACIONES CON EL PERSONAL

- a) El personal asistencial necesita la colaboración de los/as usuarios/as cuyo nivel de autonomía se lo permita y que sin duda, repercutirá en el buen funcionamiento de los servicios que se les presten, permitiendo dar una mejor calidad en la atención.
- b) Esta prohibido dar propinas o retribuciones a los/as empleados/as por sus servicios.

ARTÍCULO 9.- SOBRE LOS OBJETOS DE VALOR Y EL DINERO

FAISEM no se hará responsable de la pérdida de cualquier objeto de valor ó dinero que no sea depositado (contra recibo) a los responsables del dispositivo.

En caso de pérdida de cualquier objeto, deberá comunicarse a la persona responsable del dispositivo.

Cualquier objeto que se encuentre, habrá de ser entregado inmediatamente al responsable del dispositivo, a fin de localizar a su propietario/a.

ARTÍCULO 10.- SOBRE LA ATENCIÓN OFRECIDA

Se garantizará la atención integral de los/as residentes, directamente o con apoyo, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas como son:

- a) el alojamiento,
- b) la manutención,
- c) determinados cuidados básicos (aseo, higiene personal –diaria y cada vez que las circunstancias lo exijan–, toma de medicación, organización cotidiana, etc.),
- d) las relaciones interpersonales significativas,
- e) y el acceso a la atención sanitaria, que corresponde proporcionar a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

ARTÍCULO 11.- SOBRE EL EXPEDIENTE INDIVIDUAL

El expediente individual de cada residente contendrá, como mínimo los siguientes datos:

- a) Datos de identificación (nombre y apellidos, DNI, lugar y fecha de nacimiento).
- b) Datos de los familiares, tutor o representante legal (nombre y apellidos, dirección, teléfonos de contacto, etc.).
- c) Fecha y motivos de su incorporación y documento acreditativo de las circunstancias personales y familiares alegadas por el interesado.
- d) Copia del documento contractual de su incorporación debidamente firmado por el/la usuario/a y/o su representante legal o, en su caso, resolución judicial de la medida sustitutoria no privativa de libertad.
- e) Historia clínica y psicosocial, con especificación de visitas o consultas facultativas efectuadas –nombre y cargo que ocupa quien hace el reconocimiento–, fecha, motivo, diagnóstico, tratamiento, enfermedades que padece o ha padecido el/la residente y otras indicaciones.
- f) Registro de actividades diarias, donde se recojan los contactos del usuario/a con familiares, los mantenidos por el responsable de la Casa Hogar / Vivienda Supervisada con familiares, tutores o representantes legales, la evolución y cualquier otra observaciones sobre la convivencia del usuario/a en el dispositivo.
- g) Copia del documento donde se certifique el nombramiento del tutor/a o representante legal del usuario.
- h) Y cualquier otro dato considerado de interés para la correcta atención del usuario.

De dicho expediente se guardará la reserva por parte del personal del dispositivo, limitándose el uso de datos en él contenidos a aplicación estrictamente profesionales.

ARTÍCULO 12.- SOBRE PROGRAMAS INDIVIDUALES DE DESARROLLO PERSONAL.

- a) Se establecerán programas de atención individualizada para los/las residentes, en los que se indicará al menos, estudio de necesidades, grado de discapacidad inicial, ob-

jetivos propuestos, programas a realizar, seguimiento de los mismos y medios para su evaluación.

- b) Los familiares y/o representantes legales de los/las usuarios/as de la Casa Hogar / Vivienda Supervisada tendrán conocimiento de los programas de actividades establecidos por los responsables del dispositivo, así como del seguimiento y resultados de la aplicación del programa.
- c) Para que se pueda llevar a efecto un correcto desarrollo de los programas, los familiares y/o los representantes legales de los/las usuarios/as están obligados a aportar a los responsables del dispositivo la documentación e información que ésta solicite o estime conveniente.
- d) El responsable del dispositivo ofrecerá los programas e instrucciones que se facilitarán a los familiares y/o representantes legales de los residentes para los periodos vacacionales (si hubiera), a fin de que no se produzcan interrupciones perjudiciales para los/las residentes y se mantenga por tanto, la continuidad en el proceso de atención.

ARTÍCULO 13.- SOBRE EL SERVICIO SANITARIO

- a) Se garantizará el acceso de todos los/las usuarios/as a la atención y cuidados sanitarios que precisen y que corresponde al Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- b) Existirá un botiquín debidamente dotado a disposición de los/las residentes tutelado por persona responsable.
- c) Cuando sea necesario el traslado de un residente a un centro hospitalario, se comunicará dicha situación a sus familiares o personas responsables con la mayor brevedad. Para su traslado, si es programado será acompañado preferentemente por algún familiar y en su defecto por personal del dispositivo.
- d) El responsable o el personal de la Casa Hogar / Vivienda Supervisada podrá adoptar decisiones de carácter urgente por motivos de salud, dando cuenta posteriormente a los familiares, en su caso, y siendo obligatorio su cumplimiento en tanto concurren las causas que las hicieron aconsejables.
- e) Si el/la usuario/a quedara ingresado en centro hospitalario, será la familia la encargada de su acompañamiento.
- f) Se efectuará un seguimiento del cumplimiento del tratamiento prescrito por los facultativos del Sistema Sanitario Pú-

blico de Andalucía correspondientes, evitando en la medida de lo posible que el/la usuario/a altere las instrucciones del médico en cuanto a medicamentos o dietas alimenticias.

ARTÍCULO 14.- SOBRE ALIMENTACIÓN Y RÉGIMEN DE COMIDAS

- a) Los horarios serán los establecidos en este Reglamento, debiendo ser cumplidos por todos los/las usuarios/as.
- b) La carta mensual de los menús de las comidas será supervisada por un facultativo a fin de garantizar el aporte dietético y calórico adecuado. La fotocopia de dicha carta, suscrita por el mismo, se encontrará expuesta en el tablón de anuncios de la Casa Hogar / Vivienda Supervisada.
- c) Aquellos/as usuarios/as que lo precisen por prescripción médica, recibirán menús de régimen adecuados a sus características.

ARTÍCULO 15.- SOBRE LAS MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS

- a) Se apoyará y promoverá las mejores condiciones de aseo personal del usuario. Se llevará a cabo el cambio, con una frecuencia al menos semanal, de las toallas y la ropa de cama, así como la lencería de comedor.
- b) Los/as usuarios/as dispondrán de los medios necesarios para su higiene personal, que será supervisada cuando se precise por parte del personal.
- c) Se realizará limpieza general y permanente de la Casa Hogar / Vivienda Supervisada con apoyo de personal específico de servicio doméstico en aquellos casos que sea preciso.
- d) La desinsectación y desratización será anualmente o cuantas veces lo exijan las circunstancias, por empresa debidamente acreditada.
- e) Se limpiará la vajilla y cubertería después de su uso, así como otros instrumentos de uso común.

ARTÍCULO 16.- SOBRE EL MANTENIMIENTO DE LA CASA HOGAR / VIVIENDA SUPERVISADA.

Se prestará especial atención a la conservación y reparación del mobiliario, instalaciones y maquinaria a fin de evitar su deterioro.

ARTÍCULO 17.- SOBRE LA INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES

Al menos con una periodicidad semestral, se informará a los familiares más directos o a los responsables de los/as usuarios/as de la situación en que éstos se encuentren.

En todo caso, esta comunicación se producirá cada vez que las circunstancias así lo requieran.

ARTÍCULO 18.- SOBRE EL RÉGIMEN DISCIPLINARIO

18.1. De las faltas

Las faltas sujetas a sanción se clasifican en: leves, graves y muy graves.

18.1.1. Son faltas leves:

- a) Alterar las normas de convivencia y respeto mutuo creando situaciones de malestar en la Casa Hogar / Vivienda Supervisada.
- b) Promover y participar en altercados, riñas o peleas de cualquier tipo.

18.1.2. Son faltas graves:

- a) La reiteración de tres faltas leves.
- b) La demora injustificada de un mes en el pago del coste de la plaza.
- c) La sustracción de bienes o cualquier clase de objeto propiedad de la Casa Hogar/Vivienda Supervisada, del personal o de cualquier usuario/a.
- d) Falsear u ocultar datos personales, económicos o de cualquier otro tipo que repercuta en la correcta prestación del servicio o de la presentación de documentos.

18.1.3. Son faltas muy graves:

- a) Ausencia injustificada o continuada de más de 45 días anuales.
- b) La demora injustificada de dos meses en el pago del coste de la plaza.

18.2. De las sanciones

Sin perjuicio de las demás responsabilidades a que hubiere lugar, las sanciones que se podrán imponer a los/as usuarios/as y/o representantes legales de los/las usuarios/as que incurran en alguna de las faltas mencionadas, serán las siguientes:

18.2.1. Por faltas leves:

- a) Amonestación por escrito al representante legal.

18.2.2. Por faltas graves:

- a) Suspensión de la condición de residente por un período de tiempo que se estime por parte de la Gerencia de FAISEM o persona en quien delegue, previa valoración en la Comisión Provincial de seguimiento del programa residencial. En todo caso el periodo de suspensión de la condición de residente no podrá ser superior a un mes.

18.2.3. Por faltas muy graves: La expulsión del dispositivo.

18.3. De la competencia

La competencia para imponer sanciones por faltas leves y graves se encuentra atribuida a la Gerencia de FAISEM o persona en quien delegue.

18.4. De la prescripción de las faltas

- a) Las faltas leves prescribirán a los dos meses, las graves a los cuatro meses y las muy graves a los seis meses.
- b) El plazo de prescripción comenzará a contar desde el día en que la falta hubiera sido cometida.
- c) El plazo de prescripción se interrumpirá por la notificación al residente de la incoación de expediente disciplinario.
- d) Cuando el expediente se hallará paralizado por tiempo de dos meses, por causas no imputables al residente, seguirá contando el plazo de prescripción.

18.5. Del procedimiento

- a) Denunciado un hecho susceptible de ser tipificado como falta con arreglo a lo dispuesto en este Reglamento, los responsables de la Casa Hogar/Vivienda Supervisada llevará a cabo una primera comprobación acerca de la veracidad del mismo y sobre:
 1. El carácter del hecho con objeto de calificar su gravedad.
 2. La remisión o no de informe o denuncia de los hechos a la Gerencia de FAISEM
- b) Cuando la falta se califique como leve, la Gerencia de FAISEM o persona en quien delegue impondrá la sanción correspondiente, previa citación y audiencia del/la interesado/a.
- c) Cuando la falta pudiera calificarse como grave, la Gerencia de FAISEM o persona en quien delegue incoará e instruirá expediente disciplinario y formulará la correspondiente propuesta de sanción, de la que se dará traslado al interesado para que en el plazo de 15 días hábiles formule las alegaciones que tuviera por convenientes. Transcurrido dicho plazo, háyanse formulado o no las alegaciones, se dará traslado del expediente a FAISEM.

ARTÍCULO 19.- SOBRE LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

El centro cuenta con Hojas de Reclamaciones y Sugerencias establecidas en el Decreto 171/1989, de 11 de julio, a disposición de los usuarios, sus familiares o representantes legales, en la correspondiente Delegación Provincial de FAISEM.

TITULO IV: “RÉGIMEN DE ADMISIONES Y BAJAS”

ARTÍCULO 20.- REQUISITOS DE ADMISIÓN.

20.1. Son requisitos sustanciales para la admisión los siguientes:

- a) Necesitar apoyo residencial, por carencia o inadecuación de su red social, como consecuencia de padecer alguna enfermedad mental de carácter grave (preferentemente psicosis),
- b) Ser mayor de 18 años.

- c) Estar domiciliados los miembros de la unidad de convivencia en un municipio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- d) Estar dispuesto a abonar, en su caso, el periodo estipulado de la plaza correspondiente.
- e) No tener acceso a otras prestaciones residenciales de carácter general,
- f) Ser usuario/a de los servicios públicos de salud mental de la Comunidad Autónoma de Andalucía,
- g) No presentar, de manera permanente, hábitos y/o trastornos de conductas que distorsionen gravemente la convivencia, ni necesidades de atención sanitaria que no puedan prestarse habitualmente en régimen ambulatorio.

20.2. Son requisitos formales para la admisión la presentación de los siguientes documentos:

- a) Documento Nacional de Identidad.
- b) Tarjeta Sanitaria de la Seguridad Social (cartilla de la Seguridad Social) u otro documento acreditativo de la cobertura de la asistencia sanitaria.
- c) Informe en modelo de protocolo de derivación elaborado por el dispositivo sanitario de salud mental correspondiente.
- d) Ser estudiada y aceptada la propuesta de incorporación al dispositivo por parte de la Comisión Provincial de seguimiento de los programas de FAISEM.

ARTÍCULO 21.- RÉGIMEN DE ADMISIÓN

- a) Ninguna persona podrá incorporarse a la Casa Hogar/Vivienda Supervisada sin que conste fehacientemente su consentimiento o el de su representante legal, en su caso.
- b) La incorporación a la Casa Hogar/Vivienda Supervisada deberá quedar plasmada en documento contractual.
- c) Se establecerá un período de adaptación al dispositivo, desde el momento de su incorporación, que tendrá por finalidad comprobar que reúnen las condiciones indispensables para permanecer en el mismo.
- d) Durante dicho periodo podrá producirse la baja del usuario

con el resto de residentes. La baja deberá ser motivada por los responsables del dispositivo, comunicándose tal decisión a la comisión provincial de seguimiento del programa residencial y a sus familiares y/o representantes legales.

ARTICULO 22.- RESERVA DE PLAZA:

Los/as usuarios/as tendrán derecho a la reserva de su plaza en los siguientes casos:

- a) Ausencia obligada por ingreso en centro hospitalario.
- b) Ausencia voluntaria, siempre que no exceda de 45 días naturales al año, se notifique previamente a la Dirección del Centro con la antelación al menos de cuarenta y ocho horas y se haya emitido por ésta la correspondiente autorización. No serán computadas, a estos efectos, las ausencias de fines de semana ni las inferiores a cuatro días, salvo que no se comuniquen fehacientemente a la Dirección con la antelación señalada, en cuyo caso serán descontadas de los 45 días antes indicados.

ARTÍCULO 23.- MOTIVOS DE BAJA

- a) La voluntad expresa del residente o tutor formalizada por escrito y comunicada a FAISEM con una antelación de 10 días.
- b) La comisión de una falta grave tipificada en este Reglamento de Régimen Interior.
- c) No superación del periodo de adaptación.
- d) Por modificación de las características personales que justificaron su incorporación y previo informe técnico.
- e) Por traslado a otro centro
- f) El fallecimiento del residente.
- g) La ausencia de la Casa Hogar/Vivienda Supervisada por un período superior a 45 días o periodos más cortos si se repiten en frecuentes ocasiones sin la autorización de los responsables del dispositivo, siempre que no exista una causa debidamente justificada.
- h) La demora injustificada de tres meses en el pago del coste de la plaza. La ausencia de la Casa Hogar/Vivienda Supervisada por un período superior a 45 días o periodos más cortos si se repiten con frecuencia sin la autorización del

responsable del dispositivo y siempre que no exista una causa que lo justifique.

TÍTULO V: “HORARIOS DEL DISPOSITIVO”

Horario de comidas

▼	▼
desayuno:	desayuno:
almuerzo:	almuerzo:
merienda:	merienda:
cena:	cena:

Horario de salidas

▼	▼
---	---

- a) En las Casas Hogar los servicios estarán garantizados las 24 horas del día y todos los días del año y en el caso de las Viviendas Supervisadas en horarios y días previamente determinados
- b) Se recomienda puntualidad en los horarios acordados para todos los servicios, con el fin de garantizar un mejor funcionamiento del dispositivo

TÍTULO VI: “RÉGIMEN DE VISITAS, DE SALIDAS Y DE COMUNICACIÓN CON EL EXTERIOR”

ARTÍCULO 24.- SOBRE LAS VISITAS

Los residentes podrán recibir visitas todos los días en los espacios destinados al efecto y en horarios que no interfieran en el desarrollo de las actividades cotidianas.

Se evitará, con el fin de respetar la intimidad de los residentes, subir a las habitaciones salvo que tenga autorización expresa, procurando no causar molestias a los/as demás residentes.

ARTÍCULO 25.- SOBRE LAS SALIDAS

- a) Con carácter general los dispositivos residenciales de FAI-SEM son de régimen abierto. Por consiguiente los residentes podrán salir, solos o con acompañamiento salvo que sus condiciones físicas o psíquicas lo desaconsejen.
- b) Para los casos en que la salida exceda de los horarios establecidos a tal efecto, deberá acordarse con la persona responsable del dispositivo.
- c) Asimismo podrán ausentarse de la Casa Hogar/Vivienda Supervisada por vacaciones, informando al responsable del dispositivo del tiempo de las mismas, así como la forma de contactar con ellos.

ARTÍCULO 26.- SOBRE LA COMUNICACIÓN CON EL EXTERIOR

Los residentes dispondrán de una línea telefónica en la Casa Hogar/Vivienda Supervisada. Así mismo, dispondrá si fuera necesario de ayudas de carácter personal para hacer efectivas dichas comunicaciones.

TÍTULO VII: “SISTEMA DE PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS Y/O SUS TUTORES”

ARTÍCULO 27.- DE PARTICIPACIÓN DEL USUARIO

Se promoverán fórmulas de participación de los usuarios o tutores en la planificación y desarrollo de las actividades del dispositivo.

TITULO VIII: “ SISTEMA DE PAGO DE SERVICIOS”

ARTÍCULO 28.- COSTE/DÍA O COSTE/MES DE LA PLAZA:

- a) El residente pagará el 75 % de sus ingresos mensuales no sobrepasando en ningún caso el precio actualizado total de la plaza.
- b) El coste de la plaza reservada durante ausencias por vacaciones o internamiento en centro hospitalario será de el 40% de la pensión
- c) El mes en que el residente cause baja deberá ser computado por una cantidad estipulada a efectos de determinar el coste mensual de la plaza.
- d) Se podrá determinar contractualmente un sistema de pago diferido de la deuda que originan aquellos usuarios sin renta pero con patrimonio.
- e) No se pasará al cobro de los/as usuarios/as ningún servicio que previamente no haya sido pactado y reflejado en el documento contractual con los/as residentes y determinada su cuantía de acuerdo con criterios objetivos.
- f) Todo lo referido al coste de la plaza y al % de reserva deberá venir reflejado en el documento contractual, que se firmará al ingreso en el Centro.
- g) En caso de fallecimiento se abonará el mes en curso.

ARTÍCULO 29.- FORMA Y PLAZO DE PAGO.

- a) El pago de las mensualidades se efectuará dentro de los cinco primeros días del mes.
- b) El abono se efectuará en metálico contra recibo ó transferencia bancaria.

DISPOSICIONES FINALES

El presente Reglamento de Régimen Interno podrá ser modificado por la Entidad titular. Dichas modificaciones serán visadas por el órgano competente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Documentos de trabajo

El desarrollo de recursos de apoyo social, a personas con trastorno mental severo y persistente, ha experimentado en Andalucía un impulso considerable a partir de la puesta en funcionamiento de la Fundación.

Así en el transcurso de los últimos 11 años y en estrecha colaboración con las administraciones autonómicas de Salud, Igualdad y Bienestar Social y Empleo, se han venido poniendo en marcha estructuras y programas residenciales, ocupacionales y de integración laboral, entre otros, que, junto a los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, constituyen una nueva red pública para la atención comunitaria a este tipo de personas.

Todo este conjunto de programas necesita un impulso continuado que permita no solo su incremento cuantitativo sino, sobre todo, su progresiva adecuación, en términos de calidad y coordinación, a la evolución de las necesidades de sus usuarios.

Para ello es necesario mantener abierto un debate multiprofesional y ciudadano con respecto a distintos aspectos que van desde las previsiones de desarrollo y distribución territorial de los distintos tipos de intervenciones y recursos, hasta sus criterios de funcionamiento e interconexión con los distintos componentes de la red, tanto sanitarios como de apoyo social.

Contribuir a ese proceso es el objetivo fundamental de las publicaciones que, bajo el título genérico de “DOCUMENTOS DE TRABAJO”, pretende ir ofreciendo materiales orientativos para el desarrollo de los distintos programas de la Fundación, a modo de guías provisionales que faciliten ese debate y nos ayuden a mejorar de modo continuado nuestras actuaciones.