



**DOCUMENTO MARCO
DEL PROGRAMA A.S.I.
(ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL)**

EN CASTILLA Y LEÓN



Fecha de publicación: Julio 2024

Edita: Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad
Gerencia Regional de Salud

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN	4
1.1. MARCO CONCEPTUAL.....	4
1.2. BASE NORMATIVA.....	5
1.3. OBJETIVOS	6
1.4. ANTECEDENTES DE COLABORACIÓN	7
2. METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN Y EXTENSIÓN EN SACYL	8
3. POBLACIÓN DIANA	9
3.1. SISTEMA DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA ASI	9
4. PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROGRAMA ASI	12
5. TARJETA ASI	12
6. INTEGRACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (ICONOS, ALERTAS)	13
7. CIRCUITOS DE ATENCIÓN SANITARIA DEL USUARIO YA INCLUIDO EN EL PROGRAMA ASI	13
8. VENTAJAS Y COMPROMISOS DE ESTAR INCLUIDO EN EL PROGRAMA ASI	14
9. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL PROGRAMA ASI	15
10. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD	16
11. ANEXOS	17
ANEXO 1. LEGISLACIÓN VIGENTE.....	17
ANEXO 2. DECÁLOGO DEL PROGRAMA ASI	19
ANEXO 3. FORMACIÓN DIRIGIDA A PROFESIONALES.....	19
ANEXO 4. INFORME DE SALUD.....	21
ANEXO 5. CHECK LIST PARA INCLUSIÓN EN PROGRAMA ASI	22
ANEXO 6. MODELO DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	23
ANEXO 7. FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA INTEGRADA	25
ANEXO 8: FORMULARIO PARA SOLICITAR TARJETA ASI.....	26
12. BIBLIOGRAFÍA	26

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

1.1. MARCO CONCEPTUAL

La Real Academia Española define la **discapacidad** como una situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social.

De lo que se deduce que, discapacidad, en general, abarca a todas aquellas personas que experimentan limitaciones en sus actividades básicas de la vida diaria y participación en el entorno.

Tipo de discapacidad según factores de aparición:

- **Factores congénitos:** algunas discapacidades están presentes desde el nacimiento y son el resultado de condiciones genéticas y/o complicaciones durante el desarrollo fetal.
- **Factores adquiridos:** otras discapacidades pueden surgir a lo largo de la vida debido a lesiones, enfermedades, accidentes u otras condiciones médicas.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cuatro tipos de discapacidades:

1. **Discapacidad física:** es aquella que reduce la capacidad de movimiento de las personas. Dentro de este tipo de discapacidad existe mucha variabilidad, ya que puede deberse a la falta de una o varias extremidades, afecciones neurológicas, problemas en la musculatura, etc... La discapacidad física puede ser de diversos grados (según su gravedad).
2. **Discapacidad sensorial:** hace referencia a la afectación de uno o varios sentidos. Los subtipos más reconocidos son la discapacidad visual y la auditiva.
3. **Discapacidad intelectual (DI):** es aquella que provoca que las personas presenten limitaciones a la hora de adquirir las habilidades diarias para responder a distintas situaciones en la vida, o para comunicarse con los demás. La discapacidad intelectual puede ser leve, moderada, grave o profunda.

Recientemente existen consideraciones defendidas por diferentes entidades como por ejemplo American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, que perfilan la definición de discapacidad intelectual como que:

- Es la limitación del funcionamiento intelectual. Es decir, que cuesta comprender o razonar.
 - Es una limitación de la conducta adaptativa, en temas como los conceptos, las relaciones sociales o las prácticas, por ejemplo, que cuesta adaptarse a los cambios que ocurren en la familia, en el trabajo o en el mundo.
 - Todo esto ocurre antes de los 22 años.
4. **Discapacidad psicosocial:** es aquella que está directamente relacionada con el comportamiento de la persona, es decir, cuando presenta dificultades en la conducta adaptativa.

Las personas pueden presentar un solo tipo de discapacidad, presentar multidiscapacidad o pluridiscapacidad.

Por otra parte, el **trastorno del espectro del autismo (TEA)**, no se engloba en una categoría definida de discapacidad según la clasificación anterior de la OMS. Esto se debe a que, el TEA es una condición compleja que abarca una amplia variedad de manifestaciones y niveles de afectación, lo que dificulta su clasificación de manera sencilla en una categoría de discapacidad concreta.

Las personas con TEA al igual que las personas con cualquiera de las discapacidades nombradas anteriormente, en un grado determinado de discapacidad, encuentran obstáculos a la hora de establecer una comunicación y poder llegar al entendimiento. Estas dificultades también se dan en el entorno sanitario como son:

- La propia discapacidad intelectual.
- Ausencia de lenguaje y comprensión.
- Dificultad para localizar el origen del dolor o describir síntomas, teniendo, además, un umbral del dolor distinto.
- Sobre-estimulación sensorial en el ámbito sanitario: ruidos, luces, interferencias de otros usuarios y profesionales en la sala de espera o consultas, etc...
- Mala tolerancia a la espera.

Las personas con discapacidad y/o TEA suelen ser muy vulnerables y muy demandantes de asistencia sanitaria. Estas personas presentan unas características especiales que deben ser valoradas en el momento de la acogida en el ámbito sanitario, siendo preciso identificar sus necesidades y facilitarles una atención proactiva y diferenciada acorde con ellas.

A lo largo de este documento, se menciona a las **personas que están integradas en el Programa ASI, con ello, se hace referencia a las personas que presentan una discapacidad grave (física, sensorial, intelectual o psíquica) y/o trastorno del espectro autista (TEA), que conlleve la necesidad de un acompañamiento permanente para el desarrollo de la actividad diaria.** Es por ello que, tanto los centros sanitarios (centros de salud, centros hospitalarios y centros de especialidades), como los dispositivos de emergencias sanitarias deben adaptarse a las necesidades de estas personas.

La adaptación de los centros sanitarios y dispositivos de emergencias requiere una serie de actuaciones que se van a desarrollar en este documento marco, no obstante, **será necesario que en cada ámbito asistencial y centro sanitario se elaboren los protocolos necesarios para la atención de las personas integradas en este programa, teniendo en cuenta la singularidad de cada centro.**

1.2. BASE NORMATIVA

Normativamente, en los últimos años, se ha ido incrementando la sensibilización de nuestra sociedad, a través de políticas internacionales, así como de nacionales y autonómicas. Las instituciones públicas han trabajado para la atención en igualdad de todos los ciudadanos, prestando atención a la eliminación o minimización de las barreras que dificultan el acceso y disfrute de los recursos públicos, de forma igualitaria. Se han ejecutado cambios legislativos necesarios que respaldan el desarrollo de programas para equilibrar estos derechos en nuestra población.

En el anexo 1, se detalla el contenido de las normas, aunque merecen ser mencionadas en este apartado:

A nivel internacional:

El artículo 25 de la **Convención Internacional de Derechos de las personas con discapacidad de la ONU**, define principios generales y obligaciones de los Estados Partes, para la adopción de las medidas necesarias que garanticen la consecución de estos objetivos de igualdad. La Resolución derivada de la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, de la OMS, establece las **Medidas integrales y coordinadas para gestionar los Trastornos del Espectro Autista.**

A nivel nacional:

La Ley 27/2007, de 23 de octubre, **reconoce 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 Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, aprueba el texto refundido de la **Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.**

En nuestra Comunidad Autónoma y concretamente en el ámbito sanitario:

La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León, en el artículo 2, habla sobre **la humanización de la asistencia sanitaria y la atención personalizada al paciente y el principio de accesibilidad o de igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias de colectivos especialmente vulnerables** como principios rectores del Sistema de Salud.

También en esta misma ley, en su artículo 54, menciona la **necesidad de atención a pacientes vulnerables y la elaboración de programas especiales y preferentes para su atención.**

Resumiendo, estas leyes establecen que las personas con discapacidad tienen el derecho a la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos de la vida, incluida la atención sanitaria en los siguientes aspectos:

- **Comunicación accesible:** se debe garantizar que las personas con discapacidad, tengan acceso a la información de salud de manera comprensible y adecuada a sus necesidades. Esto incluye la información en formatos accesibles, como el uso de pictogramas o Sistemas Alternativos y/o Aumentativos de Comunicación (SAAC).
- **Apoyos y ajustes razonables para garantizar la igualdad de oportunidades en la atención sanitaria:** esto puede incluir la presencia de una persona de referencia o más tiempo para la comprensión de información médica.
- **Formación de profesionales:** se espera que el personal sanitario y no sanitario reciba formación sobre la atención a personas con discapacidad, incluyendo la comprensión de las necesidades de las personas con DI y/o TEA, y cómo adaptar la atención a esas necesidades.

1.3.OBJETIVOS

La Gerencia Regional de Salud ante las necesidades que tienen las personas con discapacidad y /o TEA, se plantea unos objetivos para garantizar el acceso pleno a las prestaciones sanitarias de estas personas que, por sus características específicas, requieren una asistencia diferenciada e integral.

Como **objetivo principal**, ser proactivos y adaptar la asistencia sanitaria a las personas que presentan discapacidad grave (física, sensorial, intelectual o psíquica) y/o TEA, que conlleve la necesidad de un acompañamiento permanente.

Como **objetivos específicos**, se plantea:

- Disponer de personas referentes del programa ASI en los centros sanitarios.
- Incluir en los planes de formación actividades específicas para dotar a los profesionales de herramientas suficientes para tratar con personas que presentan discapacidad y/o TEA.
- Reducir o evitar, si es posible, los tiempos de espera, a la hora de atender a pacientes con discapacidad y/o TEA.
- Adaptar el tiempo de consulta a las necesidades de personas con discapacidad y/o TEA.
- Garantizar el acompañamiento, siempre que la situación clínica lo permita, considerando al acompañante como apoyo y recurso necesario e imprescindible para la adecuada atención.
- Establecer canales de comunicación entre Gerencia Regional de Salud, y asociaciones de pacientes y familiares, para facilitar la captación de pacientes y seguimiento de los mismos.

Teniendo en cuenta la realidad y los objetivos planteados, la Gerencia Regional de Salud ha visto la necesidad de trabajar en colaboración con asociaciones de pacientes afectados de discapacidad y/o TEA, de nuestra Comunidad, tales como “Federación Autismo Castilla y León” “Autismo de Valladolid”, “Plena Inclusión de Castilla y León”, “Fundación Personas de Valladolid”, “Asociación de Dependencia y Enfermedades Raras de Castilla y León” y “Federación Española de Enfermedades Raras”

1.4. ANTECEDENTES DE COLABORACIÓN

De la colaboración entre administración y asociaciones, surgió la primera experiencia piloto que se desarrolló en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid mediante la elaboración de un decálogo (ver anexo 2), que es necesario tener en cuenta para la mejora de la asistencia sanitaria y adecuada a las necesidades específicas de este tipo de discapacidades intelectuales y/o trastornos del espectro autista.

El Proyecto piloto ASI se inició en el año 2017 y fue liderado desde el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, incorporándose al proyecto, en el último trimestre de 2018 el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

El pilotaje en estos hospitales se desarrolló mediante dos modelos organizativos diferentes, alcanzándose en ambos una mejora del grado de satisfacción, en cuanto a la calidad de los servicios prestados, de los usuarios y familias beneficiadas por estos modelos de atención, según han indicado las asociaciones de pacientes con DI y/o TEA.

En 2023 se ha iniciado el pilotaje en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia, y como novedad ha incluido una amplia campaña de difusión del proyecto a todos los profesionales, mediante un vídeo que explica el proyecto y sensibiliza a los profesionales. De este vídeo, en el que participa el equipo directivo y que se encuentra alojado en youtube, se ha facilitado enlace a todos los profesionales del área de Palencia, además también se puede acceder mediante códigos QR impresos en los diferentes servicios y no sanitarios del área.

Los modelos de los 3 hospitales comparten la filosofía del proyecto, y es que pretende extender y sensibilizar a la totalidad de los profesionales y servicios, de cualquier ámbito de actuación, el logro de los objetivos específicos de los proyectos piloto, coincidentes con el decálogo consensuado (Anexo 2), entre otros objetivos, se encuentra el evitar o reducir los tiempos de espera, adaptar el tiempo de consulta a las necesidades de la persona, facilitar el acompañamiento, siempre que la situación clínica lo permita, etc...

Conviene recordar que las personas con discapacidad y/o TEA vienen siendo objetivo prioritario en nuestro Sistema de Salud de Castilla y León, desde hace años, y con anterioridad a estos proyectos pilotos. Desde la Gerencia Regional se han elaborado documentos, protocolos y guías en relación a las necesidades de estas personas en el sistema sanitario, una muestra de ellos son los siguientes:

- En el año 2006 se publicó la **Guía para la atención a las personas con Trastornos del espectro Autista en Atención Primaria**. Se puede acceder a la guía a través del link [Guía para la atención de niños con trastornos del espectro autista en atención primaria | Institución \(saludcastillayleon.es\)](http://saludcastillayleon.es)
- En el año 2014 se elaboró la **Guía de atención a personas con TEA en Urgencias**. Se puede acceder a la guía a través del link [Guía de atención a personas con TEA \(Trastornos del Espectro Autista\) en Urgencias | Institución \(saludcastillayleon.es\)](http://saludcastillayleon.es)
- **Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo de Salud Mental**, dentro de la Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León (2013-2016) Se puede acceder a la guía a través del link <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-cronic.ficheros/1110259-PROCESO%20DE%20ATENCIÓN%20AL%20PACIENTE%20CRÓNICO%20COMPLEJO%20DE%20SM.pdf>
- Actualmente, en nuestra Comunidad Autónoma, está vigente el **Decreto 142/2003**, de 18 de diciembre, por el que se regulan las **prestaciones de salud bucodental** del Sistema de Salud de Castilla y León y que se complementa con la ampliación progresiva de la Cartera de Servicios en Salud Bucodental, aprobada en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el 15 de junio de 2022. Nuestra Comunidad Autónoma cuenta con protocolos específicos de salud bucodental para garantizar este tipo de asistencia a personas con discapacidad y/o TEA.
- Del mismo modo, para continuar garantizando que se atienden las particularidades de los pacientes complejos, la Gerencia Regional ha trabajado de la mano de otras alianzas en el Plan Integral de

Enfermedades Raras y el Plan de Medicina Personalizada de Precisión, los cuáles a través de la definición del modelo de atención a las personas con ER-SD en Castilla y León se pretende estandarizar el proceso de abordaje de estas enfermedades centrándolo en las necesidades de los y las pacientes y de su familia. Planteando para ello un enfoque multidisciplinar e interinstitucional, incluyendo el conjunto de los procesos que son ejecutados por parte de todas las administraciones públicas implicadas en facilitar que estas personas puedan alcanzar el máximo desarrollo posible en todos los ámbitos de su vida: personal, familiar, educativo, social y laboral.

2. METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN Y EXTENSIÓN EN SACYL

Una vez obtenidos los resultados del pilotaje, se elabora este **Documento Marco del Programa ASI (Asistencia Sanitaria Integral) en Castilla y León**, para su implementación en todas las áreas sanitarias, en el cual se recogen los requisitos mínimos exigidos para su correcto desarrollo en aspectos tales como objetivos del programa, formación/concienciación de los profesionales, participación de las asociaciones de pacientes, definición del perfil de usuarios beneficiarios del programa, ventajas y compromisos de estar incluido en el programa ASI, responsabilidades de profesionales, respeto de la confidencialidad de los datos de los pacientes, etc...

En el **Plan Persona, centrando la asistencia sanitaria en ti**, la segunda área de intervención denominada PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CON UN FOCO INTEGRAL, propone ofrecer al paciente y su entorno una atención personalizada que tenga en cuenta las condiciones, características y necesidades de cada una de las personas durante el proceso de asistencia sanitaria.

Se desarrolla en tres ámbitos de actuación:

1. Atención centrada a la persona. Hace referencia a reconocer su singularidad e incorporar en todo el proceso de atención asistencial de los pacientes, la valoración de las condiciones, circunstancias y opciones propias a cada persona y sus capacidades apoyando su autodeterminación, así como en la medida de lo posible, sus preferencias con relación a diferentes aspectos.
2. Atención al final de la vida. Esta área de actuación pretende favorecer la planificación anticipada de decisiones e instrucciones previas por parte del paciente en lo relativo a la atención cuando se encuentre en la etapa final de su vida. Igualmente, se pretende ofrecer a los pacientes que estén en esta situación una atención coordinada, que englobe tanto la perspectiva social como asistencial, y que se adapte a las necesidades de los pacientes y sus familiares.
3. Atención a colectivos especiales. El objetivo es identificar y adecuar la atención a las necesidades de aquellos pacientes que por sus características requieran una asistencia diferenciada e integral (TEA, discapacidad intelectual y patologías asociadas, entre otros).

Dentro de este ámbito de actuación, se diseña el **PROYECTO 18. ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD** que recoge la necesidad de adecuar el modelo de atención a las características de las personas con necesidades especiales que requieran una asistencia diferenciada e integral, mediante la **extensión del proyecto ASI** al resto de las áreas sanitarias de Castilla y León, especialmente en lo relativo a:

- Establecer un protocolo de información y comunicación de los pacientes con discapacidad intelectual y/o sensorial, especialmente discapacidad visual y auditiva profunda.
- Mejorar la gestión de pacientes con necesidades especiales, como las personas que tienen TEA (Trastorno del Espectro del Autismo) (limitar el tiempo de espera, tiempos requeridos de atención, gestión adecuada del horario de las citas para que acudan a primera o última hora).
- Mejorar la atención bucodental a personas con discapacidad intelectual y alteraciones de conducta.

Para la implantación del Programa ASI es necesario realizar varias actuaciones, con el fin de que, sobre esta base, cada área sanitaria realice el desarrollo del Programa de forma individualizada, **mediante pro-**

tocolos para adaptarlo a su propia realidad, con la finalidad de respetar la equidad e igualdad de prestaciones en todo el ámbito de nuestra Comunidad, podríamos resumirlos en:

1. Realizar la difusión del proyecto en las áreas.
2. Designar profesionales responsables del proyecto en cada área. (trabajadoras sociales, enfermera gestora de casos (EGC) u otro profesional que se considere).
3. Elaborar los protocolos necesarios para implantar el Programa ASI, en los centros sanitarios y dispositivos de emergencias.
4. Captar a pacientes con discapacidad grave y/o TEA. Población diana.
5. Incluir en los programas formativos de las áreas, actividades dirigidas a los profesionales implicados, con el fin dar a conocer el Programa ASI y sensibilizar a los profesionales sobre las características y necesidades de los pacientes a los que va dirigido. (Anexo 3)
6. Respetar el Decálogo de actividades común del Programa ASI. (Anexo 2)
7. Permitir la participación de las asociaciones de usuarios afectados en el desarrollo del Programa ASI.
8. Implementación de mecanismos de control, eficientes para asegurar su correcta implementación y seguimiento.

Los **protocolos** se elaborarán en todas las unidades que se prevea afluencia de pacientes incluidos en el programa ASI, siendo obligatorio en admisión de los centros de salud para coordinarse con los profesionales de atención primaria, urgencias de los PAC (puntos de atención continuada), admisión de urgencias hospitalarias para coordinación con el propio servicio de urgencias hospitalarias.

3. POBLACIÓN DIANA

Teniendo en cuenta las diferentes necesidades de atención a la discapacidad de nuestra población, las diferentes ofertas para estos colectivos que ofrece nuestra Comunidad, y para diferenciarlas de otras prestaciones, debemos definir y concretar quiénes son los usuarios beneficiarios y detallar qué servicios estarán incluidos para los pacientes y familiares del Programa ASI.

La población diana deberá ajustarse dentro del grupo poblacional que presente discapacidad grave (física, sensorial, intelectual o psíquica) y/o TEA, **que conlleve la necesidad de un acompañamiento permanente para el desarrollo de la actividad diaria** y que se asocie a alguna de las siguientes circunstancias:

- Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Deterioro cognitivo limitante (MEC<23). Similar a un grado de discapacidad de un $\geq 65\%^*$.
- Paciente incapacitado para tomar decisiones. Similar a un grado de discapacidad de un $\geq 65\%^*$.
- Trastornos conductuales asociados a enfermedad mental descompensada, deterioro cognitivo o cuadro confusional agudo. Similar a un grado de discapacidad de un $\geq 65\%^*$.
- Cuadro confusional con deterioro de la capacidad fluctuante. Similar a un grado de discapacidad de un $\geq 65\%^*$.
- Gran dificultad para la comunicación. Similar a un grado de discapacidad de un $\geq 65\%^*$.
- Mala tolerancia a la espera. Similar a un grado de discapacidad de un $\geq 65\%^*$.
- Dificultad para la movilidad. Similar a un grado de discapacidad de un $\geq 65\%^*$.

*No se exige que tenga reconocida la discapacidad oficialmente, se indica a modo orientativo.

3.1. SISTEMA DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA ASI

Definidos los criterios que deben cumplir las personas para ser integradas en el programa ASI, el siguiente paso será la captación de los mismos. Los pacientes podrán ser captados:

- Desde los equipos de atención primaria (médico y/o enfermera).

- Desde las asociaciones de pacientes, que informarán a los pacientes y sus familias de la necesidad de acudir a su médico y/o enfermera para ser incluidos en el Programa ASI.
- Cuando se detecte algún caso en el ámbito hospitalario, será igualmente derivado al equipo de atención primaria, a través del responsable operativo del programa ASI en el Hospital.

3.1.1. ATENCIÓN PRIMARIA

El paciente acudirá a consulta de su médico y/o enfermera de familia para la valoración de la inclusión o no en el Programa ASI. Se debe realizar el **Informe de Salud** (anexo 4) dónde quedarán especificados sus diagnósticos relacionados y limitaciones relacionadas con el Programa ASI (ayudándose, si así lo considera, del **check-list** (anexo 5)).

El Informe de Salud elaborado desde Atención Primaria, es el mismo que se utiliza para el resto de solicitudes de prestaciones sociales, hay que prestar especial cuidado de que queden reflejados los problemas de salud, tipo de discapacidad, trastornos graves del comportamiento, limitaciones sensoriales y todas aquellas que justifiquen su inclusión en el Programa. En el recuadro de “cuidados” del informe constará la solicitud de **incluir al paciente en ASI**.

Si se valora positivamente la inclusión en el Programa ASI, se citará al paciente con **el profesional de trabajo social, quién explicará en qué consiste el Programa ASI, las ventajas y obligaciones**. Si el paciente o tutor legal está de acuerdo firmará el **consentimiento** de cesión de datos de carácter personal. (anexo 6).

El profesional de trabajo social, con los 3 documentos cumplimentados (informe de salud, check-list y consentimiento) realizará la **inclusión** del paciente en el Programa ASI, y solicitará la tarjeta ASI a Gerencia de Atención Primaria / Gerencia de Asistencia Sanitaria, desde dónde, la persona responsable del Programa ASI en dicha Gerencia, con una periodicidad mensual, solicitará las tarjetas ASI a la Dirección Técnica de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria, elaboradas para tal fin en la Gerencia Regional de Salud. (Ver flujograma, anexo 7).

Asimismo, la Gerencia de Atención Primaria/Gerencia de Asistencia Sanitaria informará a los responsables del programa ASI en los hospitales de su área, para la inclusión de los pacientes en ASI.

Cuando las tarjetas del Programa ASI estén elaboradas por la Gerencia Regional de Salud, desde la Dirección Técnica de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria se enviarán a la Gerencia de Atención Primaria/Gerencia de Asistencia Sanitaria, según proceda, para que sean remitidas a los profesionales de trabajo social que las solicitaron, y éstos entregarlas a las personas que figuren como contacto de los pacientes incluidos en el Programa ASI.

Esta tarjeta servirá de identificación en todo el Sistema Sanitario de Castilla y León como usuario perteneciente al Programa ASI.

Para el correcto funcionamiento de este programa es necesario que este ámbito asistencial de atención primaria **se elaboren los protocolos necesarios para la atención de las personas integradas en el programa ASI, adaptados a cada centro de salud**.

3.1.2. ASOCIACIONES DE PACIENTES

Las asociaciones de pacientes contarán con responsables del Programa ASI que serán los encargados de remitir a los pacientes con discapacidad grave y/o TEA, que conlleve la necesidad de un acompañamiento permanente para realizar su actividad diaria, a su médico y/o enfermera, y poder seguir todo el circuito explicado en el punto anterior.

3.1.3. ATENCIÓN HOSPITALARIA

El hospital contará con un **responsable funcional** del Programa ASI, con capacidad de decisión, que se ocupará de la gestión del programa dentro del hospital a nivel macro para el correcto funcionamiento inter-centro.

El hospital también contará con **responsable/s operativo /s** del Programa ASI que será quién tenga el contacto directo con el paciente y su familia. A priori, como opción óptima, se pensó en contar específicamente con una EGC (enfermera gestora de casos) para abordar esta labor de apoyo, aunque esta función puede ser desarrollada por uno o varios profesionales de otras categorías, formados para ello, a criterio del propio hospital.

El responsable operativo realizará una recepción de los pacientes/familiares de usuarios incluidos en el Programa ASI mediante una bienvenida, orientación e información sobre el contenido de este servicio en el hospital.

El responsable operativo proporcionará un teléfono de contacto y horario de disponibilidad, así cómo proceder y a quién dirigirse fuera de este horario en situaciones imprevistas excepcionales y/o urgentes.

También el responsable operativo del programa ASI en el hospital se ocupará de la organización de las citas intrahospitalarias para optimizar las visitas al centro sanitario (secuenciales y coordinadas), y siempre que pueda, realizará acompañamiento hasta las consultas o salas de pruebas diagnósticas.

Después de un alta hospitalaria/consulta, el responsable operativo del programa ASI, realizará asesoramiento al paciente y/o familia, para aclarar o coordinar la resolución de dudas surgidas sobre los tratamientos prescritos o actuaciones requeridas.

En el caso de que el paciente esté domiciliado en un centro socio-sanitario, el responsable del programa ASI contactará con los responsables implicados en el proceso de atención sanitaria para favorecer una correcta continuidad de los cuidados.

Después de una visita al hospital el responsable operativo coordinará la nueva planificación de citas para nuevas visitas necesarias, así como el enlace para las interconsultas de Atención Primaria-Hospitalaria.

Todas estas funciones estarán contempladas en el/los protocolo/s que el hospital debe elaborar para el correcto desarrollo del Programa ASI.

3.1.4. CAUSAR BAJA DEL PROGRAMA ASI

Cuando una persona cause baja del Programa ASI, los familiares deberán comunicarlo al profesional de trabajo social de su ZBS o a través de las asociaciones de pacientes para ser posteriormente comunicado al profesional de trabajo social, así como la devolución de tarjetas contemplado en el apartado 5 de este documento: Tarjeta ASI.

El profesional de trabajo social comunicará la baja de dicho paciente al responsable operativo del Programa ASI en el hospital de referencia y a la Gerencia de Atención Primaria / Gerencia de Asistencia Sanitaria, según proceda.

El profesional de trabajo social mantendrá actualizado el registro de pacientes ASI de su ZBS, con los datos necesarios para emitir la tarjeta ASI, al igual que las Gerencias de Atención Primaria / Gerencia Asistencia Sanitaria, según proceda, y los responsables del Programa ASI en el hospital.

4. PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROGRAMA ASI

Para el correcto desarrollo del Programa, se requiere la actuación reglada y coordinada de los diferentes profesionales que, por las circunstancias expuestas a continuación, son claves en algún momento de la implementación del mismo. Estos profesionales son:

- Médico y enfermera del Equipo de Atención Primaria (EAP).
- Profesionales de trabajo social de zona Básica de Salud.
- Profesional responsable del ASI a nivel funcional en el hospital.
- Profesional responsable del ASI a nivel operativo en el hospital: (enfermera gestora de casos (EGC)/ profesional responsable del hospital del proyecto ASI).
- Responsable del Programa ASI en las Gerencias de Atención Primaria.
- Responsable del Programa ASI en la Gerencia de Asistencia Sanitaria.
- Responsable del Programa ASI en Emergencias Sanitarias.
- Auxiliares administrativos de admisión del hospital y centro de salud.

El/los protocolo/los elaborados en cada gerencia y centros asistenciales deben incluir las funciones de cada profesional, para el correcto desarrollo del Programa.

5. TARJETA ASI

Solicitud de la Tarjeta ASI:

El inicio del trámite tendrá lugar en Atención Primaria, tras la valoración de la inclusión en el Programa por el EAP (médico y/o enfermera), el profesional de trabajo social de la zona básica de salud correspondiente solicitará a la Gerencia de Atención Primaria/Gerencia de Asistencia Sanitaria la tarjeta de cada paciente incluido en el programa ASI. La GAP/GAS solicitará mensualmente todas las tarjetas de su ZBS a la Dirección Técnica de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Gerencia Regional de Salud.

Datos del paciente a incluir en la Tarjeta ASI:

Nombre apellidos del paciente, nº tarjeta sanitaria (CIPA), Área de salud, nº de tarjeta ASI.

Logotipos: Junta de Castilla y León y Programa ASI.

Código de identificación de la tarjeta:

La asignación numérica en cada área la realizará la propia Gerencia de Atención Primaria /Gerencia de Asistencia Sanitaria para evitar duplicidades o coincidencias, respetando que el inicio de la numeración de cada Área de atención primaria llevará asignado un número de 2 dígitos seguido de punto y el número correlativo de paciente en programa ASI, tal que así:

- Gerencia de Atención Primaria de Ávila: 01.
- Gerencia de Atención Primaria de Burgos: 02.
- Gerencia de Atención Primaria de León: 03.
- Gerencia de Atención Primaria de Ponferrada: 04.
- Gerencia de Atención Primaria de Palencia: 05.
- Gerencia de Atención Primaria de Salamanca: 06.
- Gerencia de Atención Primaria de Segovia: 07.
- Gerencia de Atención Primaria de Soria: 08.
- Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste: 09.
- Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este: 10.
- Gerencia de Atención Primaria de Zamora: 11.



Por ejemplo, el paciente 145 del programa ASI de Ávila, llevaría el nº de identificación 01.145

Formulario para solicitar tarjeta:

Se utilizará un formulario oficial para la solicitud de la tarjeta ASI que cumplimentará el profesional de trabajo social. (Anexo 8) (Con los datos indicados en el apartado anterior y a mayores el domicilio del paciente, la zona básica de salud, teléfono/s de contacto y nombre y apellidos del cuidador).

Entrega de tarjeta ASI:

Como se ha dicho anteriormente, las tarjetas ASI se enviarán desde la Dirección Técnica de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Gerencia Regional de Salud a las Gerencias de Atención Primaria/GAS, que las solicitaron; para que, a su vez, sean enviadas desde allí a los profesionales de trabajo social, y éstos entregarlas a las personas que figuren como contacto de los pacientes incluidos en el Programa ASI.

Extravío de tarjeta ASI:

En el caso de pérdida o extravío de la tarjeta ASI, se comunicará al profesional de trabajo social del EAP, para comprobar que el paciente está incluido en el programa y comenzar el circuito para hacer un duplicado de la tarjeta ASI. (GAP/GAS/DTCHAS).

Devolución de tarjeta ASI:

Cuando una persona cause baja del Programa ASI, la tarjeta debe ser devuelta al profesional de trabajo social o a través de las asociaciones de pacientes para ser posteriormente remitidas al profesional de trabajo social, quién procederá a su destrucción, después de dar de baja al paciente en el programa ASI.

6. INTEGRACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (iconos, alertas)

Cuando sea posible incluir en la HCE una alerta con el logotipo del Programa ASI, a través de Medora o Jimena, se valorará la eliminación de las tarjetas ASI.

7. CIRCUITOS DE ATENCIÓN SANITARIA DEL USUARIO YA INCLUIDO EN EL PROGRAMA ASI

La familia o cuidadores del paciente incluido en el Programa ASI debe contar con el **teléfono** de contacto y/o correo electrónico y **horario** previsto de la persona de referencia en el centro de salud (EAP y/o profesional de trabajo social) y del responsable operativo del programa ASI asignado en su hospital de referencia (ej. la EGC).

El usuario del programa ASI, deberá llevar siempre consigo la tarjeta ASI, para que, dentro de cada nivel asistencial, se activen los protocolos establecidos y se pongan en marcha los circuitos adecuados.

Como se ha mencionado en varias ocasiones a lo largo de este documento, las diferentes unidades dispondrán de tantos protocolos como sean necesarios para la correcta atención sanitaria de pacientes incluidos en el Programa ASI, en los que se incluirán las funciones de los profesionales que participan en el circuito para la atención sanitaria adaptada dichos pacientes.

1. Si es una visita no programada/no concertada:

Esta debe convertirse en una vía de acceso extraordinaria y restringida a casos realmente no de-morables.

En el PAC (Punto de Atención Continuada):

1º identificación en urgencias del PAC como paciente incluido del Programa ASI.

2º activación de protocolo para paciente ASI en Urgencias de PAC.

En el Servicio de urgencias hospitalarias (siempre habrá un profesional de referencia para el programa ASI).
 1º identificación en admisión de urgencias como paciente incluido del Programa ASI.
 2º activación de protocolo para paciente ASI en urgencias hospitalarias.

2. Si es una **visita programada/concertada**:

a) En los Centros de Salud:

El cuidador y/o familiar, previa cita concertada con el médico y/o enfermera de familia u otro profesional de AP, presentará la tarjeta ASI en el mostrador de admisión del centro de salud para que se active el protocolo de actuación de este programa. El personal administrativo, tras identificarle como paciente incluido en Programa ASI, advertirá de su llegada a los profesionales con los que tenga cita para que se tenga en cuenta su prioridad en la atención, en caso de demoras. Cualquiera de los profesionales implicados en su atención, deben potenciar, como forma ordinaria de acceso al sistema y siempre evitar esperas innecesarias.

b) En los Hospitales:

El cuidador y/o familiar, previa cita concertada, informará de su llegada en el punto de información mostrando su tarjeta ASI, desde donde se localizará al responsable operativo del programa ASI.

También la familia, previamente puede haber contactado con el profesional responsable del programa ASI, con anterioridad suficiente para acordar el encuentro o gestionar las citas. Una vez llegados al centro hospitalario, serán acompañados por dicho profesional para facilitar los traslados intracentro, si es posible, teniendo en cuenta el volumen de posibles consultas.

El profesional responsable ASI habrá coordinado las citas, para facilitar la coincidencia en fechas y la fluidez de las mismas. Finalizada la atención, el profesional responsable del programa ASI, realizará de nuevo la coordinación de las siguientes visitas.

3. Si es una **atención en emergencias sanitarias**:

Al igual que en Atención Primaria y Atención Hospitalaria, en este ámbito asistencial se debe de disponer de los protocolos necesarios para la correcta atención de los pacientes incluidos en el Programa ASI, y todo el personal de emergencias sanitarias debe conocer dicho programa, de forma que, en una atención sanitaria de emergencias sanitarias, el cuidador y/o familiar mostrará la tarjeta ASI a los profesionales de emergencias para poder acompañar al paciente en el traslado sanitario, siempre que sea posible y considerando la situación clínica del paciente.

Se debe tener en cuenta que uno de los objetivos específicos de este Programa es garantizar el acompañamiento, siempre que la situación clínica lo permita, considerando al acompañante como apoyo y recurso necesario e imprescindible para la adecuada atención.

8. VENTAJAS Y COMPROMISOS DE ESTAR INCLUIDO EN EL PROGRAMA ASI

Como se ha venido repitiendo a lo largo de este Documento Marco, las personas que forman parte del Programa ASI, pueden beneficiarse de una adaptación del Sistema sanitario a sus necesidades, por el hecho de presentar TEA y/o una discapacidad grave (física, sensorial, intelectual o psíquica) y que conlleve la necesidad de un acompañamiento permanente para realizar la actividad diaria.

Estos **beneficios** son los siguientes:

- Mantener un canal de comunicación con la persona referente del Programa ASI, tanto en ámbito de Atención Primaria como en el ámbito hospitalario.
- Siempre con cita previa, disponer de una disminución de tiempos de espera o evitarlos, si es posible.
- Disponer de una asistencia sanitaria adaptada en cuanto a tiempo en consultas o aplicación de técnicas o tratamientos.
- Estar acompañado por un familiar u otra persona, siempre que la situación clínica lo permita, considerando al acompañante como apoyo y recurso necesario e imprescindible para la adecuada atención.

- Recibir información sobre prestaciones sanitarias y recursos sociales.
- Recibir asesoramiento telefónico, a través del centro de salud, sobre cuidados.
- Poder acceder a actividades formativas sobre cuidados y autocuidados, así como a grupos de ayuda mutua.

Por otra parte, las personas, cuidadores principales u otros familiares de personas que están incluidas en el Programa ASI, están sujetos a unas **obligaciones** como son:

- Colaborar con el equipo sanitario que atiende al paciente.
- Complimentar o colaborar en la cumplimentación de documentos que conlleva este Programa.
- Hacer el seguimiento de las recomendaciones y cuidados referidos a los pacientes como de los autocuidados para los cuidadores.
- Hacer uso responsable, de manera personal e intransferible, de la tarjeta ASI.
- Devolver de la tarjeta ASI cuando se produzca la baja del paciente en el Programa ASI.

9. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL PROGRAMA ASI

Realizar una estimación de los pacientes que puedan estar incluidos en este programa, y como consecuencia la carga asistencial que puede suponer este programa en los centros asistenciales es muy difícil debido a escasez de datos, aunque se ha intentado realizar tomando como base los últimos datos aportados por el Hospital Universitario Río Hortega que es dónde el proyecto se ha pilotado.

Se ha calculado que el 0.20% de la población, según SIAE 2023, podría estar incluido en el programa ASI.

Se estima que casi 4.700 pacientes con TEA, formarían parte del Programa ASI, según resultados del proyecto piloto del Hospital Universitario Río Hortega que se toma como base.

Así mismo, de ese 0.20% de la población del programa ASI, sólo el 64.5% necesitaría atención en el año.

Esto supondría que cerca de 3.000 personas estarían incluidos en el programa ASI y necesitarían atención, haciendo sólo alusión a pacientes con TEA.

Esta misma actividad del Programa ASI, de la que sólo se poseen datos de atención hospitalaria, sería trasladada a atención primaria.

No existen datos de lo que supondría la inclusión de pacientes con discapacidad severa, con necesidad de acompañante para realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero se podría realizar el mismo cálculo que con las personas con TEA.

Se podría estimar que cerca de 9.400 personas podrían formar parte del Programa ASI.

Con estos datos, se estima que aproximadamente, 25 pacientes serían atendidos mediante el programa ASI, diariamente en Sacyl.

10. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Con carácter anual se realizará una evaluación en cada centro Hospitalario y de Atención Primaria de la actividad desarrollada. Los datos que se deberán analizar son:

- Existencia de protocolos actualizados.
- Nº total pacientes incluidos en el Programa ASI al finalizar el año, desglosado por sexo y edad. (Para los centros que ya están pilotando el programa).
- Nº de pacientes nuevos incorporados en el Programa en el año a evaluar, desglosado por sexo y edad.

- N° de actuaciones del responsable operativo del ASI en el hospital: gestión de citas, acompañamiento, contacto con familiares a través de teléfono o correo electrónico.
- Encuesta de satisfacción de pacientes y/o familiares

Cuando se disponga de la alerta en la HCE, se incluirán indicadores de actividad tales como:

N° total de pacientes ASI en consultas externas atendidas en el año, desglosadas por áreas o Servicios, según sexo y años de los pacientes.

N° total de pacientes ASI con pruebas diagnósticas realizadas en el año, desglosadas por áreas o Servicios, según sexo y años de los pacientes.

N° total de pacientes ASI ingresados en el año, desglosado por áreas o Servicios, según sexo y años de los pacientes.

11. ANEXOS

ANEXO 1. LEGISLACIÓN VIGENTE

Es necesario tener presente las siguientes normas que acogen la posibilidad de prestar una asistencia sanitaria adaptada a las personas con necesidades especiales:

1. Haciéndose eco de esta necesidad social actual, la ONU, en su **Convención Internacional de Derechos de las personas con discapacidad**, define en su articulado el propósito^(a), principios generales y obligaciones de los Estados Partes, para la adopción de las medidas necesarias que garanticen la consecución de estos objetivos de igualdad.

(a) El propósito "... 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.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".

Y en concreto, en el artículo 25^(b), se definen las medidas a adoptar para la consecución de dichos objetivos en materia de salud.

(b) Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;*
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;*
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;*
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;*
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;*
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.*

Además, en relación a las personas con TEA, en mayo de 2014, la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, de la OMS^(c), aprobó la resolución titulada

(c) "Medidas integrales y coordinadas para gestionar los Trastornos del Espectro Autista" que reconoce "la necesidad de crear o fortalecer, según proceda, sistemas de salud que respalden a todas las personas con discapacidad o trastornos de salud mental o del desarrollo, sin ningún tipo de discriminación".

Este grupo de personas suelen presentar más dificultades a la hora de poder acceder a un servicio sanitario bien sea por su propia discapacidad intelectual, por presentar conductas inapropiadas y/o dificultades en la comunicación, ausencia de lenguaje comprensión, dificultad tanto para localizar el origen del dolor como para describir los síntomas que puedan presentar y, en general, presentan mala tolerancia a la espera.

2. A nivel nacional, el derecho a la accesibilidad en el ámbito de la salud está regulado principalmente a través de la Ley 27/2007, de 23 de octubre, y el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundado de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

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.^(d)

(d) Artículo 10. Acceso a los bienes y servicios a disposición del público

c) Salud.

“Las Administraciones Públicas competentes promoverán la prestación de servicios de intérpretes en lengua de signos española y/o en las lenguas de signos propias de las comunidades autónomas si las hubiera, en el caso de que así se solicite previamente, para los usuarios que lo necesiten en aquellos centros sanitarios que atiendan a personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas...”

Artículo 19. Acceso a los bienes y servicios a disposición del público

c) Salud.

“Las Administraciones sanitarias promoverán los medios de apoyo a la comunicación oral de los usuarios que los necesiten en aquellos centros sanitarios que atiendan a personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas...”

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundado de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en los artículos 2^(e) y 3:

(e) Artículo 2,:

k) Accesibilidad universal: es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. En la accesibilidad universal está incluida la accesibilidad cognitiva para permitir la fácil comprensión, la comunicación e interacción a todas las personas. La accesibilidad cognitiva se despliega y hace efectiva a través de la lectura fácil, sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, pictogramas y otros medios humanos y tecnológicos disponibles para tal fin. Presupone la estrategia de «diseño universal o diseño para todas las personas», y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.

Modificada por el art. único.1 de la Ley 6/2022.

Artículo 3. Principios:

h) La accesibilidad universal.

i) Diseño universal o diseño para todas las personas.

j) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.

3. En nuestra Comunidad Autónoma, la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León, en el artículo 2, que define los principios rectores del Sistema de Salud, nos habla sobre:

- **“c) La humanización de la asistencia sanitaria y la atención personalizada al paciente” y**
- **“e) El principio de accesibilidad o de igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias de colectivos especialmente vulnerables”.**

Esta misma ley, en su artículo 54^(f), sobre las estrategias de salud y programas sanitarios establece, en sus puntos 1 y 2, la necesidad de atención a pacientes vulnerables... que precisen una **atención sanitaria especial, así como la elaboración de programas especiales y preferentes para su atención**

(f) *Estrategias regionales de salud y programas sanitarios especiales.*

1. *Las estrategias regionales relacionadas con la salud elaboradas por la Consejería competente en materia de sanidad irán dirigidas a los problemas de salud más prevalentes, a los más relevantes, a los que supongan una especial carga sociofamiliar, a grupos específicos de pacientes reconocidos sanitariamente como de riesgo, a los grupos de personas con especial vulnerabilidad, a los enfermos crónicos e invalidantes y a aquellos problemas que, por sus especiales características, deban abordarse con una perspectiva de intervención regional, garantizando una atención sanitaria integral.*

2. *Los grupos de personas en situación de especial vulnerabilidad: niños, personas mayores, víctimas de maltrato, los drogodependientes, las personas que padecen enfermedades mentales, las que padecen enfermedades crónicas e invalidantes, las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial y las que pertenecen a grupos específicos de riesgo, serán objeto de actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.*

ANEXO 2 DECÁLOGO DEL PROGRAMA ASI

1. Evitar o reducir los tiempos de espera.
2. Adaptar el tiempo de consulta a las necesidades de la persona.
3. Dirigirse al paciente con normalidad, por su nombre y con un lenguaje claro y sencillo.
4. Facilitar el acompañamiento, siempre que la situación clínica lo permita, considerando al acompañante como apoyo y recurso para la adecuada atención.
5. Coordinación y apoyo para el desarrollo de pruebas diagnósticas, teniendo en cuenta la necesidades específicas para llevar a cabo una mejor exploración y evaluación clínica.
6. Ayudar al paciente y/o acompañante a entender las indicaciones médicas y/o de enfermería y el tratamiento y plan de cuidados a seguir.
7. Agilizar y coordinar las citaciones en los centros sanitarios.
8. Facilitar espacios individuales de atención si el entorno lo permite y las necesidades del usuario lo requieren.
9. Comunicación con entidades de atención a la discapacidad si se considera necesario.
10. Contemplar actuaciones de prevención y promoción de la salud, en especial en aquellas patologías más prevalentes.

ANEXO 3 FORMACIÓN DIRIGIDA A PROFESIONALES

Se han realizado actividades formativas acreditadas, en formato online, a través del Campus Virtual de la Gerencia Regional de Salud.

Objetivo general: conocer las necesidades que tienen los pacientes con discapacidad en el entorno sanitario, y concretamente, los pacientes con TEA y/o DI.

Objetivos específicos:

- Ofrecer información para facilitar la atención a las personas con DI y/o TEA.
- Conocer cómo perciben los pacientes con DI y/o TEA el entorno sanitario.
- Aprender en qué consiste en proyecto ASI y las necesidades emocionales de los pacientes que se incluyen en dicho proyecto (TEA y/o DI).
- Adquirir habilidades de comunicación para tratar con personas con TEA y/o DI.
- Aprender habilidades de comportamiento que ayuden a adaptarse a las necesidades de pacientes con TEA y/o DI.
- Sensibilizar a los profesionales para un trato más adecuado a pacientes con TEA y/o DI.

Las actividades formativas están dirigidas a todos los profesionales de todas las áreas que puedan tener contacto con personas con DI y /o TEA, y específicamente a: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, odontólogos, auxiliares de enfermería, celadores y personal administrativo.

Fechas: se han realizado 4 ediciones de noviembre de 2023 a mayo 2024.

Más de 2.200 profesionales han sido admitidos a las actividades formativas.

Contenido:

BLOQUE 1: MÁS QUE UN DIAGNÓSTICO: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE TEA Y DI:

- 1.1. discapacidad intelectual (DI): definición, etiología, prevalencia, comorbilidad, etc...
- 1.2. trastorno del espectro del autismo (TEA): definición, etiología, prevalencia, comorbilidad, etc...

BLOQUE 2: LAS PERSONAS CON TEA Y DI EN EL ENTORNO SANITARIO:

- 2.1. dificultades que pueden encontrar las personas con di y tea en el ámbito sanitario
- 2.2. principios básicos de apoyo e intervención
- 2.3. estrategias generales
- 2.4. buenas prácticas en atención sanitaria para personas con tea: accesibilidad cognitiva, manejo conductual, comunicación, etc...
- 2.5. intervenciones sociosanitarias (buenas prácticas en el tercer sector de acción social)
- 2.6. coordinación con otros agentes.

BLOQUE 3: PROYECTO “SALUD Y DISCAPACIDAD: MEJORANDO JUNTOS. PROGRAMA ASI”:

- 3.1. punto de partida
- 3.2. ¿qué es el programa ASI?
- 3.3. puesta en marcha y recorrido. pilotaje HURH
- 3.4. aspectos clave
- 3.5. retos de futuro

Docentes: profesionales especializados en el trato de pacientes con TEA y/o DI, titulados en Psicología y/o Educación y ligados a las asociaciones de pacientes con estas necesidades.

Evaluación: la media del grado de satisfacción es de 8,9

ANEXO 4. INFORME DE SALUD

MedoraCyl (CONV0033) - Internet Explorer

Informe: Servicios Sociales

Fecha: 15/04/2019
Médico de ref: ELISA IBÁÑEZ JALÓN
CIAS: 1709030107L
Enfermera: VARA GIJUDO, SERGIO
Centro de Salud: C.S. CASA DEL BARCO
Tfno.: 983362070

Nombre y apellidos del paciente
PRUEBA PRUEBA PRUEBA
Edad: 40 CIP: PRPR20969899000 DNI:
Dirección (calle, nº, piso, letra):
Población-CP: - Tño.:

Problemas de salud y antecedentes que afecten al desempeño de las AVD (indique su fase de evolución y/o brotes en el último año si procede)

Incluir	Proceso Clínico	Evolución	Brotes
<input checked="" type="checkbox"/>	ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	ARRITMIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	AUTISMO INFANTIL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD MENTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS CON LAS DISCAPACIDADES	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mostrar sensibles

Enfermedad mental crónica
 Enfermedades infecciosas activas
 Deterioro cognitivo

Discapacidad intelectual
 Trastornos graves del comportamiento
 Pluripatología crónica

Limitaciones sensoriales
 Sordo-Ceguera

Tratamientos (farmacológicos, psicoterapéuticos, rehabilitadores y otras medidas terapéuticas)

Cuidados (incluyendo órtesis, prótesis, medidas de soporte funcional y/o terapéutico, oxigenoterapia y dieta)

RUEGO INCLUIR EN PROGRAMA ASJ

Imprimir

Ejemplo de un posible Informe para Servicios Sociales de MEDORA, con posibles diagnósticos y problemas relacionados.

ANEXO 5. CHECK LIST PARA INCLUSIÓN EN PROGRAMA ASI

(Es una herramienta de soporte y ayuda, no siendo obligatoria su utilización)

SI	NO	CHECK LIST PARA INCLUSIÓN EN PROGRAMA ASI
		¿Presenta discapacidad grave que dificulta la comunicación y la comprensión?*
		¿Presenta discapacidad grave por problemas de movilidad que requiera de acompañamiento permanente?*
		¿Presenta un trastorno del espectro autista (TEA)?*
En caso de que los tres sean negativos no continuar el test		
		¿Presenta dificultades en comunicación y lenguaje expresivo y/o comprensivo?
		¿Manifiesta intolerancia ante la demora en sala de espera?
		¿Tiene dificultad de adaptación a los cambios?
		¿Sabe expresar el dolor de alguna manera: de forma verbal, gestual, con pictogramas, etc.?
		¿Manifiesta hiper o hiposensibilidad sensorial?
		¿Tiene dificultad para el control emocional?
		¿Presenta alteraciones del comportamiento que dificulten exploración?
		¿Manifiesta ansiedad anticipatoria o social en el entorno sanitario?
		¿Se deriva para su inclusión en PROGRAMA ASI?
EN CASO POSITIVO CREAR ALARMA EN HISTORIA		
* LA DISCAPACIDAD GRAVE Y/O EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) SON IMPRESCINDIBLES, PERO SÓLO SE INCLUIRÁ EN EL PROGRAMA SI CUMPLE ADEMÁS ALGUNO DE LOS REQUISITOS SIGUIENTES		

ANEXO 6. MODELO DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

MODELO DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

D./D^a. mayor de edad, con D.N.I.

tutor legal de:

D./D^a., con C.I.P.A.....

y cuyo hospital de referencia es.....,

AUTORIZO a la Gerencia Regional de Salud para que los datos de carácter personal (Nombre, apellidos, D.N.I., nº de Seguridad Social y discapacidad y/o autismo), relacionados con el Programa ASI de Castilla y León para la mejora de atención sanitaria de las personas con discapacidad grave (física, sensorial, intelectual y psíquica) y/ o trastorno del espectro autista (TEA), que conlleve la necesidad de un acompañamiento permanente para el desarrollo de la actividad diaria, les sean cedidos a para los fines descritos.

La Gerencia Regional de Salud, *como responsable del tratamiento de sus datos personales, en cumplimiento de lo establecido en el REGLAMENTO UE 2016/679 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informa de lo siguiente:*

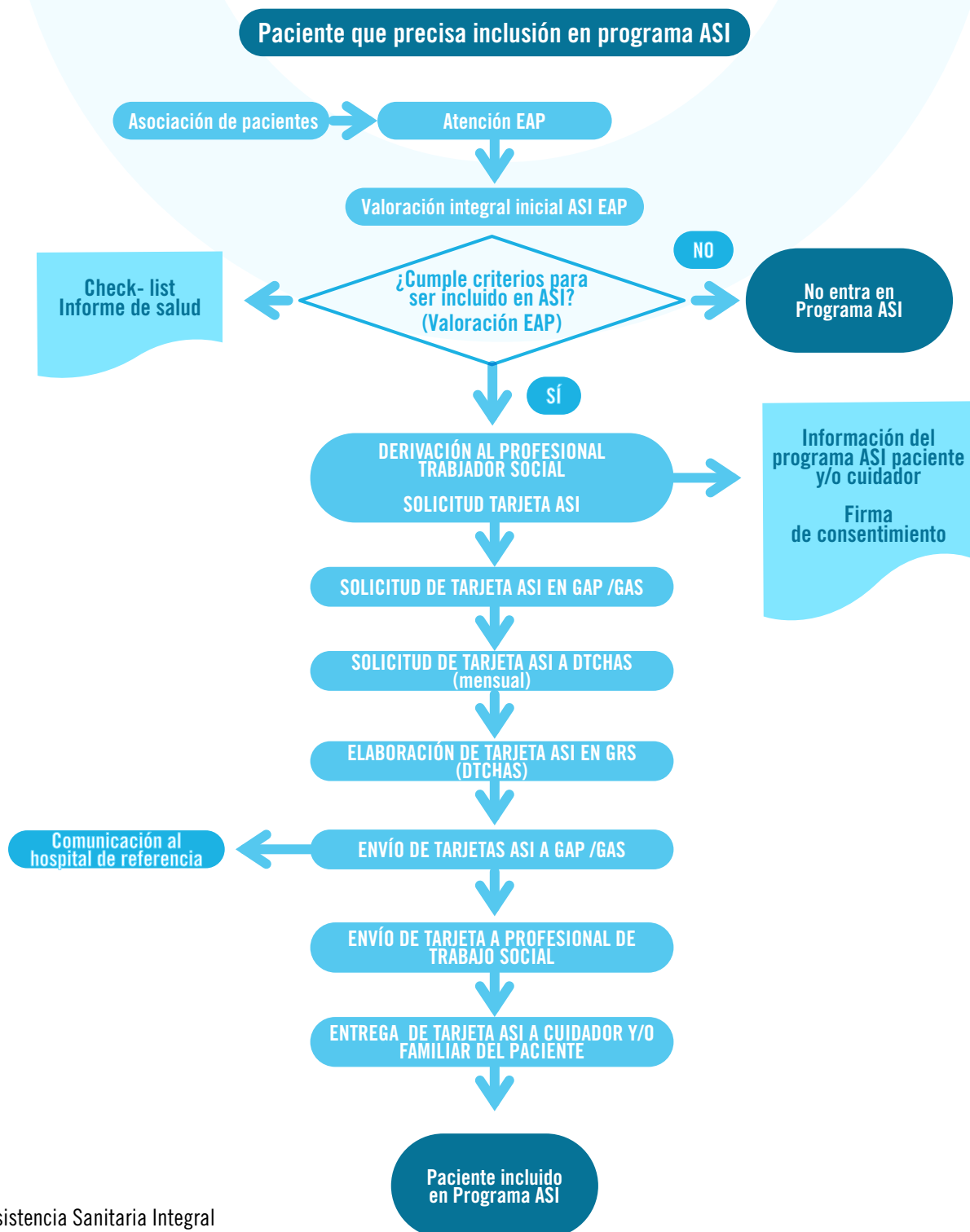
RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD	DIRECCIÓN: C/ PASEO DE ZORRILLA Nº 1. CP 47007 VALLADOLID TELÉFONO: 983380002 CORREO ELECTRÓNICO: SDA.GRS@SALUDCASTILLAYLEON.ES DATOS DE CONTACTO DEL DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS. CORREO ELECTRÓNICO: DPD.SANIDAD@JCYL.ES
FINALIDAD	PROGRAMA PARA LA ASISTENCIA ESPECIAL	RACIONALIZACIÓN DE CITAS, VISITAS, ESTANCIAS EN CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN Y ATENCIÓN SANITARIA ADAPTADAS A SUS LIMITACIONES ESPECÍFICAS. LOS DATOS RECOGIDOS SE CONSERVARÁN DURANTE EL TIEMPO NECESARIO PARA CUMPLIR CON LA FINALIDAD PARA LA QUE SE RECABARON Y PARA DETERMINAR LAS POSIBLES RESPONSABILIDADES QUE SE PUDIERAN DERIVAR DE DICHA FINALIDAD Y DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS.
LEGITIMACIÓN	CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO RECIBIDO DEL INTERESADO A LA ENTREGA DEL PRESENTE MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.	MOTIVO DE LICITUD DEL TRATAMIENTO: ARTÍCULO 9.2.A). DEL REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS. CONSENTIMIENTO DEL INTERESADO.
DESTINATARIOS	GERENCIA REGIONAL DE SALUD	EN EL CASO DE QUE LOS DATOS SEAN RECOGIDOS POR EL ENCARGADO DEL TRATAMIENTO, SERÁ ESTE QUIEN SE LOS TRASLADARÁ AL RESPONSABLE. LOS DATOS SERÁN CEDIDOS A LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD PARA LAS FUNCIONES DESCRITAS, SIN QUE EL CESIONARIO PUEDA HACER USO DE LOS DATOS CEDIDOS PARA FINALIDADES DISTINTAS, O CEDERLOS A TERCEROS.
	NO ESTÁN PREVISTAS CESIONES O TRANSFERENCIAS A TERCEROS PAÍSES.	NO SE CEDERÁN DATOS SALVO OBLIGACIÓN LEGAL

DERECHOS	DERECHO A ACCEDER, RECTIFICAR Y SUPRIMIR SUS DATOS, ASÍ COMO DERECHO A SOLICITAR LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO Y LA PORTABILIDAD DE SUS DATOS.	TIENE DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, SUPRESIÓN, LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO Y PORTABILIDAD DE DATOS, EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 15 A 23 DEL RGPD.
		PUEDE EJERCER TODOS ESTOS DERECHOS ANTE EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, MEDIANTE ESCRITO DIRIGIDO AL GERENTE REGIONAL DE SALUD EN LA DIRECCIÓN POSTAL ARRIBA INDICADA.
	ASIMISMO, TIENE DERECHO A REVOCAR EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 7.3 DEL RGPD	PUEDE EJERCER TODOS ESTOS DERECHOS ANTE EL DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS, ENVIANDO CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN DPD. SANIDAD@JCYL.ES
		PUEDE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN ANTE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS. MÁS INFORMACIÓN EN : WWW.AGPD.ES
PROCEDENCIA DE LOS DATOS	INTERESADO.	
MÁS INFORMACIÓN	REGISTRO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD	HTTPS://WWW.SALUDCASTILLAYLEON.ES/TRANSPARENCIA/ES/PROTECCION-DATOS-PERSONALES/GERENCIA-REGIONAL-SALUD

En, a de de 20...

Fdo.: El tutor legal

ANEXO 7: FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA INTEGRADA



ASI: Asistencia Sanitaria Integral
DTCHAS: Dirección Técnica de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria
EAP: Equipo de Atención Primaria
GAP: Gerencia de Atención Primaria
GAS: Gerencia de Asistencia Sanitaria
GRS: Gerencia Regional de Salud

ANEXO 8: FORMULARIO PARA SOLICITAR TARJETA ASI

FORMULARIO PARA SOLICITAR TARJETA ASI

Nº TARJETA ASI:	
NOMBRE DEL PACIENTE:	
APELLIDOS DEL PACIENTE:	
DOMICILIO DEL PACIENTE:	
TELEFONOS DE CONTACTO:	
Nº TARJETA SANITARIA (CIPA):	
ÁREA DE SALUD:	
ZBS:	
NOMBRE DEL CUIDADOR:	
APELLIDOS DEL CUIDADOR:	

12. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014) DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Bai, D., Yip, B. H. K., Windham, G. C., Sourander, A., Francis, R., Yoffe, R., ... & Sandin, S. (2019) Association of genetic and environmental factors with autism in a 5-country cohort. *JAMA psychiatry*, 76(10), 1035-1043.
- Berjano, E. y García, E (2010) Discapacidad intelectual y envejecimiento: un problema social del siglo XXI. Madrid: FEAPS.
- Bölte, S., Girdler, S., & Marschik, P. B. (2019). The contribution of environmental exposure to the etiology of autism spectrum disorder. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 76, 1275-1297.
- Bougeard, C., Picarel-Blanchot, F., Schmid, R., Campbell, R., & Buitelaar, J. (2021) Prevalence of autism spectrum disorder and comorbidities in children and adolescents: a systematic literature review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 744709.
- Castilla y León. Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, de 7 de septiembre de 2010, núm. 173, pp 68602-68646.
- Centers for Disease Control and Prevention (2018). Facts about developmental disabilities. <https://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/facts.html#ref>
- Centers for Disease Control and Prevention (2023) Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *Surveillance Summaries*, 72(2);1–14
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>
- Consejería de Sanidad (2014). Guía de atención a personas con TEA en Urgencias. Valladolid: Consejería de Sanidad. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-atencion-personas-tea-trastornos-espectro-autista-urge> [14/11/2023]
- Consejería de Sanidad (2006). Guía para la atención a las personas con Trastornos del espectro Autista en Atención Primaria. Valladolid: Consejería de Sanidad. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-atencion-ninos-trastornos-espectro-autista-atencion-pr> [14/11/2023]
- Consejería de Sanidad (2013). Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León (2013-2016): Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo de Salud Mental, Valladolid: Consejería de Sanidad. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-cronic.ficheros/1110259-PROCESO%20%20DE%20ATENCION%20AL%20PACIENTE%20CRONICO%20COMPLEJO%20DE%20SM.pdf> [14/11/2023]
- España. 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. Boletín Oficial del Estado, de 24 de octubre de 2007, núm. 255. Referencia: BOE-A-2007-18476
- España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundado de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, de 3 de diciembre, núm. 289. Referencia BOE-A-2013-12632
- España. Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, 26 de diciembre de 2009, núm. 311, pp. 110413-110415.

- Fuentes, J., Basurko, A., Isasa, I., Galende, I., Muguerza, M. D., García-Primo, P., ... & Posada de la Paz, M. (2021). The ASDEU autism prevalence study in northern Spain. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 579-589
- García-Domínguez, L., Navas, P., Verdugo, M. Á. y Arias, V. B. (2020). Chronic health conditions in aging individuals with intellectual disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3126.
- Gómez, L. E. y Navas, P. (2021) Tratamientos psicológicos para los trastornos del desarrollo intelectual y problemas de salud mental. En: Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia. E. Fonseca-Pedrero (Coord.). Madrid: Pirámide, 137-157.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Información estadística destacada del SAAD. <https://im-serso.es/el-imsero/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad> [26/12/2023]
- López Gómez, S., & Rivas Torres, R. M. (2014) El trastorno del espectro del autismo: Retos, oportunidades y necesidades. *Informes Psicológicos*, 14(2), 13-31.
- Martínez-Leal, R. (2016). Resultados del Proyecto Pomona, sobre indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual. *Voces*, 409, 4-6. <http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/vocesplena409.pdf>
- Milner, V., McIntosh, H., Colvert, E., & Happé, F. (2019) A qualitative exploration of the female experience of autism spectrum disorder (ASD). *Journal of autism and developmental disorders*, 49, 2389-2402.
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Navas, P., Llorente, S., García, L., Tassé, M. J. y Havercamp, S. M. (2019) Improving healthcare access for older adults with intellectual disability: What are the needs?. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1453-1464.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Organización Mundial de la Salud (2014) 67ª Asamblea Mundial de la Salud. Medidas integrales y coordinadas para gestionar los Trastornos del Espectro Autista.
- Organización Mundial de la Salud (2019) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> [30/11/2023]
- Organización Mundial de la Salud (2019) Iniciativa Especial de la OMS para la Salud Mental (2019-2023): Cobertura Sanitaria Universal para la Salud Mental. <https://iris.who.int/handle/10665/310981> [30/11/2023]
- Organización Mundial de la Salud (2022) Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Salud mental y uso de sustancias (TME). 296pag. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>[30/11/2023]
- Organización Mundial de la Salud. (2022) Informe mundial de la OMS sobre equidad en salud para las personas con discapacidad. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/global-report-on-health-equity-for-persons-with-disabilities> [22/11/2023]
- ONU: Asamblea General, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Resolución aprobada por la Asamblea General, 24 Enero 2007, A/RES/61/106, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/497f08549.html> [26/12/2023]

- Morentin, R., Redondo, C., Arias, B. y Rodríguez, J. (2021) Personas con discapacidad intelectual y alteraciones de la salud mental: Prevalencia y principales características. Plena inclusión CyL y Universidad de Valladolid.
- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.7 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [6/11/2023]
- Reviriego Rodrigo E, Bayón Yusta JC, Gutiérrez Iglesias A, GalnaresCordero L. (2022) Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA
- Schalock, R. L., Luckasson, R. y Tassé, M. (2021) Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. y Tassé, M. J. (2019) The contemporary view of intellectual and developmental disabilities: Implications for psychologists. *Psicothema*, 31(3), 223-228.
- Simpson, J. (2015). What's in a name? En S. Melrose, D. Dusome, J., Simpson, J., C. Crocker y E. (2015), Supporting individuals with intellectual disabilities & mental illness: what caregivers need to know (pp. 11-19). BCcampus. <http://opentextbc.ca/caregivers/> [27/12/2023]
- Taylor, M. J., Rosenqvist, M. A., Larsson, H., Gillberg, C., D'Onofrio, B. M., Lichtenstein, P., & Lundström, S. (2020). Etiology of autism spectrum disorders and autistic traits over time. *JAMA psychiatry*, 77(9), 936-943.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Guillén, V., Amor, A., Aguayo, V., Vicente, E. y Jiménez, P. (2021). Escala SIS-C de Evaluación de las Necesidades de Apoyo para niños y adolescentes con discapacidades intelectuales y del desarrollo. INICO. <https://sid-inico.usal.es/documentacion/escala-sis-c/> [27/12/2023]

