



Dirección General de Atención
a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES,
FAMILIAS, IGUALDAD Y NATALIDAD

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD
MENTAL**

***RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA***

**PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HAN DE REGIR EL CONTRATO DE
SERVICIOS TITULADO: “GESTIÓN DE CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y
EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL GRAVE Y DURADERA EN ARGANDA DEL REY”.**



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1257924954262692247657**

JUNIO 2020

PRIMERA: OBJETO

El presente Pliego de Prescripciones Técnicas tiene por objeto describir las obligaciones, condiciones técnicas y actividades específicas que deben de ser asumidas y desarrolladas por la Entidad o Empresa que puedan ser adjudicataria del Contrato de Servicios titulado: **“GESTIÓN DE CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA EN ARGANDA DEL REY”**

Este Centro de Rehabilitación Psicosocial que contará con 90 plazas, y un Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental grave y duradera se ubican en un local sito en la C/ Juan XXIII nº 2 y 4; 2ª planta (28500 Arganda del Rey) de los que la Consejería ostenta la titularidad de uso.

Los Centros incluidos en el objeto de este Contrato de Servicios son centros propios de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad y están integrados en la **Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera**. El régimen jurídico básico de los centros y recursos de esta Red se regula por el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre de 1997 (B.O.C.M. del 9 de Octubre de 1997), por el que se establece el *Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados*; en el que se establecen los objetivos, tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado Servicio.

El servicio de un Equipo de Apoyo Social Comunitario para personas con enfermedad mental con un total de 30 plazas habrá de ser aportado por la entidad adjudicataria, y que estará ubicado en la zona de Arganda del Rey o municipios aledaños como Rivas Vaciamadrid y que contará con la preceptiva autorización administrativa o comunicación previa.

Mediante el presente Contrato de Servicios, la entidad adjudicataria del contrato se hará cargo de la gestión conjunta y funcionamiento de estos Centros y Servicios de atención social a personas con enfermedad mental en Arganda del Rey con un total de 120 plazas que incluyen un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y un Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas, de acuerdo a las indicaciones establecidas en el presente pliego de prescripciones técnicas y a las instrucciones que en su momento se establezcan desde la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad en el marco de la citada Red.

SEGUNDA: DEFINICIÓN DEL SERVICIO: Objetivos y funciones de los Centros, Características y ubicación de los centros.

2.1.- DEFINICION Y OBJETIVOS DE LOS CENTROS

En el presente contrato de servicios se incluye la gestión conjunta de un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y un Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey.

Veamos la definición y objetivos de cada uno de ellos:



• CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas incluido en el presente contrato de servicios se definen y organizan establecido por la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, en el marco de la *Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera*, los **Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)** que se conciben como un tipo de Centros diurna de atención psicosocial especializada destinados a personas con discapacidad derivada de enfermedades mentales graves y duraderas (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresivas, trastornos paranoides, otras psicosis, etc.) que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo e integración. Ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración comunitaria y actividades de apoyo social, para ayudarles a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social y promover su mantenimiento e integración en la comunidad, así como apoyar y asesorar a sus familias.

De acuerdo a lo establecido en el decreto 122/1997 de Régimen jurídico arriba reseñado, este tipo de centros ofrecerán como mínimo las siguientes prestaciones: rehabilitación psicosocial, apoyo personal y social, apoyo a la integración social, seguimiento y soporte comunitario, así como apoyo y asesoramiento a las familias.

La gestión de la entidad adjudicataria deberá asegurar el idóneo desarrollo de los objetivos y las funciones que son responsabilidad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial respecto a su población diana: las personas con enfermedades mentales graves y duraderas que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.

Los **OBJETIVOS** que guiarán el trabajo y actividades que desarrollarán los Centros de Rehabilitación Psicosocial serán los siguientes:

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sea posible.
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente que sea posible así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginación y/o institucionalización.

Para la consecución de estos objetivos generales, se desarrollarán las siguientes **FUNCIONES**:

- Desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial individualizados e integrales que favorezcan y posibiliten la adquisición o recuperación y utilización de aquellas habilidades y competencias personales y sociales que cada uno de los usuarios requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio familiar y social.
- Posibilitar el mayor grado posible de ajuste e integración social de cada usuario en su entorno comunitario ofreciéndole el apoyo flexible que necesite durante el tiempo que necesite. Así como posibilitar el mantenimiento del nivel de autonomía y funcionamiento psicosocial alcanzado facilitando el seguimiento y apoyo comunitario necesario.



- Apoyar, asesorar y entrenar a las familias tanto individualmente como a través de programas de psicoeducación, de manera que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas de cuidado, comunicación y convivencia con su familiar con trastorno mental grave, así como promover su implicación y colaboración activa en el proceso de rehabilitación e integración social de su familiar. Se apoyará asimismo el desarrollo de asociaciones y grupos de auto-ayuda entre las familias.
- Apoyar, colaborar y coordinarse con los Servicios de Salud Mental de referencia y con los Servicios Sociales Generales para favorecer y articular una atención integral a los usuarios que posibilite procesos de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario.
- Apoyar y coordinarse con los recursos socio-comunitarios en los que puedan participar los usuarios o que puedan ser útiles de cara a su integración social de acuerdo con el principio de normalización.
- Apoyar, colaborar y coordinarse con otros recursos de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería, que existan o se creen en la zona cubierta por el Centro de Rehabilitación Psicosocial

• EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO

Por otra parte, como recurso complementario se contará con un Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de 30 plazas. Los Equipos de apoyo social comunitario (EASC) constituyen un tipo de servicio de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera como complemento a la red de centros de atención social.

El servicio de un Equipo de Apoyo Social Comunitario para personas con enfermedad mental con un total de 30 plazas habrá de ser aportado por la entidad adjudicataria, y que estará ubicado en la zona de Arganda del Rey o municipios aledaños como Rivas Vaciamadrid y contará con la preceptiva autorización administrativa o comunicación previa.

Los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) se conciben como un tipo de servicio de atención psicosocial especializado, que ofrece de un modo específico atención psicosocial y apoyo en el domicilio y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental crónica con mayores dificultades de funcionamiento e integración y que les ofrezcan asimismo acompañamiento y apoyo para su vinculación con la red de centros y servicios que necesiten tanto de salud mental como de atención social o recursos socio-comunitarios. Los EASC se configuran como un equipo social multiprofesional que trabaja en el entorno comunitario y que está dirigido a ofrecer atención psicosocial domiciliaria y apoyo social que permita a usuarios con dificultades de funcionamiento mantenerse en su propio domicilio o en el entorno familiar, evitando situación de riesgo de marginación o de institucionalización. Este equipo específico trabajaría en estrecha coordinación con el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados del Servicio de Salud Mental de referencia, así como con la red específica de atención social y los Servicios Sociales Generales de la zona.

Las funciones básicas de este equipo serían por tanto: de atención psicosocial domiciliaria y apoyo al mantenimiento en el propio domicilio o en el familiar y, en aquellos usuarios que sea necesario, ofrecer apoyo para mejorar el enganche y vinculación con la red de recursos



de salud mental y de servicios sociales y de apoyo en su propio entorno a fin de mejorar su situación y calidad de vida y ofrecer apoyo a sus familias.

Así pues este EASC incluido en el presente contrato buscará, desde un modelo de intervención social comunitaria, el servir a los siguientes objetivos:

- Apoyar el mantenimiento en el propio domicilio y en su entorno socio comunitario y familiar en las mejores condiciones posibles.
- Mejorar la situación y calidad de vida de los usuarios.
- Evitar situaciones de marginalización y abandono.
- Apoyar a la utilización de recursos.
- Apoyar a las familias.
- Ofrecer acompañamiento y apoyo para mejorar la vinculación con la red de atención de salud mental y de servicios sociales.

2.2. CARACTERÍSTICAS Y UBICACIÓN DE LOS CENTROS

El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de 90 plazas y Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey, incluidos en el objeto de este Contrato de Servicios son centros propios de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad que están integrados en la *Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera*.

El CRPS está ubicado en el municipio de Arganda del Rey en unos locales situados en la C/ Juan XXIII nº 2 y 4; 2ª planta (28500 Arganda del Rey) de los que la Consejería ostenta la titularidad de uso de los mismos.

Esta situado en 2º planta de un edificio con acceso independiente por escaleras y ascensor. Tiene una superficie de en torno a 300 m2 y cuenta con dependencias amplias y suficientes para el adecuado desarrollo de las actividades incluyendo hall-sala de espera, aseos, cocina, 4 despachos profesionales, despacho de dirección y despacho administración y 4 salas polivalentes de actividades y programas.

El Equipo de Apoyo Social Comunitario, no necesita unas infraestructuras propias dadas sus funciones de atención domiciliaria y apoyo comunitario. Como punto de encuentro y lugar de coordinación podrán usar los despachos del CRPS.

TERCERA: PERFIL DE LA POBLACIÓN A ATENDER Y PROCEDIMIENTO DE ACCESO Y DERIVACIÓN.

A continuación se indicara el perfil general de la población a atender y el proceso de acceso y derivación en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y en el Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey incluidos en el objeto de este Contrato:

- ***Perfil General de la población a atender en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).***

El perfil y características, problemática y necesidades de las personas a atender en el Centro de Rehabilitación Psicosocial será el siguiente:

- Personas, de edad entre 18 y 65 años de ambos sexos, con enfermedades mentales graves y duraderas que presenten deterioros o dificultades importantes en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.



- Estar siendo atendido y ser derivado desde uno de los Servicios de Salud Mental del área o distritos sanitarios de referencia asignadas al Centro.
- Estar en una situación psicopatológica estabilizada y por tanto no estar en una situación de crisis psiquiátrica.
- No presentar patrones comportamentales agresivos o peligrosos para si mismo o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en el Centro.

Este perfil general podrá ser adaptado o ajustado a las necesidades específicas que se planteen en el marco de la coordinación con los Servicios de Salud Mental y siempre bajo las directrices y la aprobación de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad desde su Red pública de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera.

- ***Proceso de acceso y derivación al Centro de Rehabilitación Psicosocial.***

La empresa adjudicataria deberá atender a los usuarios que serán derivados al Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) por los Servicios de Salud Mental del distrito de referencia de la zona asignados al Centro. Los usuarios deberán presentar enfermedad mental grave y duradera y tener déficit significativo en su funcionamiento psicosocial y por tanto dificultades en su integración socio-comunitaria. Todos los usuarios deberán estar siendo atendidos en su Servicio de Salud Mental de referencia, el cual a través de un informe que justifique la problemática de funcionamiento psicosocial del usuario y la necesidad de una intervención específica de apoyo psicosocial y soporte comunitario, propondrá su derivación al Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Los usuarios que acudan al Centro seguirán siendo atendidos por su Servicio de Salud Mental en el marco de su programa de rehabilitación y continuidad de cuidados que es responsable de su atención, tratamiento psiquiátrico y seguimiento. De cara al trabajo de mejora del funcionamiento psicosocial y soporte comunitario del usuario ambos recursos trabajarán en estrecha colaboración de acuerdo a una lógica de complementariedad, coordinación y continuidad de cuidados. La coordinación entre el Centro y los Servicios de Salud Mental especialmente a través de sus programas de rehabilitación y continuidad de cuidados es una dimensión esencial para asegurar una adecuada atención integral a la población enferma mental crónica y la optimización de los procesos de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario a desarrollar con cada usuario.

- ***Perfil general de la población a atender en el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC):***

El perfil de características, problemática y necesidades de las personas a atender en el Equipos de Apoyo Social Comunitario será el siguiente:

- Personas, de edad entre 18 y 65 años de ambos sexos, con enfermedades mentales graves y crónicas que presenten deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.
- Estar siendo atendido y ser derivado desde uno de los Servicios de Salud Mental del área o distrito sanitario de referencia asignado al EASC. Los potenciales usuarios a ser atendidos por este Equipo deberán estar detectados y atendidos en los SSM a través sus correspondientes programas de rehabilitación y continuidad de cuidados, además también puedan estar siendo atendidos en recursos específicos de atención social existentes en la zona como CRPS o Centro de Día, etc.
- Personas con enfermedad mental severa o grave de curso crónico con dificultades de integración en recursos socio-comunitarios e importantes necesidades de soporte



social y familiar; que necesitan una atención flexible y cercana en su propio domicilio a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación y sobre todo ayudarles en la medida de lo posible a mantenerse en adecuadas condiciones en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social.

- Y aquellos pacientes con enfermedad mental severa o grave de curso crónico detectados por los servicios de Salud Mental pero que presentan importantes dificultades para mantenerse en contacto o en seguimiento regular o continuado en los Servicios de Salud Mental, presentando estas personas además un nivel importante de deterioro psicosocial y/o gran aislamiento social. En estos casos el EASC servirá de apoyo y acompañamiento para fomentar y facilitar la vinculación regular y adecuada del paciente con el SSM y con otros recursos específicos de atención social y con recursos comunitarios que faciliten la mejora de su situación, calidad de vida y posibilidades de integración comunitaria.

Este perfil general podrá ser adaptado o ajustado a las necesidades específicas que se planteen en el marco de la coordinación con los Servicios de Salud Mental y siempre bajo las directrices y la aprobación de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad desde su Red pública de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera.

- ***Proceso de acceso y derivación al Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC).***

La indicación y derivación de los usuarios a cada EASC incluido dentro del presente Contrato se hará desde el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental del distrito de referencia. Cuando se haya identificado a un usuario de este perfil con necesidades de atención domiciliaria o en su caso con grandes dificultades de vinculación a la red de atención y riesgo de abandono o deterioro, se planteará una actuación desde este equipo como instrumento de apoyo domiciliario y comunitario, derivando al usuario a través de los mecanismos de coordinación existentes con los Servicios de Salud Mental de distrito. Los usuarios que sean atendidos por este EASC seguirán siendo atendidos por su Servicio de Salud Mental, en el marco del programa de rehabilitación y continuidad de cuidados, que es responsable de su atención, tratamiento psiquiátrico y seguimiento. De cara al trabajo de atención social domiciliaria y apoyo comunitario del usuario ambos recursos trabajarán en estrecha colaboración de acuerdo a una lógica de complementariedad, coordinación y continuidad de cuidados. Asimismo se trabajará también en estrecha coordinación con el Centro de Día y el Centro de Rehabilitación Psicosocial dependientes de la citada Red de Atención Social a personas con enfermedad mental existentes en esta zona, así como los Servicios Sociales Generales de Zona.

Dado el carácter integrador de estos equipos, se articulará un procedimiento de coordinación específico con el Programa de Continuidad de Cuidados del Servicio de Salud Mental de referencia y los recursos específicos de atención social a las personas con enfermedad mental implicados en la zona, así como con Servicios Sociales generales, que asegure un trabajo coordinado y complementario



CUARTA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y EQUIPO SOCIAL COMUNITARIO EN ARGANDA DEL REY.

A continuación se describen los servicios y/o áreas de actuación que se desarrollarán en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey y que la empresa o entidad adjudicataria del Contrato objeto del presente Pliego de prescripciones técnicas, deberá asegurar e implementar.

Por un lado en el ***Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) incluido en el presente contrato se ofrecerán y desarrollarán los siguientes servicios o áreas de actuación:***

- **Rehabilitación psicosocial y Apoyo a la Integración social:** Se desarrollará con cada usuario un proceso individualizado de intervención encaminado a facilitar la recuperación o adquisición del conjunto de capacidades y habilidades personales y sociales que le permitan un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en la comunidad, apoyando su mantenimiento en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, fomentando el desempeño de roles sociales normalizados y su progresiva integración social en su entorno socio-comunitario.

- **Seguimiento y soporte comunitario:** Asimismo se ofrecerá el apoyo, soporte comunitario y seguimiento necesario en cada caso para asegurar el mantenimiento del nivel de funcionamiento psicosocial y de integración alcanzado y evitar, en la medida de lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginación especialmente de aquellos usuarios con mayores niveles de déficit o deterioros psicosociales o de dificultades de integración comunitaria. Asimismo en esta línea, se optimizará, lo máximo posible, la utilización de recursos socio-comunitarios normalizados. Para ello, desde cada CRPS se trabajará en estrecha colaboración y coordinación con los Servicios de Salud Mental de referencia, así como con los Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos comunitarios sean relevantes.

- **Apoyo a las Familias:** Desde cada CRPS se ofrecerá a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo a fin de mejorar su capacidad de manejo y convivencia con su familiar enfermo mental crónico y contribuir a mejorar la situación y calidad de vida de la propia familia. Asimismo se buscará implicar a la familia como un recurso activo en el proceso de rehabilitación e integración de la persona con enfermedad mental grave. Además desde el Centro se fomentará y apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones entre los familiares y afectados por enfermedades mentales graves

Por otro lado, en el ***Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) se ofrecerán y desarrollarán los siguientes servicios o áreas de actuación:***

- **Atención Psicosocial Domiciliaria y Apoyo social comunitario:** Se desarrollará con cada usuario un proceso individualizado de atención psicosocial y apoyo social en su propio domicilio y en su entorno familiar y social encaminado a fomentar la mejora del funcionamiento psicosocial y a apoyar su mantenimiento en su domicilio y en su entorno familiar y/o social en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, promoviendo su progresiva integración social en su entorno socio-comunitario.

- **Acompañamiento y apoyo a la vinculación con la red de centros y recursos sanitarios y sociales:** Asimismo con aquellos usuarios que sea necesario se ofrecerá el apoyo, acompañamiento y seguimiento comunitario preciso en cada caso para promover y facilitar la adecuada vinculación y contacto con su Servicio de Salud Mental de referencia y con la red de recursos específicos de atención social a este colectivo existentes en la zona y



otros recursos comunitarios que resulten necesarios para que dichos usuarios puedan beneficiarse de una adecuada atención integral y continuada. Se tratará de aquellos pacientes con enfermedad mental severa o grave de curso crónico, detectados por los servicios de Salud Mental pero que presentan importantes dificultades para mantenerse en contacto o en seguimiento regular o continuado en los Servicios de Salud Mental, presentando estas personas además un nivel importante de deterioro psicosocial y/o gran aislamiento social. En estos casos el EASC servirá de apoyo y complemento a la labor que desarrolle el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados responsable del caso. Desde el EASC se podrá en estos casos ofrecer acompañamiento y apoyo para fomentar y facilitar la vinculación regular y adecuada del paciente con el SSM y con otros recursos específicos de atención social y con recursos comunitarios que faciliten la mejora de su situación, calidad de vida y posibilidades de integración comunitaria.

Asimismo de un modo conjunto para los centros y servicios incluidos en el presente contrato se ofrecerán Servicios complementarios de comidas y de apoyo al transporte:

Servicio complementario de comidas para aquellos usuarios que lo puedan necesitar por razones sociales, de lejanía de su domicilio y para facilitar los procesos de asistencia e implicación en las actividades de apoyo a la autonomía, soporte social e integración. Se ofrecerá por tanto de lunes a viernes, un servicio de comidas a mediodía preferentemente a través de acuerdos con restaurantes de la zona o en su caso mediante un sistema de cathering, para al menos 20 de los usuarios atendidos en los recursos (CRPS y EASC) objeto del presente contrato. Los menús serán variados y asegurarán el aporte calórico y dietético adecuado.

Asimismo se ofrecerá servicio complementario de apoyo al transporte para para facilitar la accesibilidad de aquellos usuarios de los centros con mayores dificultades por lejanía de su domicilio o necesidades sociales. Este apoyo se concretaría en función de las circunstancias específicas de cada caso y del transporte existente desde su domicilio de residencia y la zona de donde se ubica este centro. Las medidas de apoyo serán flexibles y se ajustarán en cada caso y pueden consistir, preferentemente en pago de gastos de viajes (pago de billetes o de abono transporte o similar,) en la red de transporte público que permitan y faciliten el adecuado acceso a cada Centro y el regreso a sus domicilios de los usuarios necesitados de dicho apoyo, o mediante otras fórmulas si fuera necesario. Este apoyo al transporte se ofrecerá a aquellos usuarios de los Centros que lo puedan necesitar de acuerdo a criterios técnicos que serán establecidos por el equipo técnico de los Centros objeto del presente Contrato y habrán de ser consensuados con los responsables técnicos de la *Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera* en la Consejería. Como mínimo se asegurara que al menos 20 usuarios cada mes de los centros (CRPS y EASC) incluidos en este contrato puedan tener de modo gratuito este servicio de apoyo al transporte mediante el abono mensual de transporte, pago de billetes sencillos, bono semanal u otra fórmula que resulte adecuada al caso.

QUINTA: PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN

En relación con los servicios o principales áreas de actuación, arriba indicados, a desarrollar en estos recursos de atención social a personas con enfermedad mental en Arganda del Rey con un total de 120 plazas que incluyen un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y un Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas; la empresa o entidad adjudicataria deberá organizar y desarrollar con cada usuario y con su familia, un proceso de atención e intervención que se realizará de acuerdo a las indicaciones y especificaciones siguientes:



A) PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS):

La atención que se ofrezca en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) incluido en el presente contrato, debe tener siempre presente la necesidad de trabajar con una visión global del usuario y de su entorno así como de su problemática, demandas, y posibilidades, y actuar siempre desde una orientación de rehabilitación comunitaria comprometida con apoyar de un modo relevante a cada persona (de acuerdo a sus necesidades y posibilidades) para la mejora de su autonomía y de su funcionamiento psicosocial y para ayudarle a alcanzar el mayor grado posible de integración y calidad de vida en su entorno social.

Con cada usuario, por tanto, se desarrollará un proceso individualizado e integral de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario encaminado a favorecer la adquisición o recuperación del mayor grado posible de autonomía personal y social y a asegurar su mantenimiento en el entorno comunitario en las mejores condiciones posibles de normalización y calidad de vida promoviendo y potenciando su integración social.

El proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario se organizarán de un modo flexible, continuado y progresivo adaptándose a las características, problemáticas y necesidades específicas de cada usuario y de su entorno socio-comunitario concreto. Y se desarrollará a través de un proceso articulado esquemáticamente en 3 fases estrechamente relacionadas: Evaluación, Intervención y Seguimiento. Dichas fases no deben entenderse ni ejecutarse de un modo consecutivo rígido sino más bien como diferentes momentos en el proceso global de atención, intervención y apoyo.

Asimismo en relación con este proceso individualizado, es importante destacar que la intervención con los distintos usuarios ira combinando los programas y actividades específicas del CRPS con las actividades de día de soporte social de aquellos usuarios que lo necesiten.

A continuación se describirán los objetivos y actividades que componen el proceso global de atención e intervención en sus diferentes fases o momentos, y que configuran las obligaciones técnicas que debe de realizar la empresa adjudicataria en relación con el CRPS:

1.- ACOGIDA Y ENGANCHE:

Desde el CRPS se trabajará activa y específicamente para asegurar el adecuado **enganche** de los usuarios que les sean derivados desarrollando para ello las actividades que resulten pertinentes (información, acogida, asesoramiento, acompañamiento, visitas a domicilio, apoyo social, etc.), buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de rehabilitación y apoyo comunitario.

Con cada usuario con el que se tenga un primer contacto se le ofrecerá un proceso de acogida que permita al usuario conocer el centro, los objetivos del mismo y la ayuda que desde el centro se le puede ofrecer al usuario en relación a su autonomía e integración social y con vista a facilitar su enganche se le ofrecerán actividades abiertas (grupo de acogida, actividades de enganche, actividades abiertas de ocio, u otras pertinentes, etc) que faciliten su enganche y vinculación al Centro. Y de un modo complementario se iniciará el proceso de evaluación.



En aquellos caso de usuarios que presentan grandes dificultades de enganche y que plantean resistencias para acudir al centro, ni a las sesiones de evaluación ni a actividades abiertas de acogida y soporte, se diseñaran para estos casos un proceso específico e individualizado de enganche en el que se hagan los intentos pertinentes (y como mínimo al menos 3) de contacto individualizado bien en el domicilio del usuario o en su entorno comunitario (cafeterías, parques, recursos, etc).

2.- EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

La **evaluación** será una pieza clave de todo el proceso de rehabilitación, no solo en el momento inicial sino a lo largo de todo el proceso de intervención y seguimiento. Se desarrollará una evaluación funcional conductual y social que permita conocer de un modo global las características, problemáticas, dificultades y habilidades que presenta el usuario en las diferentes áreas del funcionamiento personal y social así como sus demandas, objetivos y expectativas; asimismo se tratará de conocer las características, exigencias, posibilidades y demandas de su medio familiar y social.

La evaluación no deberá realizarse, de un modo rígido, sólo como una fase previa a la intervención sino que deberá articularse como una dimensión esencial de todo el proceso de intervención guiando, orientando y sirviendo de criterio de reajuste de las diferentes estrategias de intervención y apoyo.

La metodología de evaluación se servirá de cuantos métodos o instrumentos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación en contextos naturales, etc.) resulten útiles y relevantes de acuerdo a las características del usuario y su medio y a los objetivos del proceso de rehabilitación psicosocial. En el desarrollo de la evaluación participarán específicamente el psicólogo y el trabajador social del equipo del Centro pero contarán con la colaboración activa del resto de los profesionales.

El proceso inicial de evaluación que permita obtener la información fundamental para poder establecer los principales objetivos y el plan inicial de rehabilitación individualizado, se realizará en el menor tiempo posible y en todo caso en un tiempo máximo de 45 días desde el primer contacto del usuario con el centro. En un plazo máximo de 15 días una vez finalizada la evaluación inicial se deberá elaborar y formular por escrito el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). **En todo caso en un plazo máximo de 2 meses desde el primer contacto se deberá haber realizado el proceso inicial de evaluación y la elaboración y formulación por escrito del Plan Individualizado de Rehabilitación**

Durante el proceso de evaluación será fundamental conocer el entorno familiar y comunitario en el que vive el usuario y los problemas, dificultades y apoyos que en él se plantean. Para ello **durante el proceso inicial de evaluación como mínimo se realizara una visita al domicilio en el que convive el usuario. Este plan deberá realizarse por escrito y ser presentado y consensuado con el usuario y en su caso con su familia.**

El proceso de intervención se estructurará a través del diseño de un **plan individualizado de rehabilitación** que establecerá de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de trabajo dentro del proceso global de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario de cada usuario, así como articulará el tipo de intervenciones a desarrollar. Este plan deberá realizarse por escrito y ser presentado y consensuado con el usuario y su familia. El psicólogo responsable de cada usuario deberá enviar por escrito al Servicio de Salud Mental de referencia un informe donde se resuma la evaluación realizada y se especifique el plan individualizado de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario



propuesto. Todo ello sin perjuicio de cuantos contactos personales o telefónicos se realicen para una adecuada coordinación. En esta línea, se enviará copia también de los informes que se realicen para valorar el proceso de rehabilitación que esté realizando el usuario. Cada usuario tendrá asignado un “tutor” que será su profesional de referencia (preferentemente uno de los psicólogos, aunque no exclusivamente) encargándose de la supervisión y coordinación global de todas las actividades implicadas en su plan individualizado, de las intervenciones individuales necesarias, de su seguimiento así como de las actuaciones de apoyo y asesoramiento puntual a la familia. **Como mínimo habrá una sesión mensual de tutoría para el seguimiento de las intervenciones desarrolladas y la coordinación y ajuste del proceso de atención**

Una vez establecido el plan individualizado e iniciada la intervención, **se desarrollará una evaluación continuada de la misma que se irá realizando como mínimo cada 6 meses, en función de la que se reajustará de un modo flexible el plan individualizado de rehabilitación** reorientado y adaptando el proceso de intervención, contando para ello con la participación activa del usuario y en la medida de lo posible con su aceptación y visto bueno firmado. El Plan individualizado de rehabilitación establecerá asimismo el itinerario de intervención específico de cada usuario en el CRPS.

3.- INTERVENCIÓN: Metodología, áreas de trabajo y actividades:

3.1.- Metodología

La intervención en el CRPS se realizará utilizando diferentes estrategias tanto con el usuario (psicoeducación, entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades, orientación y asesoramiento, acompañamiento y apoyo social, actividades de soporte social, etc.), con su familia (asesoramiento, psico-educación, entrenamiento en habilidades de comunicación, manejo y solución de problemas, desarrollo de grupos de auto-ayuda y promoción del asociacionismo) como con (y en) el entorno social en el que vive o puede vivir el usuario (información, apoyo comunitario, utilización y coordinación de recursos socio-comunitarios, ampliación y mejora de las redes sociales de apoyo, soporte social, etc.).

Todas estas estrategias de intervención se irán combinando y organizando específicamente de acuerdo a las características y necesidades de cada usuario a través de su plan individualizado de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario, con el fin primordial de mejorar su autonomía y competencia personal y social y de posibilitar y avanzar en su integración social normalizada, ofreciéndole el apoyo necesario para optimizar su nivel de funcionamiento y desempeño psicosocial y su mantenimiento en la comunidad.

La intervención se realizará tanto de un modo individual como en grupos teniendo en cuenta lo establecido en el plan individualizado de rehabilitación de cada usuario.

Asimismo y en la medida de lo posible se llevará a cabo en los diferentes contextos reales de la vida cotidiana y comunitaria del usuario o, si ello no fuera factible, se programará la generalización a las situaciones reales en las que el usuario presenta problemas o dificultades, de los aprendizajes o resultados de las intervenciones realizadas. Asimismo y en la medida de lo posible se llevará optimizando el uso y la integración de los usuarios en recursos sociocomunitarios normalizados.



3.2.- Áreas de Intervención y actividades:

3.2.1.- Rehabilitación Psicosocial y Apoyo a la Integración Social.

Esta será un área esencial y característica de la atención e intervención a desarrollar desde cada CRPS. El proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social tiene como principal objetivo facilitar que los usuarios mejoren su nivel de funcionamiento psicosocial a través de la recuperación del conjunto de capacidades y habilidades que les permiten desenvolverse en la comunidad con el mayor grado posible de autonomía personal y social, asimismo se pretende apoyar su integración en su entorno social del modo más normalizado posible.

La intervención en esta área, por tanto, deberá cubrir todos los aspectos del funcionamiento psicosocial. En este sentido desde el centro se trabajarán al menos las siguientes áreas, adaptándose específicamente a las necesidades de cada usuario y a los objetivos establecidos:

- **Prerrequisitos y Rehabilitación cognitiva:** Su objetivo es desarrollar repertorios conductuales básicos (capacidad de atención, comprensión, imitación, seguimiento de instrucciones, lecto-escritura, etc.) necesarios para poder adquirir nuevos comportamientos más complejos; así como trabajar para mejorar los déficit cognitivos (atención, memoria, discriminación, orientación, etc.) que los usuarios puedan presentar.
- **Ejercicios Motóricos y Psicomotricidad:** Se busca favorecer la movilidad, coordinación psicomotriz, desinhibición motora, expresión corporal, etc, a través del entrenamiento y la práctica de los ejercicios adecuados.
- **Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria:** Se trata dotar de conocimientos y habilidades que les permitan mejorar y manejar de un modo autónomo e independiente aspectos como: vestido, higiene personal, manejo de tareas domésticas, manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes; así como desarrollar hábitos saludables (nutrición, sueño, ejercicio físico, detección y prevención de enfermedades, etc.).
- **Psicoeducación, Automedicación y Prevención de Recaídas:** Se trata de ofrecer información clara y asequible sobre su problemática psiquiátrica crónica y su condición de vulnerabilidad, a enseñarles a conocer factores de riesgo que inciden en la probabilidad de aparición de recaídas así como a informales sobre la medicación neuroléptica como factor protector, educándoles en su seguimiento y toma regular, así como en la detección y manejo de sus efectos secundarios.
- **Manejo y Enfrentamiento a la Ansiedad y el Estrés:** Se pretende favorecer la adquisición de habilidades y estrategias que les permitan controlar y manejar las respuestas de ansiedad y las situaciones vitales estresantes que pueden influir en la aparición de crisis y recaídas.
- **Relaciones Sociales/Habilidades Sociales:** Se busca entrenar y/o promover aquellas habilidades de conversación, comunicación, asertividad, expresión de emociones, etc, que favorezcan el desenvolvimiento adecuado de los usuarios en situaciones de interacción social.
- **Integración Comunitaria:** Tratando de favorecer una mayor autonomía en su comportamiento social, fomentando su participación social, así como el uso de recursos sociales normalizados.



- **Ocio y Tiempo libre:** Buscará ayudar a cada usuario a organizar y ocupar su ocio de un modo significativo y relevante, fomentando y apoyando su participación en actividades de ocio normalizadas que favorezcan su socialización y su integración.

- **Orientación e Inserción Laboral:** Se tratará de promover la inserción laboral a través de la orientación vocacional, el entrenamiento en habilidades de ajuste laboral y búsqueda de empleo, el apoyo a la formación profesional y el apoyo a la integración laboral, especialmente con aquellos usuarios que no requieran un proceso de rehabilitación laboral específico, intensivo y estructurado como el que se ofrece desde los Centros de Rehabilitación Laboral, con los que, en su caso, se trabajará en coordinación.

Para cada una de estas áreas la empresa adjudicataria diseñará una guía, que estructure globalmente el proceso de intervención. **Estas guías del proceso de intervención así como la guía del proceso de evaluación, serán presentadas, en un plazo máximo de 3 meses desde el inicio del contrato de servicios, a los responsables técnicos de la Consejería para su conocimiento y valoración.**

El anterior listado no debe entenderse como una relación de programas específicos estructurados por los que tengan que pasar necesariamente todos los usuarios sino como un conjunto de áreas relevantes en el ámbito del funcionamiento psicosocial que se deberán desarrollar o no de acuerdo a la problemática y necesidades específicas de cada usuario y a lo establecido en su plan individualizado. Asimismo las actividades de entrenamiento y recuperación de habilidades psicosociales en esas áreas deberán siempre tener presentes los criterios generales que antes indicábamos de globalidad, relevancia y orientación comunitaria. Lo que implica que la atención no solo se centra en la enseñanza o entrenamiento habilidades sino que se facilita y promueve el desempeño de las mismas en su entorno de un modo relevante y útil a las necesidades del usuario y adecuado a su contexto a fin de mejorar su funcionamiento psicosocial, su calidad de vida y su integración social. **Como mínimo se organizarán cada día al menos dos actividades en formato grupal en relación a las anteriores áreas de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social para promover de mejora del funcionamiento psicosocial y la autonomía de los usuarios y apoyar su participación e integración social comunitaria. Y todas aquellas intervenciones individuales que en cada caso sean necesarias.**

La intervención en el medio comunitario será otro eje esencial del trabajo del CRPS, complementando y dando sentido a la intervención psicosocial que se desarrolla con el usuario y con su familia, a fin de asegurar la efectiva integración social del usuario. Así se trabajará para facilitar la colaboración e implicación del conjunto de recursos sociales y comunitarios que puedan facilitar el proceso de rehabilitación e integración social de los usuarios, para ello se realizarán las actividades de contacto, coordinación y apoyo con dichos recursos que sean necesarias, así como, se apoyará y si es necesario se acompañará a los usuarios para promover su incorporación en el conjunto de recursos comunitarios (sociales, culturales, educativos, etc.) que sean útiles para impulsar su normalización y su rehabilitación e integración comunitaria. Del mismo modo, se fomentará el desarrollo de las redes sociales de los usuarios. De igual modo, se promoverá la organización y se apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda entre los usuarios.



3.2.2.- Apoyo a las Familias.

La **intervención con las familias** que conviven con los usuarios será un eje importante del trabajo de cada Centro de Rehabilitación Psicosocial. En este ámbito se combinará la información, asesoramiento y apoyo individualizado con cada familia de cada usuario, con el trabajo con grupos de familias a través de un programa de psicoeducación e intervención psicosocial con familias o Escuela de Familias:

- **Programa de Intervención psicosocial con familias (Escuela de Familias):** destinado a los familiares y/o personas responsables de los usuarios del centro. Su objetivo será informar y educar sobre la problemática psiquiátrica grave (etiología, evolución, tratamiento, condición de vulnerabilidad, factores de protección, factores de riesgo, etc.) así como entrenar y enseñar estrategias que mejoren la capacidad de comunicación y el clima emocional familiar y que les doten de recursos para el manejo y solución de problemas, y para apoyar el proceso de rehabilitación e integración social de su familiar con trastorno mental grave. Asimismo este programa servirá como marco de apoyo para las familias y fomentará la creación y desarrollo de grupos de autoayuda y la participación en asociaciones de familiares.

Se ofrecerá como mínimo cada mes (salvo en los periodos vacacionales) 2 actividades grupales de intervención psicosocial con familiares y al menos una intervención mensual de tutoría y/o atención individualizada de asesoramiento y apoyo con cada familia de cada usuario.

4.- SEGUIMIENTO Y SOPORTE COMUNITARIO:

Es evidente que para asegurar el adecuado mantenimiento e integración en la comunidad de gran parte de las personas con enfermedad mental grave es necesario articular un sistema de apoyo social y seguimiento, flexible y continuado, ajustado a sus necesidades. Una vez finalizada la intervención o alcanzados los principales objetivos del plan individualizado, cada CRPS deberá organizar, en colaboración y coordinación con los Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos sean necesarios, el adecuado **seguimiento y apoyo comunitario** encaminado a asegurar el mantenimiento de los objetivos conseguidos y a apoyar el nivel de funcionamiento psicosocial e integración comunitaria logrado por el usuario y su mantenimiento en su entorno en las mejores condiciones posible de autonomía y calidad de vida.

Este proceso de seguimiento y apoyo comunitario será un elemento importante del trabajo del CRPS, ofreciendo el nivel de apoyo y supervisión que cada usuario requiera para mantener y mejorar su autonomía, independencia y calidad de vida, a la vez, que permitirá detectar e intervenir precozmente ante las dificultades que se presenten en la vida del usuario y puedan suponer un riesgo de recaída o deterioro. Para ello se desarrollarán cuantas actividades permitan ofrecer y realizar el seguimiento y apoyo comunitario que cada usuario requiera, entre estas actividades se incluirán: contactos telefónicos, visitas domiciliarias, reuniones de seguimiento en el propio centro, actividades de apoyo social con el usuario y su familia, etc. La periodicidad de estas actividades se ajustará a las necesidades de cada usuario y en todo caso, al menos cada 3 meses. La duración de este seguimiento será flexible y se realizará durante todo el tiempo que sea necesario en relación con la situación, evolución y necesidades de cada caso.

El Centro deberá organizar este seguimiento trabajando en estrecha coordinación y colaboración, especialmente, con los programas de rehabilitación y seguimiento de los



Servicios de Salud Mental, así como con Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos sean necesarios. Aunque el CRPS asuma un papel preponderante en los primeros momentos de este proceso, el seguimiento y soporte comunitario a largo plazo de los usuarios no puede ni debe descansar exclusivamente sobre el CRPS, sino que se deben implicar muy especialmente los Servicios de Salud Mental de referencia de cada uno, a través de sus programas de rehabilitación y seguimiento, con los que el CRPS se coordinará estrechamente. Asimismo se debe trabajar para que en el seguimiento y soporte continuado se impliquen las redes sociales relacionadas con el usuario en su propio entorno.

B) PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC).

En relación con los servicios o principales áreas de actuación, arriba indicados, a desarrollar por el *Equipo de Apoyo Social Comunitario* (EASC), la entidad adjudicataria deberá organizar y desarrollar con cada usuario y en su caso con su familia, tanto en el propio domicilio como en su entorno comunitario un proceso de atención e intervención psicosocial que se realizará de acuerdo a las indicaciones y especificaciones siguientes:

La atención que se ofrezca en el EASC como servicio de atención psicosocial domiciliaria y apoyo comunitario, debe tener siempre presente la necesidad de trabajar con una visión global del usuario y de su entorno así como de su problemática, demandas, y posibilidades, y actuar siempre desde una orientación de rehabilitación y atención social comunitaria comprometida con apoyar de un modo relevante a cada persona en su propio domicilio y entorno (de acuerdo a sus necesidades y posibilidades) para la mejora de su autonomía y de su funcionamiento psicosocial y para ayudarle a alcanzar el mayor grado posible de integración y calidad de vida en su entorno social.

Asimismo el trabajo a desarrollar por el EASC se debe articular de un modo integrado, coordinado y complementario con el programa de continuidad de cuidados del Servicio de Salud Mental responsable del tratamiento y seguimiento global del usuario derivado al EASC. Asimismo el EASC trabajara también en estrecha coordinación y colaboración con los recursos específicos de atención social existentes en la zona y dependientes de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental tanto con el CRPS, como con el Centro de Día como en su caso con la Residencia o CRL, a fin de facilitar una adecuada atención integral y trabajo en red.

Con cada usuario, por tanto, se desarrollará un proceso individualizado de atención social y apoyo comunitario en su propio domicilio y en su entorno familiar y social encaminado a fomentar la mejora del funcionamiento psicosocial y a apoyar su mantenimiento en su domicilio y en su entorno familiar y/o social en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, promoviendo su progresiva integración social en su entorno socio-comunitario.

Los usuarios recibirán la atención y apoyo desde el EASC el tiempo necesario en función de sus objetivos y necesidades de atención y apoyo de acuerdo a su plan individualizado. La intensidad de la atención prestada podrá variar en función de las necesidades de apoyo y del momento del proceso de atención. Así habrá usuarios que necesiten visitas y apoyos en el domicilio todos los días y otros varias veces a la semana y otros de un modo más esporádico. **En todo caso como mínimo todos los usuarios recibirán al menos una visita domiciliaria a la semana.** Asimismo la duración de la atención será variable e individualizada y en todo caso la que sea precisa en relación con las necesidades de apoyo y mantenimiento comunitario de cada caso y de lo acordado con el Servicio de Salud Mental de referencia que haya derivado al usuario.



El proceso de atención social, intervención domiciliaria y apoyo comunitario se organizarán de un modo flexible, continuado y progresivo adaptándose a las características, problemáticas y necesidades específicas de cada usuario y de su entorno socio-comunitario concreto. Y se desarrollará a través de un proceso articulado esquemáticamente en 3 fases estrechamente relacionadas: Evaluación, Intervención y Seguimiento. Dichas fases no deben entenderse ni ejecutarse de un modo consecutivo rígido sino más bien como diferentes momentos en el proceso global de atención, intervención y apoyo.

A continuación se describirán los objetivos y actividades que componen el proceso global de atención e intervención en sus diferentes fases o momentos, y que configuran las obligaciones técnicas que debe de realizar la entidad adjudicataria en relación con el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) incluido en el presente concierto:

1.- CONTACTO, VINCULACIÓN Y ENGANCHE:

Desde cada EASC se trabajará activa y específicamente para asegurar el adecuado **contacto, vinculación y enganche** de los usuarios que les sean derivados desarrollando para ello las actividades que resulten pertinentes tanto en su domicilio como en su entorno comunitario (información, acogida, asesoramiento, acompañamiento, visitas a domicilio, apoyo social, etc.), buscando el establecimiento un relación de aceptación y confianza con el usuario y su familia y promoviendo siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de atención psicosocial y apoyo comunitario.

2.- EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

La **evaluación** será una pieza clave de todo el proceso de atención, no solo en el momento inicial sino a lo largo de todo el proceso de intervención y seguimiento. Se desarrollará, de un modo coordinado con el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados del SSM responsable del usuario derivado al EASC, una evaluación funcional conductual y social que permita conocer de un modo global las características, problemáticas, dificultades y habilidades que presenta el usuario en las diferentes áreas del funcionamiento personal y social así como sus demandas, objetivos y expectativas; asimismo se tratará de conocer las características, exigencias, posibilidades y demandas de su medio familiar y social, para lo cual durante el proceso de evaluación se realizaran cuantas visitas domiciliarias sean necesarias. **El objetivo básico de esta evaluación será determinar las principales necesidades de apoyo que presenta el usuario y su familia para poder mantenerse en su propio domicilio y en su entorno comunitario en las mejores condiciones posibles de funcionamiento y calidad de vida y evitar procesos de deterioro, aislamiento o marginación.**

La evaluación no deberá realizarse, de un modo rígido, sólo como una fase previa a la intervención sino que deberá articularse como una dimensión esencial de todo el proceso de intervención guiando, orientando y sirviendo de criterio de reajuste de las diferentes estrategias de intervención y apoyo.

La metodología de evaluación se servirá de cuantos métodos o instrumentos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación en contextos naturales, etc.) resulten útiles y relevantes de acuerdo a las características del usuario y su medio y a los objetivos del proceso de atención psicosocial y soporte. En el desarrollo de la evaluación participarán específicamente el psicólogo y el trabajador social del equipo del EASC pero contarán con la colaboración activa del resto de los profesionales. Durante el proceso de evaluación será fundamental conocer el entorno familiar y comunitario en el que vive el usuario y los



problemas, dificultades y apoyos que en él se plantean. Para ello durante el proceso inicial de evaluación se realizarán visitas al domicilio en el que convive el usuario

El proceso inicial de evaluación que permita obtener la información fundamental para poder establecer los principales objetivos y el plan inicial de rehabilitación individualizado, se realizará en el menor tiempo posible y en todo caso en un tiempo máximo de 45 días desde el primer contacto del usuario con el centro. En un plazo máximo de 15 días una vez finalizada la evaluación inicial se deberá elaborar y formular por escrito el Plan individualizado de atención y apoyo comunitario. **En todo caso en un plazo máximo de 2 meses (con la flexibilidad necesaria atendiendo a la especificidad y complejidad de los casos) desde el primer contacto se deberá haber realizado el proceso inicial de evaluación y la elaboración y formulación por escrito del Plan Individualizado de Atención.**

El proceso de intervención específica de atención social domiciliaria y apoyo comunitario a desarrollar con cada usuario se basará en los datos recogidos en el proceso de evaluación inicial y se estructurará a través del diseño de un **plan individualizado de atención**, consensuado y coordinado con el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados del SSM correspondiente, que establecerá de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar dentro del proceso global de atención psicosocial domiciliaria y apoyo comunitario de cada usuario, así como articulará el tipo de intervenciones a desarrollar.

El Plan individualizado establecerá por tanto el itinerario de intervención de cada usuario atendido en el EASC, las actividades específicas a desarrollar tanto en el domicilio como en el entorno, la coordinación y complementariedad con las actuaciones del SSM a través de su programa de continuidad de cuidados, así como con los recursos específicos de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera (Centro de Día, Centro de Rehabilitación Psicosocial, etc) existentes en la zona y con cuantos otros recursos socio-comunitarios sean pertinentes (Servicios Sociales Generales, Centros sociales, etc.).

Este plan deberá realizarse por escrito y ser presentado y consensuado con el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados del SSM correspondiente, así como con el usuario y en su caso con su familia. El psicólogo, trabajador social y/o profesional responsable de cada usuario deberá enviar por escrito al Servicio de Salud Mental de referencia un informe donde se resuma la evaluación realizada y se especifique el plan individualizado de atención social domiciliaria y apoyo comunitario propuesto. Todo ello sin perjuicio de cuantos contactos personales o telefónicos se realicen para una adecuada coordinación. En esta línea, se enviará copia también de los informes de seguimiento periódico que se realicen para valorar el desarrollo del proceso de atención que esté realizando con cada usuario. Cada usuario tendrá asignado un “tutor” dentro del EASC que será el psicólogo y/o el trabajador social y que ejercerá como su profesional de referencia encargándose de la supervisión y coordinación global de todas las actividades implicadas en su plan individualizado, de su seguimiento así como de las actuaciones de apoyo y asesoramiento a la familia.

Una vez establecido el plan individualizado e iniciada la intervención, se desarrollará una evaluación continuada de la misma que se irá realizando como mínimo cada 6 meses, en función de la que se reajustará de un modo flexible el plan individualizado de atención reorientado y adaptando el proceso de intervención.





Comunidad
de Madrid

Dirección General de Atención
a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES,
FAMILIAS, IGUALDAD Y NATALIDAD

3.- INTERVENCIÓN: Metodología, áreas de trabajo y actividades de EASC:

3.1.- Metodología

La **intervención** desde el EASC se realizará en el domicilio y en el entorno social y comunitario en el que vive o puede vivir el usuario utilizando diferentes estrategias tanto con el usuario (orientación y asesoramiento, psicoeducación, entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades, acompañamiento y apoyo social, actividades de apoyo a la integración comunitaria, etc.), como con su familia (asesoramiento, psico-educación, entrenamiento en habilidades de comunicación, manejo y solución de problemas, facilitación de uso de recursos, vinculación con grupos de auto-ayuda y asociaciones de familiares) como con (y en) el entorno social en el que vive o puede vivir el usuario (información, apoyo comunitario, utilización y coordinación de recursos socio-comunitarios, ampliación y mejora de las redes sociales de apoyo y soporte social, etc.).

Todas estas estrategias de intervención se irán combinando y organizando específicamente de acuerdo a las características y necesidades de cada usuario a través de su plan individualizado de atención psicosocial y apoyo comunitario, con el fin primordial de facilitar su mantenimiento en su propio domicilio y en su entorno comunitario en las mejores condiciones posibles de funcionamiento y calidad de vida y evitar procesos de deterioro, aislamiento o marginación, así como posibilitar y avanzar en su integración social normalizada, ofreciéndole el apoyo necesario para optimizar su nivel de funcionamiento y desempeño psicosocial y su mantenimiento en la comunidad.

La intervención se realizará sobre todo de un modo individual y con su entorno familiar y/o social aunque siempre que sea necesario se hará también en grupos teniendo en cuenta lo establecido en el plan individualizado de atención de cada usuario.

El EASC desarrollará su intervención y apoyo en el domicilio y en el entorno familiar y social y por tanto en los diferentes contextos reales de la vida cotidiana y comunitaria del usuario. Asimismo, la intervención con cada usuario, en la medida de lo posible, buscará facilitar y apoyar el uso y la integración de los usuarios en recursos sociocomunitarios normalizados.

3.2.- Áreas de Intervención y actividades:

3.2.1.- Atención Social Domiciliaria y Apoyo social comunitario: Se desarrollará con cada usuario un proceso individualizado de atención y apoyo social en su propio domicilio y en su entorno familiar y social encaminado a fomentar la mejora del funcionamiento psicosocial y a apoyar su mantenimiento en su domicilio y en su entorno familiar y/o social en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, promoviendo su progresiva integración social en su entorno socio-comunitario.

La intervención en este área, por tanto, deberá cubrir todos los aspectos del funcionamiento psicosocial y social que ayuden al usuario a mejorar su autonomía personal y a facilitar que se pueda mantener en su domicilio y en su entorno en las mejores condiciones posibles, evitando procesos de deterioro o marginalización. En este sentido los profesionales del EASC trabajarán con cada usuario en su domicilio y en su entorno al menos las siguientes áreas, adaptándose específicamente a las necesidades de cada usuario y a los objetivos establecidos:

- **Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria y Manejo Doméstico:** Se trata de ofrecer el apoyo necesario y dotar a los usuarios de conocimientos y habilidades que les permitan mejorar y manejar de un modo autónomo e independiente aspectos como: vestido, higiene personal, alimentación y preparación de comidas, manejo de



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **125792495426262247657**

tareas domésticas, manejo de dinero, realización de compras, gestiones y trámites, uso de transportes; así como desarrollar hábitos saludables (nutrición, sueño, ejercicio físico, detección y prevención de enfermedades, etc.).

- **Psicoeducación, y Prevención de Recaídas:** Se trata de ofrecer información clara y asequible sobre su problemática psiquiátrica crónica y su condición de vulnerabilidad, a enseñarles a conocer factores de riesgo que inciden en la probabilidad de aparición de recaídas así como a informales sobre la medicación neuroléptica como factor protector, educándoles en su seguimiento y toma regular, así como en la detección y manejo de sus efectos secundarios. Y también a facilitar su adherencia al tratamiento y apoyar su vinculación y contacto regular con el Servicio de Salud Mental de referencia.

- **Relaciones Sociales/Habilidades Sociales:** Se busca entrenar y/o promover aquellas habilidades de conversación, comunicación, asertividad, expresión de emociones, etc, que favorezcan el desenvolvimiento adecuado de los usuarios en situaciones de interacción social.

- **Integración Comunitaria:** Tratara de favorecer una mayor autonomía en su comportamiento social, fomentando su participación social, así como el uso de recursos sociales normalizados.

- **Ocio y Tiempo libre:** Buscará ayudar a cada usuario a organizar y ocupar su ocio de un modo significativo y relevante, fomentando y apoyando su participación en actividades de ocio normalizadas que favorezcan su socialización y su integración.

Para cada una de estas áreas la empresa adjudicataria de cada EASC diseñará una guía, que estructure globalmente el proceso de intervención. **Estas guías del proceso de intervención así como la guía del proceso de evaluación, serán presentadas, en un plazo máximo de 3 meses desde el inicio del contrato de servicios, a los responsables técnicos de la Consejería para su conocimiento y valoración**

La intervención en el medio comunitario será otro eje esencial del trabajo del EASC, complementando y dando sentido a la intervención de mejora del funcionamiento psicosocial y atención social que se desarrolla en el domicilio con el usuario y con su familia, a fin de asegurar la efectiva integración social del usuario. Así se trabajará para facilitar la colaboración e implicación del conjunto de recursos sociales y comunitarios que puedan facilitar el proceso de rehabilitación e integración social de los usuarios, para ello se realizarán las actividades de contacto, coordinación y apoyo con dichos recursos que sean necesarias, así como, se apoyará y si es necesario se acompañará a los usuarios para promover su incorporación en el conjunto de recursos comunitarios (sociales, culturales, educativos, etc) que sean útiles para impulsar su normalización y su rehabilitación e integración comunitaria. Del mismo modo, se fomentará el desarrollo de las redes sociales de los usuarios, de igual modo, se promoverá la organización y se apoyará el desarrollo de grupos de autoayuda entre los usuarios.

Asimismo el **EASC se implicará y colaborará** en las actividades que desde la Consejería se establezcan para la divulgación de la problemática de esta población y la mayor **sensibilización social de cara a la aceptación y apoyo a la integración social de este colectivo y a la lucha contra el estigma y la discriminación.**



La **intervención con las familias** que conviven con los usuarios será un eje importante del trabajo del ESAC. En este ámbito se ofrecerá la información, asesoramiento y apoyo individualizado que sea necesario con cada familia de cada usuario para facilitar la mejora de la convivencia y aumentar los recursos y capacidades de las familias para la resolución de los problemas existentes y aliviar la sobrecarga. Asimismo se fomentará que las familias salgan de su aislamiento facilitando su contacto y participación en grupos de autoayuda y asociaciones de familiares de la zona

3.2.2 Acompañamiento y apoyo a la vinculación con la red: Asimismo con aquellos usuarios que sea necesario se ofrecerá el apoyo, acompañamiento y seguimiento comunitario preciso en cada caso para promover y facilitar la adecuada vinculación y contacto con su Servicio de Salud Mental de referencia y con la red de recursos específicos de atención social a este colectivo existentes en la zona y otros recursos comunitarios que resulten necesarios para que dichos usuarios puedan beneficiarse de una adecuada atención integral y continuada. Se tratará de aquellos pacientes con enfermedad mental severa o grave de curso crónico detectados por los servicios de Salud Mental pero que presentan importantes dificultades para mantenerse en contacto o en seguimiento regular o continuado en los Servicios de Salud Mental, presentando estas personas además un nivel importante de deterioro psicosocial y/o gran aislamiento social. En estos casos el EASC servirá de apoyo y complemento a la labor que desarrolle el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados responsable del caso. Desde el EASC se podrá en estos casos ofrecer acompañamiento y apoyo para fomentar y facilitar la vinculación regular y adecuada del paciente con el SSM y con otros recursos específicos de atención social y con recursos comunitarios que faciliten la mejora de su situación, calidad de vida y posibilidades de integración comunitaria. Para ello, en esta línea desde cada EASC se trabajará siempre en estrecha colaboración y coordinación con los programas de continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental de referencia, así como con los Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos específicos y comunitarios sean relevantes.

SEXTA: COORDINACIÓN Y APOYO A OTROS RECURSOS COMUNITARIOS

La entidad adjudicataria deberá asegurar que el Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y el Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey incluidos en el presente contrato, se participe y promueva la coordinación con todos aquellos servicios o recursos (Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales Generales, Recursos sociocomunitarios) que puedan estar implicados en la atención de los usuarios y resulten necesarios o relevantes para promover su rehabilitación e integración a fin de favorecer la adecuada continuidad de cuidados y un proceso integral de atención, rehabilitación apoyo social e integración comunitaria. Para ello se seguirán en todo momento las directrices que se establezcan desde la Consejería a través de los responsables técnicos de la *Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera*.

Por un lado, se deberá participar activamente, tanto el director como, si es necesario, otros profesionales de los Centros como el psicólogo, trabajador social u otros, y en las reuniones de coordinación que se establezcan a nivel de área o de distrito, con los Servicios de Salud Mental de referencia como responsables de la atención y seguimiento psiquiátrico y de la derivación de los usuarios al Centro, a fin de asegurar la adecuada complementariedad y coordinación de actuaciones. Asimismo esta labor de coordinación se desarrollará con los servicios sociales generales para favorecer el proceso de atención psicosocial y la



integración social normalizada de los usuarios, participando en las reuniones de las comisiones de coordinación establecidas o que se puedan establecer.

Por otro lado, se deberá contactar y establecer coordinaciones, así como, asesorar y apoyar a aquellos recursos sociales comunitarios (Centros sociales, Escuelas de Adultos, Centros de F.P., Servicios Públicos de Empleo o formativos, Asociaciones culturales, Polideportivos, etc.), en los que se puedan integrar los usuarios de cara a favorecer su rehabilitación e inserción social. Asimismo y a instancia de los responsables técnicos de la Consejería, y en atención a su relevancia, participará en las labores de formación que sobre problemática psicosocial de las personas con enfermedad mental grave y sobre el proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria puedan impartirse para asociaciones existentes en la comunidad, profesionales de los servicios sociales generales, líderes y agentes comunitarios, etc. De otra parte, también desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Centro de Rehabilitación Laboral se deberá apoyar y en su caso colaborar con los otros recursos sociales específicos de la Consejería (a través de la Red pública de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera), que existan o se creen en la zona de referencia de estos Centros.

Asimismo el centro se implicará y colaborará en las actividades que desde la Consejería se promuevan para la divulgación de la problemática de esta población y la mayor sensibilización social de cara a la aceptación y apoyo a la integración social de este colectivo, a tal efecto se organizarán desde cada Centro en su zona de referencia **actividades de sensibilización y lucha contra el estigma** en todos los ámbitos que sean pertinentes (Institutos de Secundaria y Bachillerato y Formación profesional, facultades universitarias, asociaciones de vecinos y sociocomunitarias, policía, ámbito judicial, servicios sociales, centros de salud, centros sociales y culturales, etc.) organizando y promoviendo para ello distintas actividades y acciones (charlas de sensibilización en institutos y con otros agentes sociales, elaboración de murales y grafitis, realización de audiovisuales, páginas web, elaboración de comics, jornadas de puertas abiertas, programas de radio protagonizados y liderados por usuarios, exposiciones de fotografía y pintura, acciones solidarias, jornadas de dedicadas a la promoción de la lucha contra el estigma y la discriminación, coordinación con centros culturales y comunitarios para la organización de actividades de sensibilización, etc., etc.) y fomentando además, en el desarrollo de las mismas, la activa participación y protagonismo de los usuarios; y también buscando la cooperación y el trabajo en red con otros centros, entidades y agentes sociales para fomentar acciones inclusivas en la sensibilización social u la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental .

Como mínimo se organizarán en cada centro y servicio (CRPS y EASC) incluido en el contrato, al menos 2 actividades anuales de sensibilización y lucha contra el estigma

SÉPTIMA: EXPEDIENTE INDIVIDUAL

Cada usuario que sea atendido en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y en el Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey, incluidos en el presente contrato, deberán contar con un expediente individual que recoja, organice y archive toda la información y documentación correspondiente a su proceso de atención y rehabilitación. La empresa adjudicataria quedará obligada a preparar y organizar adecuadamente estos expedientes que estarán guardados en lugar seguro, respetándose en todo momento la confidencialidad de la información en ellos recogida.



OCTAVA: EVALUACIÓN

La entidad adjudicataria deberá llevar a cabo la evaluación de todas las actividades desarrolladas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y en el Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey, tanto respecto a la eficiencia y competencia del personal, como respecto a la adecuación y efectividad de las intervenciones y actividades que se realicen. Estas tareas de evaluación y valoración del funcionamiento de estos recursos serán planificadas conjuntamente con los responsables técnicos de la Consejería.

NOVENA: MEMORIAS

La empresa adjudicataria deberá presentar anualmente una memoria sobre el funcionamiento de cada uno de los centros incluidos en el contrato: Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y el Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey, donde se ofrecerán los datos sobre población atendida y características de la misma, actividades desarrolladas, resultados obtenidos, etc.

En la elaboración de estas memorias anuales deberá seguir las directrices, que se establezcan desde la Consejería a través de los responsables técnicos de la *Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera*, en cuanto a su estructura y al conjunto mínimo de datos que deberá incluir.

Asimismo, la empresa adjudicataria estará obligada a cumplimentar y remitir mensualmente las hojas y estadillos sobre el movimiento asistencial y otras actividades realizadas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, y en el Equipo de Apoyo Social Comunitario, que la Consejería tiene establecidas. En cualquier momento y a requerimiento de los responsables técnicos de la citada Red en la Consejería, la entidad adjudicataria estará obligada a presentar cuantos datos, estadísticos o sobre el proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de los usuarios, se le soliciten.

DÉCIMA: COORDINACIÓN, CONTROL, SUPERVISIÓN E INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

La Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, desde los responsables técnicos de la *Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera*, ejercerá la supervisión y control necesarios para asegurar la adecuada prestación del servicio y su adecuado funcionamiento. En esta línea, la empresa adjudicataria de la gestión de los Centros incluidos en el presente contrato, habrá de mantener de forma periódica reuniones con los responsables técnicos de la Consejería, para informar de la gestión llevada a cabo y, en consecuencia, habrá de sujetarse siempre a las directrices y órdenes que, por conveniencia del servicio y para su adecuada optimización y funcionamiento, se establezcan desde la Consejería.

A tal efecto se establece lo siguiente:

1. El adjudicatario designará un Responsable del Servicio a su cargo, quien coordinará y supervisará su prestación. Dicho responsable recibirá y llevará a cabo las indicaciones que la Consejería a través de la citada Red, estime oportuno impartir en relación con la prestación del Servicio y deberá tener atribuciones suficientes para adoptar, en su



caso y al momento, las decisiones necesarias para asegurar el buen funcionamiento del mismo.

2. El adjudicatario viene obligado a informar a la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través del Responsable citado en el punto anterior, en el mismo día en que se produzca, sobre cualquier incidencia significativa que afecte a la prestación del Servicio y a facilitar puntualmente cuanta información le sea requerida en relación con la misma.
3. Con el objeto de supervisar la correcta ejecución de las actuaciones objeto de este contrato, se desarrollarán desde los responsables técnico de la Consejería, con la participación en su caso del responsable de la entidad adjudicatarias, todas las acciones y gestiones que sean necesarias para:
 - La supervisión de la correcta ejecución del contrato y la propuesta, en su caso, de las modificaciones que convenga introducir.
 - El control sobre el cumplimiento de los compromisos establecidos en el contrato.
 - El análisis y resolución de las posibles incidencias que se produzcan a lo largo del contrato.
 - La propuesta de medidas dirigidas a la mejora de la calidad de la prestación.

DECIMOPRIMERA: PROPIEDAD DE LOS MATERIALES TÉCNICOS

Las guías de evaluación y de los programas de intervención psicosocial, los videos que se realicen sobre los diferentes aspectos del proceso de atención psicosocial y soportes de los usuarios y demás fichas, materiales o documentos producidos en el Centro de Rehabilitación Psicosocial y el Equipo de Apoyo Social Comunitario incluidos en el objeto del presente Contrato serán propiedad de la Consejería, y deberán estar a disposición de la misma.

DECIMOSEGUNDA: CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y PRESCRIPCIONES RELATIVAS A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO.

Todas las exigencias y especificaciones respecto al cumplimiento por parte del adjudicatario, de lo dispuesto en Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018, de 5 de diciembre, sin perjuicio de la aplicación de la normativa europea (RGPD 2016/679, de 27 de abril), así como el resto de la normativa de desarrollo que resulte de aplicación durante toda la vida de éste y de sus prórrogas, se **incluyen en la cláusula correspondiente a Protección de Datos del Pliego de Cláusulas Administrativo Particulares del presente contrato** así como en el anexo al mismo de “Encargo de Tratamiento de Datos Personales”

DECIMOTERCERA: INDICACIÓN DE LA TITULARIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN. INDICACIÓN DE LA VINCULACIÓN.

La entidad adjudicataria deberá indicar en lugar visible, mediante la señalización oportuna que habrá de seguir las directrices que se establezcan desde la Consejería, la vinculación del Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y el Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey, en su calidad de centros propios dependientes de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad en el marco de la citada *Red pública de Atención Social a personas con*



enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, y cuya gestión se articula a través del presente Contrato.

Asimismo todos los informes, memorias, documentos de trabajo que se produzcan en la atención y funcionamiento del centro deberán editarse en el papel que la Consejería establezca en el que se indicará la dependencia de dichos centros propios de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, en el marco de la Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera y también se podrá indicar que su gestión técnica y funcionamiento se realiza por la entidad adjudicataria de cada uno de los centros mediante el presente contrato.

De otra parte, cuando el equipo técnico de la empresa adjudicataria encargado de la atención en cada centro, elaboren alguna publicación como artículos en revistas científicas, o participen con ponencias o comunicaciones en Seminarios, Congresos o Jornadas, en los que se traten temas relacionados con la atención prestada o con las actividades desarrolladas en el mismo en el marco del presente concierto, habrá de solicitarse la oportuna autorización a la Consejería así como reseñar de un modo claro, visible y específico la vinculación del centro y de su equipo con la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad mediante el presente contrato y que dichos centros propios cuya gestión se ha contratado forman parte y se integran dentro de la Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la citada Consejería.

Asimismo en todo caso y a estos efectos de señalización e indicación de la vinculación, la entidad adjudicataria del presente contrato deberá seguir las instrucciones e indicaciones que se establezcan desde la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad y hacerse cargo de los costes de adquisición, colocación y reposición de los carteles o placas institucionales de señalización que se indiquen.

DECIMOCUARTA: MEDIOS PERSONALES

Las entidades que resulten adjudicatarios del contrato de servicios para la gestión conjunta del Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y en el Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey, deberán contar para la ejecución del contrato, con el personal técnico y de atención directa suficiente para la prestación del servicio, de cada uno de los Centros incluidos en el contrato.

En estos centros, los profesionales de cada categoría profesional deberán desarrollar su trabajo de acuerdo a lo establecido en el presente pliego y a las actividades necesarias para la adecuada atención psicosocial, de apoyo social y apoyo comunitario de los usuarios y teniendo en cuenta como referencia las funciones que se reseñan más adelante. La relación de plantilla mínima en cada centro que a continuación se reseñara se ha realizado teniendo en cuenta la plantilla actual de dichos centros con los ajuste necesarios para su optimización

Por tanto los medios personales del equipo técnico que deberán aportar las entidades adjudicatarias para la adecuada prestación de los servicios y actividades a realizar en cada uno de los recursos incluidos en el presente contrato, será como mínimo el siguiente:



PLANTILLA COMUN A LOS CENTROS

En estos centros de atención social a personas con enfermedad mental en Arganda del Rey: Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y en el Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas incluidos en el presente contrato, se contara como plantilla común con un Director para ambos recursos y con el personal administrativo y auxiliar de limpieza que será común a ambos.

- **Director**

El Director/a será titulado universitario (preferentemente psicólogo/a o en su caso terapeuta ocupacional o trabajador social) y contara con la acreditación y formación adecuada para el ejercicio de la funciones de Director y deberá inscribirse en el Registro de Directores de Centros de Servicios Sociales existente en la Secretaría General Técnica de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad. De acuerdo a la clasificación profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo II Personal titulado nivel 3.

- **Auxiliar administrativo.**

Asimismo para el buen funcionamiento de estos centro la entidad adjudicataria contara con al menos una figura de auxiliar administrativo a jornada completa para el desarrollo de las tareas administrativas, de recepción, atención telefónica y otras tareas necesarias para el buen funcionamiento de los centros. De acuerdo a la clasificación profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo III Personal técnico auxiliar.

- **Auxiliar de limpieza.**

Por otro lado para la realización de la labores de limpieza del centro la entidad podrá contar con una figura de auxiliar de limpieza durante las horas necesarias o podrá en su caso contratar con una empresa el servicio de limpieza de los centros. De acuerdo a la clasificación profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo III Personal técnico auxiliar.

Se promoverá en la medida de lo posible que en la plantilla de los centros o en las empresas que en su caso se subcontraten puedan incorporarse personas con discapacidad por trastorno mental para facilitar sus procesos de inserción socio-laboral.

Las funciones de cada uno de esta plantilla común a los centros se reseñan a continuación

Director/a:

Coordinación Técnica del CRPS y EASC:

- Dirección y coordinación del personal
- Coordinación de los programas y actividades de los Centros
- Planificación y ajuste de horarios
- Supervisión, evaluación y valoración de los programas y demás actividades del CRPS y del EASC.
- Gestión de los aspectos administrativos y económicos.
- Facilitar y promover la formación continuada del personal así como el desarrollo de investigaciones relacionadas con temas de rehabilitación.

Coordinación externa:

- Organizar y mantener la colaboración y coordinación con los servicios de salud mental de referencia.



- Organizar y mantener la coordinación con los servicios sociales generales de la zona.
- Coordinación con los responsables técnicos de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería.
- Coordinar el apoyo a otros recursos destinados a personas con enfermedad mental dependientes de la Consejería (a través de la Red citada) que le correspondan al Centro según su sectorización.
- Promover y organizar la formación, colaboración y apoyo a recursos comunitarios de la zona, útiles para favorecer la integración social de los usuarios atendidos.

Auxiliar administrativo:

- Labores de recepción, administrativas y colaboración en el cuidado y mantenimiento de los centros.

Auxiliar de Limpieza y mantenimiento:

- Desarrollo de las labores de la limpieza general de los centros y colaboración en el cuidado y mantenimiento de los mismos.

PLANTILLA ESPECÍFICA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

- Psicólogos:

Se asegurará la presencia de lunes a viernes de profesionales con la titulación de Licenciado universitario en Psicología o en su caso Grado universitario en Psicología con postgrado (master en rehabilitación psicosocial, master en Intervención psicológica, master en Psicología general sanitaria; master en intervención psicosocial u otros master universitarios equivalentes o de características similares) en el CRPS de 90 plazas incluido en el presente contrato, y se contara como **mínimo con tres psicólogos a jornada completa**. De acuerdo a la clasificación profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo II Personal titulado nivel 3.

- Terapeuta Ocupacional:

Se asegurará la actividad y presencia de al menos un profesional con la titulación de Terapeuta Ocupacional, de modo que este centro contara con **un Terapeuta Ocupacional a jornada completa** con presencia de lunes a viernes. De acuerdo a la clasificación profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo II Personal titulado nivel 2.

- Trabajador Social:

Se asegurará la actividad de al menos un profesional con la titulación de Trabajador Social de modo que el centro contara con **un Trabajador Social a jornada completa** con presencia de lunes a viernes. De acuerdo a la clasificación profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo II Personal titulado nivel 2.

- Monitores/Educadores:

Se asegurará la actividad y presencia de lunes a viernes de monitores/educadores y se contara como **mínimo con tres monitores/educadores a jornada completa**. Contaran con la titulación mínima de Formación Profesional de Grado superior como Técnico en Integración Social o similar o equivalente; o en su caso con titulación universitaria de diplomatura o grado en Educación Social; o en el caso de monitores con experiencia que ya vengán trabajando desde hace más de 5 años en este Centro contarán la titulación mínima de Bachillerato, antigua FP II o equivalente. De acuerdo a la clasificación



profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo III Personal técnico superior nivel 1.

Las **funciones principales** de cada figura del personal técnico específico del Centro de Rehabilitación Psicosocial arriba indicado se señalan a continuación:

→ **FUNCIONES DEL EQUIPO DE CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:**

- **Psicólogos(as):**

- Recepción de usuarios y preevaluación en colaboración con el/la Trabajador/a Social.
- Evaluación funcional de los usuarios y coordinación con el/la Trabajador/a Social en la evaluación de los aspectos sociales.
- Diseño de los planes individualizados de rehabilitación.
- Tutorización de usuarios.
- Diseño, programación e implementación de las diferentes actividades de rehabilitación y apoyo comunitario (programas de entrenamiento de habilidades, programa de escuela de Familias, actividades de apoyo social y comunitario, etc.).
- Colaboración en la evaluación global del Centro y de la eficacia y relevancia de sus distintas actividades.
- Evaluación de cada usuario en las diferentes actividades y estrategias que conforman su proceso de rehabilitación y apoyo comunitario.
- Organización, coordinación y desarrollo del seguimiento y apoyo comunitario de los usuarios.
- Formación y supervisión de los otros profesionales del centro, así como de los recursos, profesionales y líderes comunitarios.

- **Terapeuta Ocupacional:**

- Colaboración en la evaluación y programación de las áreas de autocuidado, actividades de la vida diaria, ejercicios motóricos y psicomotricidad, ocio y tiempo libre e integración comunitaria.
- Organización de la intervención en dichas áreas y en las actividades de apoyo.
- Apoyo a las labores de tutoría y a las actividades de utilización e integración en recursos comunitarios.
- Colaboración en las tareas de formación y sensibilización en la comunidad.
- Apoyo en el seguimiento y apoyo comunitario de los usuarios.

- **Trabajador Social:**

- Evaluación, en coordinación con el psicólogo y en su caso con los servicios sociales generales de la zona, de los aspectos sociales, familiares y económicos de los usuarios.
- Coordinación con los servicios sociales generales de la zona.
- Apoyo y colaboración en las tareas de autorización de los usuarios
- Colaboración y apoyo en el desarrollo del proceso de rehabilitación e integración social, y en las actividades de apoyo y soporte social. Así como en las tareas de información, psicoeducación y apoyo a las familias.
- Asesoramiento a usuarios y familiares sobre recursos y prestaciones sociales, en colaboración con los servicios sociales generales de la zona.
- Colaboración en el contacto, formación y utilización de otros recursos comunitarios.
- Colaboración, coordinación y apoyo en los procesos de seguimiento y apoyo comunitario



- Monitores/educadores

- Colaboración en las tareas de evaluación y programación, en las distintas áreas de intervención: auto-cuidado, actividades de la vida diaria, psicomotricidad, ocio y tiempo libre, integración comunitaria, etc.
- Colaboración en el desarrollo de los programas de entrenamiento e intervención a realizar con los usuarios y en el conjunto de actividades de apoyo social comunitario.
- Apoyo y colaboración en las tareas de tutorías.
- Apoyo y supervisión de los usuarios en los entrenamientos y actividades en la "calle" y en la utilización de recursos socio comunitarios.
- Colaboración en las tareas de formación y sensibilización en la comunidad.
- Colaboración y apoyo en el seguimiento y apoyo comunitario de los usuarios

Las funciones de cada profesional del Centro de Rehabilitación Psicosocial deben entenderse de una forma flexible y dinámica desde una lógica de trabajo interdisciplinar que optimice las posibilidades del equipo y asegure un proceso global y eficiente de atención psicosocial, soporte social y apoyo comunitario con cada usuario.

PLANTILLA ESPECÍFICA DEL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO

Psicólogo:

Se asegurará la presencia de lunes a viernes de profesionales con la titulación de licenciado universitario en psicología o en su caso Grado universitario en Psicología con postgrado (Master en Rehabilitación psicosocial, master en Intervención psicológica, master en Psicología general sanitaria; master en Intervención psicosocial u otros master universitarios equivalentes o de características similares): de modo que este Centro de Día contara con **un Psicólogo a jornada completa** con presencia de lunes a viernes. De acuerdo a la clasificación profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo II Personal titulado nivel 3.

- Trabajador Social:

Se asegurará la actividad de al menos un profesional con la titulación de Trabajador Social de modo que el centro contara con **un Trabajador Social a jornada completa** con presencia de lunes a viernes. De acuerdo a la clasificación profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo II Personal titulado nivel 2.

- Monitores/Educadores:

Se asegurará la actividad y presencia de lunes a viernes de monitores/educadores y se contara como mínimo con **dos monitores/educadores a jornada completa**. Contaran con la titulación de Formación Profesional de Grado superior como Técnico en Integración Social o similar o equivalente; o en su caso con titulación universitaria de diplomatura o grado en Educación Social; o en el caso de monitores con experiencia que ya vengán trabajando desde hace más de 5 años en este Centro contarán la titulación mínima de Bachillerato, antigua FP II o equivalente. De acuerdo a la clasificación profesional del XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad equivale al Grupo III Personal técnico superior nivel 1.

Las **funciones principales** de cada figura del personal técnico arriba indicado se señalan a continuación:



→ FUNCIONES DEL EQUIPO TECNICO DEL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO:

- Psicólogo(a)

- Organizar y mantener la colaboración y coordinación con los servicios de salud mental de referencia, servicios sociales y cuantos recursos sociales y comunitarios sean pertinentes.
- Organización y coordinación del equipo del EASC.
- Contacto y vinculación de usuarios y preevaluación en colaboración con el/la Trabajador(a) Social y demás profesionales.
- Evaluación funcional de los usuarios
- Diseño de los planes individualizados de atención domiciliaria y apoyo social comunitario.
- Tutorización de usuarios.
- Asesoramiento y apoyo a las familias.
- Diseño, programación e implementación en el domicilio y el entorno de las diferentes actividades de mejora de la autonomía personal y social y de las actividades de mejora del funcionamiento e integración comunitaria.
- Formación y supervisión del resto de profesionales que componen la plantilla.

- Trabajador Social:

- Colaboración en la coordinación con los con los servicios de salud mental de referencia, servicio sociales y cuantos recursos sociales y comunitarios sean relevantes.
- Evaluación, en coordinación con el psicólogo y en su caso con los servicios sociales generales de la zona, de los aspectos sociales, familiares y económicos de los usuarios.
- Coordinación con los servicios sociales generales de la zona.
- Apoyo y colaboración en las tareas de tutorización de los usuarios
- Colaboración y apoyo en el desarrollo del proceso de mejora de la autonomía e integración social, y en las actividades de atención domiciliaria y apoyo social comunitario. Así como en las tareas de información, psicoeducación y apoyo a las familias.
- Asesoramiento a usuarios y familiares sobre recursos y prestaciones sociales, en colaboración con los servicios sociales generales de la zona.
- Colaboración en el contacto, formación y utilización de otros recursos comunitarios.
- Colaboración, coordinación y apoyo en los procesos de acompañamiento, seguimiento y apoyo comunitario

- Monitores/educadores:

- Atención psicosocial y apoyo en el domicilio y en el entorno.
- Apoyo en el desarrollo de las actividades de mejora de la autonomía personal y social y de apoyo al mantenimiento en el domicilio y en el entorno. Acompañamiento y apoyos a la vinculación del usuario con el SSM y con el resto de los recursos sociales específicos y/o comunitarios.
- Apoyo a la utilización e integración en recursos comunitarios
- Colaboración y apoyo del proceso de atención y soporte social

Las funciones de cada profesional deben entenderse de una forma flexible y dinámica desde una lógica de trabajo interdisciplinar que optimice las posibilidades del equipo y asegure un proceso global y eficiente de apoyo a la atención psicosocial y apoyo comunitario con cada usuario.



La totalidad de la plantilla de personal de estos centros dependerá laboralmente de la entidad adjudicataria del presente contrato de servicios, no existiendo ningún tipo de vínculo, en este aspecto, con la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad que será totalmente ajena a dichas relaciones laborales. Serán de cuenta del adjudicatario las obligaciones que la legislación y convenio colectivo aplicable establezcan en cuanto al personal que viniera prestando el servicio.

Las Empresa o Entidad adjudicataria enviará a la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad a la Subdirección responsable de la *Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera*, la relación completa del personal destinado al funcionamiento y atención a prestar en cada de los Centros incluidos del presente contrato, con indicación de la jornada laboral, cualificación y funciones y dará a conocer, con antelación, a la Consejería las sustituciones, suplencias, bajas o nuevas contrataciones de personal que se produzcan.

Sin perjuicio de lo establecido en el convenio colectivo de aplicación en el ámbito de discapacidad, el adjudicatario elaborará un plan de formación del personal de los centros objetos del contrato con un horizonte de al menos 3 años, evaluable anualmente. Dicho plan deberá ser presentado a la Consejería en el plazo de 3 meses desde la formalización del contrato y comunicar las incidencias o cambios que se produzcan en el mismo. En caso de que se acuerde la prórroga del contrato, el adjudicatario procederá a actualizar el plan de formación con nuevos objetivos, alcance y horizonte por el periodo establecido en la misma. Como mínimo se impartirán 20 horas de formación al año para cada persona en plantilla del personal de atención de cada uno de los centros objeto del contrato. Anualmente, o a petición de la Consejería, el adjudicatario, deberá aportar información sobre la ejecución del plan de formación y sobre el logro de los objetivos del mismo.

Así pues la Empresa o entidad adjudicataria estará obligada a organizar y desarrollar un programa de formación inicial con una duración mínima de 20 horas, que se realizara al inicio de la ejecución del contrato y en la que participaran todos los profesionales de los centros, en el que se ofrecerá formación básica sobre filosofía y principios de atención en rehabilitación psicosocial, atención social y apoyo comunitario y sobre la organización, funcionamiento, metodología de intervención y coordinación con otros recursos. De igual modo deberán organizar un programa anual de formación continuada con una duración mínima de 20 horas cada año dirigido a todo el personal de atención de cada uno de los centros objeto del contrato cuyos contenidos estén relacionados con la atención psicosocial y el apoyo comunitario o con avances técnicos y metodológicos en la intervención psicosocial de interés. La organización y contenidos de estas acciones de formación del personal tanto inicial como continuada deberán ser presentadas a la Consejería, para su conocimiento y oportuna aprobación en un plazo máximo de 3 meses desde el inicio del contrato de servicios debiendo a tal fin la entidad adjudicataria acatar las directrices e instrucciones que desde la Consejería se establezcan. Y cada año se enviara información del plan anual de formación realizado con sus objetivos y contenidos de las acciones formativas realizadas, docentes y participantes, y evaluación de las mismas.

Desde la **Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad** en el marco de la citada Red se podrán asignar voluntarios sociales para desarrollar tareas de acompañamiento, apoyo social y dinamización de actividades de ocio y tiempo libre; de igual modo desde la



propia entidad se promoverá la incorporación de voluntarios con el conocimiento y aprobación desde la Consejería. Asimismo la entidad adjudicataria, previo conocimiento y aprobación desde la Consejería, podrá organizar, en el marco de los oportunos acuerdos con la Universidad (Facultad de Psicología, Escuelas de Trabajo Social, etc.) periodos de prácticas en el Centro de estudiantes o graduados o licenciados; así como de acuerdo con el correspondiente Área de Salud Mental se podrán organizar en el centro periodos de rotación de M.I.R. de psiquiatría y P.I.R de psicología. Debiendo la entidad adjudicataria acatar las directrices e instrucciones que desde la Consejería se establezcan.

DECIMOQUINTA: MEDIOS MATERIALES Y MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS.

1.- MEDIOS MATERIALES:

Los Centros de atención social a personas con enfermedad mental en Arganda del Rey con un total de 120 plazas que incluyen un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y un Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas incluidos en el objeto de este Contrato de Servicios son centros propios de la Consejería y que están integrados en la *Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera* de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad.

UBICACIÓN DE LOS CENTROS Y CARACTERISTICAS DE LOS INMUEBLES:

El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de 90 plazas y Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey, incluidos en el objeto de este Contrato de Servicios son centros propios de la Consejería de Asuntos Sociales y que están integrados en la *Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera* de la Dirección General de Servicios Sociales.

EL CRPS está ubicado en unos locales situados en la C/ Juan XXIII nº 2 y 4; 2ª planta en el municipio de Arganda del Rey (28500 Arganda del Rey) de los que la Consejería ostenta la titularidad de uso de los mismos.

Está situado en 2º planta de un edificio con acceso independiente por escaleras y ascensor. Tiene una superficie de en torno a 260 m2 y cuenta con dependencias amplias y suficientes para el adecuado desarrollo de las actividades incluyendo hall-sala de espera, aseos, cocina, 4 despachos profesionales, despacho de dirección y despacho administración y 4 salas polivalentes de actividades y programas de en torno a 20 m2 c/u y terraza.

El Equipo de Apoyo Social Comunitario, no necesita unas infraestructuras propias dadas sus funciones de atención domiciliaria y apoyo comunitario. Como punto de encuentro y lugar de coordinación podrán usar los despachos del CRPS. El EASC deberá contar como medios materiales con teléfonos móviles para todos sus profesionales así como con ordenadores portátiles que deberán ser aportados por la entidad adjudicataria que correrá con los gastos de su mantenimiento y reposición.

EQUIPAMIENTO, MOBILIARIO Y OTROS MEDIOS MATERIALES:

El Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey cuentan con las instalaciones, mobiliario, enseres y equipamiento adecuados para el funcionamiento de los centros según inventario que se entregará al adjudicatario tras la formalización del contrato.



La Consejería aporta pues el equipamiento y mobiliario necesario para el funcionamiento de los centros. La entidad adjudicataria se hará cargo de los gastos relativos a reposición y renovación equipamiento, mobiliario, audiovisuales y enseres, para asegurar que el mobiliario y equipamiento del centro está en las condiciones adecuadas para el buen funcionamiento de los centros incluido en este contrato. En su caso la Consejería se haría cargo de equipamiento o mobiliario adicional no existente actualmente que fuese necesario para la adecuada atención en los recursos de Arganda incluidos en el contrato.

En relación al equipamiento informático la entidad adjudicataria de la gestión de cada uno de los recursos incluidos en el presente contrato, se hará cargo de la adquisición, del mantenimiento y reparación de los ordenadores e impresoras y de su renovación periódica. Así como de la contratación y mantenimiento de la conexión a internet, y de la adquisición, mantenimiento y oportunas renovaciones de las aplicaciones informáticas y programas necesarios para el adecuado funcionamiento de los equipos informáticos y de los recursos.

En estos recursos (CRPS y EASC) de Arganda se contara con un equipamiento informático de 14 ordenadores y 5 impresoras para los profesionales de los 2 recursos (CRPS y EASC) incluido en el presente contrato así como de unos 6 ordenadores y 2 impresoras para uso de los usuarios y talleres de estos recursos, asimismo se contara con 2 ordenadores portátiles (uno para cada uno de los 2 recursos incluido en el contrato) y al menos 5 teléfonos móviles (4 para el EASC (uno para cada miembro del equipo de apoyo) y uno para el equipo del CRPS).

2.- MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS: La entidad adjudicataria de la gestión de los Centros incluidos en el presente contrato se harán cargo del mantenimiento de los centros de acuerdo a las siguientes condiciones:

- La empresa o entidad adjudicataria de la gestión de cada uno de los centros incluidos en el presente contrato se hará cargo de los gastos correspondientes a luz, agua, gas, teléfono, limpieza y otros gastos de mantenimiento de los Centros y de los inmuebles en los que se ubican.
- De igual modo el adjudicatario se hará cargo de la reparación, reposición y conservación ordinaria de los locales, sus instalaciones y mobiliario para mantenerlos en condiciones normales de prestación de los servicios, debiendo, a tal efecto, suscribir los contratos de mantenimiento oportunos y aquellos preceptivos que exija la legislación vigente en cada momento (tanto de tipo preventivo, como de tipo correctivo y técnico-legal).
- Los preceptivos contratos de mantenimiento deberá el adjudicatario suscribirlos con empresas debidamente acreditadas y autorizadas para realizar el mantenimiento de dichas instalaciones debiendo cumplir las mismas con los requisitos de habilitación y normativos como empresa mantenedora y para el ejercicio de la actividad que en cada momento estén en vigor. Los contratos para el mantenimiento del local y sus instalaciones se ajustarán a la legislación vigente. Los de mantenimiento de Protección contra Incendios (PCI) deberán incluir todos los equipos, que formen el sistema de PCI, incluidos, alumbrado de emergencia y funcionamiento de las puertas cortafuegos (RF) y de evacuación así como la señalización de la misma.
- Así mismo, el adjudicatario deberán realizar una desinsectación, desratización y desinfectación de los locales y espacios del centro con una periodicidad anual.



- Todos los gastos relativos al mantenimiento del inmueble donde se ubican los recursos objeto del presente Contrato, limpieza del mismo, conservación y reparación de mobiliario y equipamiento, seguros, suministros, arreglos, gastos de actividades y otros gastos necesarios para el mantenimiento y funcionamiento de los centros correrán a cargo del adjudicatario en el marco del presente contrato. En este sentido, la entidad adjudicataria de la gestión de los centros incluidos en presente Contrato, correrá a su vez con los gastos de compra y reposición de material de escritorio, material de papelería, fotocopias, aplicaciones informáticas, material para actividades, material para talleres, material bibliográfico y otros materiales fungibles, así como con los gastos de las actividades necesarias, incluidos gastos de desplazamientos o gastos de apoyo para el adecuado desarrollo de los procesos atención psicosocial y soporte social, apoyo a la integración social y de las demás actividades de apoyo social y comunitario. Además de los gastos derivados de actividades de apoyo, acompañamiento y seguimiento comunitario, incluidos aquellos relacionados con las actividades realizadas por voluntarios y otros colaboradores sociales incorporados los Centros objeto del contrato.
- El adjudicatario se hará cargo del mantenimiento preventivo del local y de sus instalaciones. Será responsable de que el mantenimiento de cada instalación y las reparaciones que en ella se realicen sean las adecuadas para garantizar el uso racional de la energía y salvaguardar la duración y seguridad de cada instalación. Deberá llevar un registro de las operaciones de mantenimiento en el que se incluirán datos relativos a las mediciones y demás resultados de las tareas realizadas de acuerdo con las distintas ITE y dentro del ámbito del RITE, o las equivalentes para otros componentes del local.
- El registro podrá realizarse en un libro o en hojas de trabajo, numerando correlativamente las operaciones de mantenimiento de cada instalación, deberá describir brevemente la operación de mantenimiento realizada especificando equipo o sistema en la que se realiza la tarea, relacionará los materiales sustituidos cuando se hayan realizado operaciones de este tipo. Se incluirá fecha de realización de la operación y la periodicidad con la que se ha de realizar, quien la realiza, (empresa mantenedora acreditada o personal propio supervisado por empresa mantenedora acreditada, resultado conforme o disconforme, partes de trabajo/ factura de forma que se pueda acreditar la subsanación de la deficiencia así como firma de quien la realiza la tarea y sello de la empresa mantenedora. Cuando en cumplimiento de la normativa sea preceptivo contar con Certificados de Mantenimiento por empresa acreditada y/o certificado de inspección tendrán que ser archivados y custodiados en el centro y a disposición de la Consejería y organismos competentes.
- Tales documentos deberán custodiarse al menos durante cinco años, contados a partir de la fecha de ejecución de la correspondiente operación de mantenimiento. Estos documentos deben ser entregados a la Administración a la finalización del contrato. Si durante el periodo de vigencia del contrato se produjera un cambio en la legislación aplicable que obligara a la modificación de las tareas y operativa del mantenimiento, el adjudicatario se verá obligado a su cumplimiento. En los casos en que por imperativo legal de las revisiones periódicas tengan que ser realizadas necesariamente por una entidad colaboradora de la Administración, debidamente autorizada, o por técnicos de la propia empresa mantenedora, el adjudicatario correrá con sus gastos.



- La limpieza del saneamiento se realizará con la frecuencia establecida en la normativa vigente. Además, el adjudicatario deberá realizar los trabajos necesarios, a su costa, para desemboces de bajantes y desatracos de la red horizontal de saneamiento, incluidos trabajos de desatasco con camiones-bomba, y se documentará la realización de, al menos una vez cada tres años, una limpieza de arquetas a pie de bajante, arquetas de paso y arquetas sifónicas.
- Asimismo el adjudicatario, se hará cargo del mantenimiento correctivo, y a tal efecto llevará a cabo sobre la totalidad de las instalaciones realizándose sobre las mismas todo tipo de actuaciones tendentes a su reparación y puesta de nuevo en servicio en los plazos más breves posibles. Cuando sea necesario sustituir equipos, piezas o materiales de una instalación achacables al propio funcionamiento de los Centros, los gastos correrán a cargo de la empresa adjudicataria siendo responsable de que los elementos nuevos que se instalen cumplan la normativa vigente en cuanto a nivel de calidad, homologación y aprobación o registro de tipos. La resolución de cualquier tipo de avería deberá quedar registrada en todo caso en un parte de averías. Si durante el periodo de vigencia del contrato se produjera un cambio en la legislación aplicable que obligará a la modificación total o parcial de alguna de las instalaciones existentes, el adjudicatario vendrá obligado a informar en tipo y plazo de la modificación legislativa a la Consejería de Asuntos Sociales, siendo a cargo de ésta los gastos que ello origine.
- Correrán a cargo de la Consejería de Políticas Sociales las obras o reparaciones que afecten a la estructura resistente del local o sean consecuencia de defectos no achacables al funcionamiento del Centro o a su falta de mantenimiento, y los gastos derivados de la sustitución total de alguna o algunas de sus instalaciones, cuando a juicio de los Servicios Técnicos de la Consejería resulte necesario. Correrán también a cargo de la Consejería los gastos de pintura cuando afecten a la totalidad del Centro así como la reforma que suponga modificación de la distribución interior. También correrá a cargo de la Consejería la dotación de equipamiento complementario del inicial del que se haya dotado a los Centros, así como la reposición de la maquinaria y equipos que, aun habiendo sido mantenidos convenientemente por el adjudicatario, finalicen su vida útil y no sean susceptibles de reparación para asegurar un funcionamiento ordinario y normal de los mismos, a juicio de los Servicios Técnicos de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad. Además la Consejería se hará cargo de los gastos que origine la adecuación a normativa de las instalaciones.
- En relación al equipamiento informático la entidad adjudicataria de la gestión de cada uno de los Centros incluidos en el presente contrato, se hará cargo de la adquisición, mantenimiento y reparación de los ordenadores e impresoras, fax así como de su renovación periódica, de la contratación y mantenimiento de la conexión a internet, la adquisición, mantenimiento y oportunas renovaciones de las aplicaciones informáticas y de software que se estime necesario para el adecuado funcionamiento de los equipos informáticos y de los centros.
- De otra parte la entidad o empresa adjudicataria se hará cargo de todos los gastos y gestiones necesarias para la instalación, mantenimiento y funcionamiento de las líneas y sistemas de comunicación telefónica necesarios para el adecuado funcionamiento de los centros objeto del contrato A la finalización del contrato la titularidad de las citadas líneas revertirá a la Comunidad de Madrid, debiendo la empresa adjudicataria realizar la entrega de todas las instalaciones en perfectas condiciones. El cambio de titularidad



de las líneas a la finalización del contrato será tramitado directamente por la Comunidad de Madrid, afrontando ésta los gastos derivados de dicho cambio.

- Con ocasión de la finalización del contrato de servicios el adjudicatario deberá entregar los centros como sus instalaciones en perfectas condiciones. El adjudicatario deberá con una antelación de al menos cuatro meses de la finalización del contrato acometer la realización de un informe sobre el estado del local, sus instalaciones y equipamiento que deberá entregar a la administración tres meses antes de la fecha de finalización del Contrato. Dicho informe deberá versar sobre el estado de las instalaciones de suministro y distribución de agua, calefacción, climatización, agua caliente sanitaria, protección contra incendios, electricidad y alumbrado, y saneamiento, todo ello realizado por empresa de control de calidad homologada, realizando para ello, las pruebas y comprobaciones que se consideren adecuadas para su emisión; informe en el que se hará mención expresa de los aspectos analizados de las instalaciones y su conformidad, o no, sobre su estado y funcionamiento. estando obligado el adjudicatario a subsanar a dicha fecha, los defectos o anomalías observados.
- Asimismo el adjudicatario deberá entregar a la Administración los expedientes individuales y/o historiales de atención de todos los usuarios atendidos en los centros. Estos expedientes, que quedarían en propiedad de la Administración y en uso exclusivo de la misma, deberán ser entregados por los adjudicatarios completos y adecuadamente organizados, no pudiendo, en ningún caso, quedarse la empresa adjudicataria con ninguno de ellos ni con copias de los mismos.

DECIMOSEXTA: HORARIO

El funcionamiento del Centro de Rehabilitación Psicosocial de 90 plazas y Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas para personas con enfermedad mental en Arganda del Rey incluidos en el presente contrato, será de lunes a viernes, excepto festivos, en jornada partida, con, como mínimo, un horario de atención de 9 a 18 h, salvo los viernes que el horario podrá ser de 9 a 15 h.

El horario del personal garantizará el funcionamiento efectivo de cada centro durante todo su horario (salvo lógicamente el tiempo para la comida), por tanto el centro deberá desarrollar sus actividades de entrenamiento de habilidades y mejora del funcionamiento psicosocial, integración social y apoyo comunitario, no solo por las mañanas sino también por las tardes que constituyen asimismo un momento esencial para el trabajo de psicoeducación y apoyo a las familias, así como para el desarrollo de actividades, tanto dentro como fuera del centro, con usuarios como, entre otras, las de apoyo al ocio, integración en recursos socio-comunitarios, potenciación de las redes sociales, apoyo a la integración laboral o cualesquiera otras que resulten relevantes al proceso de autonomía e integración social y laboral de los usuarios de cada uno de los centros incluidos en el contrato.

Los usuarios de cada uno de los Centros asistirán el tiempo necesario (toda la mañana o todo el día) en función de sus objetivos y necesidades de rehabilitación psicosocial, apoyo comunitario e integración laboral, de acuerdo a su plan individualizado. Asimismo la duración de la estancia será estable y en todo caso la que sea precisa en relación con las necesidades de apoyo social e integración comunitaria de cada caso.



Los recursos de atención social a personas con enfermedad mental en Arganda (Centro de Rehabilitación Psicosocial y Equipo de Apoyo Social Comunitario) funcionarán durante todo el año.

Durante las vacaciones de verano (que se organizaran preferentemente entre 1 de julio al 31 de agosto) y previa consulta y aprobación de los responsables técnicos de la Consejería, la empresa podrá organizar las vacaciones del personal de tal manera que se cubra el servicio y se asegure el mantenimiento del funcionamiento de estos recursos sin que sea necesario contratar suplencias.

Durante los meses de julio y agosto, ambos recursos (CRPS y EASC) podrán funcionar con un horario de jornada intensiva de mañana (de 8 a 15,30 horas).

DECIMOSEPTIMA: PREVISIONES EN CASO DE HUELGA LEGAL

En el caso de huelga legal, el adjudicatario deberá mantener puntualmente informada a la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad sobre la incidencia de la misma en la prestación del servicio. La Consejería podrá practicar las deducciones que procedan del importe a facturar por el adjudicatario en el periodo afectado, en función del grado de incumplimiento y la repercusión en la normal prestación de aquel.

En Madrid, a fecha de la firma

LA DIRECTORA GENERAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Fdo.: Pilar López González

