



Dirección General de Atención
a Personas con Discapacidad
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y
POLÍTICA SOCIAL

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Y CON ENFERMEDAD MENTAL**

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

**PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HAN DE REGIR EN EL ACUERDO MARCO
PARA LA CONTRATACIÓN EN LA MODALIDAD DE CONCIERTO, DE “EQUIPOS DE APOYO
SOCIAL COMUNITARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y
DURADERA EN LAS DISTINTAS ZONA DE LA COMUNIDAD DE MADRID”.**



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1295395186836614305099**

JULIO 2021

INTRODUCCIÓN

La Consejería de Familia, Juventud y Política Social a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, está firmemente comprometida en la atención social a las personas adultas con discapacidad derivada de enfermedad mental grave y en el apoyo a sus familias. Para ello está desarrollando la **Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera** que cuenta con una tipología de Centros y recursos de atención social especializada diversificada y con una distribución territorializada: Esta Red y los centros y recursos que la integran trabajan en estrecha coordinación y complementariedad con la red de Salud Mental para asegurar una atención sociosanitaria integral, y ofrece atención social a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración a consecuencia de trastornos mentales severos, derivadas desde los Servicios de Salud Mental de la red pública sanitaria como responsables de su tratamiento y seguimiento psiquiátrico. Esta Red cuenta con diferentes tipos de centros y recursos que ofrecen en régimen de atención diurna (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día de soporte social, Centros de Rehabilitación Laboral, Equipos de Apoyo Social Comunitario) y de atención residencial (Residencias, Pisos supervisados y Plazas de alojamiento en Pensiones) distintos programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de estas personas y para promover su autonomía e integración social y laboral.

La Comunidad de Madrid estableció 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.

Los **Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)** se conciben como un Servicio de atención psicosocial especializado que complementa la atención prestada en la red de centros y que permiten ofrecer atención psicosocial domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental grave con mayores dificultades de funcionamiento e integración y que les ofrecen 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.

Ofrecen 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. Así como con aquellos usuarios que sean necesario, ofrecen acompañamiento y apoyo para mejorar el enganche y vinculación con la red de recursos de salud mental, de la red de atención social y de servicios sociales, así como apoyo en su propio entorno a fin de mejorar su situación y calidad de vida y ofrecer ayuda a sus familias.

En el año 2005 se inició la puesta en marcha de los primeros 5 Equipos de Apoyo Social Comunitario y tras valorar su utilidad y eficacia se fueron desarrollando nuevos Equipos de Apoyo en los distintos distritos de Salud Mental hasta el momento actual en que la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental cuenta con un **total de 38 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) con un total de 1.140 plazas.**

De ellos hay 2 EASC con 60 plazas que son servicios propios gestionados mediante contratos de servicios junto con otros centros propios en Alcorcón y en Arganda y el resto **36 Equipos de Apoyo Social Comunitario con un total de 1080 plazas son servicios concertados que se gestionan mediante contratos derivados del Acuerdo Marco que se adjudicó en 2017 (Expte AM-006-2017)** que se adjudicó en 2017 (Expte AM-006-2017) que fije las condiciones para la contratación mediante contratos de gestión de servicios públicos en la modalidad de concierto de plazas en "*Equipos de Apoyo Social Comunitario para personas con enfermedad mental grave y duradera en las distintas zonas de la Comunidad de Madrid*" (Expte. AM-006-2017).



Actualmente están vigentes las prórrogas de los 36 contratos derivados hasta el 31 de diciembre de 2021 de estos 36 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) con un total de 1080 plazas.

La Comunidad de Madrid a fin de atender las necesidades sociales, favorecer el mantenimiento en su domicilio y en su entorno y apoyar la integración social de las personas con discapacidad psicosocial derivada de enfermedades mentales graves considera prioritario continuar el desarrollo y asegurar el mantenimiento de este tipo de *Equipos de Apoyo Social Comunitario* (EASC).

Pues bien, teniendo en cuenta que finaliza la vigencia de 4 años del actual Acuerdo Marco de 2017 (Expte. AM-006-2017) que se formalizó con fecha 24 de Noviembre de 2017, se hace necesario proceder a tramitar un nuevo Acuerdo Marco y en consecuencia se procede a elaborar el presente **Pliego de Prescripciones Técnicas** que ha de regir el **nuevo Acuerdo Marco a tramitar en 2021 que fije las condiciones a que habrán de ajustarse los contratos de servicios para la gestión de Equipos de Apoyo Social Comunitario para personas con enfermedad mental grave y duradera en las distintas zona de la Comunidad de Madrid** conforme a lo establecido en el artículo 285 de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público.

PRIMERA: OBJETO

El presente Pliego de Prescripciones Técnicas tiene por objeto establecer las condiciones para el Acuerdo Marco que permita seleccionar una serie de entidades o empresas que sean titulares de *Equipos de Apoyo Social comunitario para personas con enfermedad mental* y a tal fin describir las obligaciones, condiciones técnicas y actividades específicas que deben de ser asumidas y desarrolladas por las Entidades o empresas que puedan ser adjudicatarias de los contratos de servicios para la gestión de Equipos de Apoyo Social Comunitario para personas con enfermedad que se deriven del presente Acuerdo marco de *Equipos de Apoyo Social Comunitario para personas con enfermedad mental grave y duradera en las distintas zona de la Comunidad de Madrid*.

Con el presente Acuerdo Marco y los contratos que se adjudiquen derivados del mismo, se pretende lograr una bolsa o conjunto de plazas de *Equipos de Apoyo Social Comunitario* que permita asegurar la atención a los usuarios con enfermedad mental que actualmente estén atendidos en 2021, y a propuesta de los Servicios de Salud Mental de referencia, están atendidos en este tipo de Equipos y las derivaciones que, desde los citados Servicios de Salud Mental de las distintas zonas, se planteen de nuevos usuarios que lo necesiten en el futuro. El objetivo mínimo con el Acuerdo Marco es mantener las plazas contratadas actualmente en Equipos de Apoyo Social Comunitario y en su caso poder ampliar plazas y nuevos Equipos si la disponibilidad presupuestaria lo permite y teniendo en cuenta las demandas y listas de espera existentes en las distintas zonas así como la mejor distribución territorial de los equipos.

Las plazas en los Equipos de Apoyo Social Comunitario incluidos en el presente Acuerdo Marco una vez formalizado y en los contratos de servicios que de él se deriven, quedaran integrados dentro de la Red pública de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social.

Toda la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental y los centros y recursos que la conforman e integran se organizan y funcionan de acuerdo a un criterio de territorialización: El principio de territorialización es un elemento esencial de la organización y funcionamiento de la Red y un instrumento esencial para asegurar la coordinación con los Servicios de Salud Mental de la zona en la que viven los usuarios y para facilitar además una intervención con el usuario en su propio entorno social y familiar para facilitar la mejora de su integración. Por ello toda la Red esta territorializada y zonificada para asegurar una atención coordinada con los servicios de salud mental y los más cercanos posible al entorno vital de los usuarios con los que trabaja para su integración y participación comunitaria normalizada.



Todos los centros y recursos de la Red se han ido desarrollando para ir cubriendo todo el territorio de la Comunidad buscando la mayor cercanía posible al entorno de los usuarios para facilitar su mantenimiento e integración y para facilitar la imprescindible coordinación con los Servicios de Salud Mental de la zona responsables del caso así como la coordinación con servicios sociales generales y otros recursos sociocomunitarios

Por ello y a fin de asegurar y preservar este criterio esencial de territorialización como eje para la organización y funcionamiento de los Centros y Servicios de la Red y entre ellos de los Equipos de Apoyo Social Comunitario, se tendrá en cuenta este criterio de territorialización en la adjudicación de las plazas de los distintos Equipos de Apoyo que los licitadores ofrezcan de modo que se asegure una adecuada distribución territorial de las mismas para promover una atención cercana en el domicilio y entorno donde viven los usuarios y su mayor integración comunitaria.

SEGUNDA: DEFINICIÓN DEL SERVICIO: Objetivos de los EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO, Características y ofertas de las plazas

2.1.- DEFINICION Y OBJETIVOS DE LOS EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO,

De acuerdo al diseño establecido por la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, en el marco de la *Red pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera*, 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 grave y duradera 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 necesitan tanto de salud mental como de atención social o recursos socio-comunitarios. Estos equipos trabajan en estrecha coordinación y complementariedad con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental de cada distrito.

Los EASC se configuran como un equipo social multiprofesional que trabaja en el entorno comunitario y que está dirigido a ofrecer atención 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; así como ayudarles a mejorar su calidad de vida y su autonomía y posibilidades de integración buscando además apoyarles y acompañarles para que se vinculen y utilicen todos los servicios tanto sanitarios de salud mental como sociales que permiten una mejora atención a sus distintas necesidades.

Por todo ello, cada uno de estos Equipo trabajará en estrecha integración y coordinación con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental de referencia para cada zona o distrito, así como en colaboración con la red específica de atención social y los Servicios Sociales Generales de la zona.

Las funciones básicas de cada uno de estos Equipo serán 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 los EASC incluidos en el presente Acuerdo Marco buscarán, 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 OFERTA DE PLAZAS

El Servicio se prestará en las plazas que a tal fin aporten las Empresas o Entidades que resulten adjudicatarias del **Acuerdo Marco** y de los contrato que de él se deriva, y se concretará en la puesta a disposición de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, a partir de la fecha de la formalización de los contratos que se deriven del presente Acuerdo marco, de las plazas de atención en Equipos de Apoyo Social Comunitario que hayan sido adjudicadas y que se asignaran por criterios de sectorización en relación con los Servicios de Salud mental de cada zona, quien procederá a la derivación de los usuarios y/o a la ocupación, de las mismas a los usuarios que les corresponda.

Los Equipos de Apoyo social Comunitaria son servicios de acuerdo a la normativa existente en materia de centros y servicios de acción social. Teniendo en cuanto que las autorizaciones administrativas de los Servicios no establecen capacidad de atención y teniendo en la variabilidad en los procesos de atención psicosocial de los usuarios de los Equipos de Apoyo Social Comunitario de acuerdo a las diferentes necesidades de apoyo y a lo establecido en su plan individualizado de atención, la capacidad de atención de cada Equipo podrá tener un margen de elasticidad aunque se establece un modulo de atención razonable por cada Equipo de en torno 30/35 usuarios.

Por ello cada entidad licitadora podrá ofertar en cada Equipo de Apoyo Social Comunitario un número de plazas que será como mínimo de 30 plazas

Los Equipos de Apoyo Social Comunitario en que se ofertan las plazas deberán estar ubicados dentro del territorio de la Comunidad de Madrid y distribuidos por las distintas zonas y distritos de Salud Mental. Se tendrá en cuenta el criterio de territorialización arriba reseñado a efectos de la adjudicación de las plazas para asegurar su adecuada distribución territorial y la necesaria coordinación con los Servicios de Salud Mental de cada zona

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

3.1.- Perfil general de la población a atender en cada Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC):

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

- Personas, de edad entre 18 y 65 años de ambos sexos, con enfermedad mental grave y duradera 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, o Residencia, etc.
- Personas con enfermedad mental grave de curso crónico o duradero 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 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 Consejería de Familia, Juventud y Política Social desde su *Red pública de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera* dependiente de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad.

3.2.- Proceso de acceso y derivación a los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC).

La indicación y derivación de los usuarios a cada EASC incluido y contratado dentro del presente Acuerdo Marco 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 cada 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, el Centro de Rehabilitación Psicosocial y los centros de atención residencial y demás recursos 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.

3.3.- Coste del Servicio

El Coste del Servicio se fijará en el importe en el que el contrato haya sido adjudicado por plaza ocupada y día.

Se entiende por plaza ocupada la asignada tras la propuesta de derivación del Servicio de Salud Mental a un usuario y ocupada por él, desde el momento en que se produce el inicio de la atención del mismo en el Equipo de Apoyo Social Comunitario. Se considera plaza ocupada durante todo el proceso de intervención del Equipo con el usuario que podrá ser flexible y variable con distintos niveles de intensidad en cuanto a las visitas y apoyo en el domicilio y en el entorno y a los acompañamientos y apoyos para la integración comunitaria y para la vinculación del usuario a los distintos recursos que necesite.



Se considera plaza ocupada, igualmente, aquella en el que el usuario adjudicatario de plaza se encuentre ausente y no pueda recibir el apoyo y atención del Equipo de Apoyo Social Comunitario por causas diversas justificadas, por periodos inferiores a cinco días laborables hasta un máximo de 60 días anuales.

En el caso de ausencias por vacaciones del usuario, se considerará como plaza ocupada las ausencias por vacaciones por periodos inferiores a cinco días laborables, con un máximo de 30 días al año.

En los casos que un usuario requiera una hospitalización tanto por causa de su patología psiquiátrica o por otras enfermedades, prescrita por facultativo, de duración inferior a 20 días laborales se computarán como plaza ocupada.

El coste del Servicio será del 75% del precio de adjudicación cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:

La plaza ocupada por un usuario, en caso de hospitalización del mismo o recuperación de la salud en domicilio, prescrita por facultativo, por un periodo de tiempo superior a veinte días laborales, o la ocupada por un usuario en caso de ausencia o vacaciones por periodos mayores de cinco días laborales.

El número máximo de días por usuario que darán derecho a este coste del 75% será de 60 al año, excepto por hospitalización o recuperación de la salud en domicilio, prescrita por facultativo, que no estará sujeto a límite máximo alguno, hasta el alta en la situación.

La facturación se hará por un máximo de 247 días laborales al año.

CUARTA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE EN LOS EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO.

En cada *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:** 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.



- **Servicios complementarios de comidas y de apoyo al transporte:** Se ofrecerán asimismo los siguientes servicios complementarios:

- **Servicio complementario de comidas.** Dado que el EASC trabaja para facilitar el mantenimiento en las mejores condiciones posibles de los usuarios en su domicilio y que puede haber algunos usuarios en situación de gran vulnerabilidad social, se plantea la necesidad de poder ofrecer un servicio complementario de comidas para alguno de los usuarios que lo puedan necesitar por razones sociales, económicas o de graves problemas de autonomía doméstica. Se ofrecerá por tanto durante todos los días de la semana, un servicio de comidas a través de acuerdos con restaurantes de la zona o en su caso mediante un sistema de catering o fórmula similar bien en la propia ubicación del servicio o en su caso en el domicilio de los usuarios, para al **menos el 10 % de las plazas contratadas en cada EASC, así en el caso de un EASC estándar con 30 plazas se ofrecerá a 3 de los usuarios atendidos** en las plazas de los *Equipos de Apoyo Social Comunitario* objeto del presente Acuerdo marco. Dada la flexibilidad que debe tener este servicio a fin de ajustarse a las necesidades de cada usuario y sus objetivos, cada mes podrá variar el número concreto de usuarios que lo reciban, pero manteniendo un promedio de en torno al 10% de las plazas que en el caso de un EASC con 30 plazas supondrá 3 usuarios al mes; por ello cada mes los EASC enviarán un cuadro resumen con los usuarios que cada mes hayan recibido este servicio complementario de comidas. Los menús serán variados y asegurarán el aporte calórico y dietético adecuado.
- **Asimismo, se ofrecerá servicio complementario de apoyo al transporte** para facilitar la accesibilidad de aquellos usuarios de los EASC con mayores dificultades o necesidades y con dificultades o insuficiencia de recursos económicos añadidos con los que se está trabajando para su vinculación y utilización de los distintos servicios o recursos de salud mental social o comunitarios. 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 ubican los recursos que puede utilizar. Las medidas de apoyo serán flexibles y se ajustarán en cada caso y pueden consistir, preferentemente en pago de gastos de viajes (abono transporte) en la red de transporte público que permitan y faciliten el adecuado acceso y el regreso a sus domicilios de los usuarios necesitados de dicho apoyo. Como mínimo se asegurará que **al menos el 10 % de las plazas contratadas en cada EASC se le ofrecerá este servicio complementario de apoyo al transporte, por tanto en el caso de un EASC estándar con 30 plazas se ofrecerá a 3 de los usuarios atendidos para que puedan tener de modo gratuito el abono de transporte de su zona correspondiente o medida equivalente.** Dada la flexibilidad que debe tener este servicio a fin de ajustarse a las necesidades de cada usuario y sus objetivos, cada mes podrá variar el número concreto de usuarios que lo reciban, pero manteniendo un promedio de en torno al 10% de las plazas que en el caso de un EASC con 30 plazas supondrá 3 usuarios al mes; por ello cada mes los EASC enviarán un cuadro resumen con los usuarios que cada mes hayan recibido este servicio complementario de apoyo al transporte.

QUINTA: PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN

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 recurso de atención social 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 cada Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) incluido en el presente Acuerdo Marco:

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 realizarán 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.**

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 Servicio.

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.

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.). En un plazo máximo de 15 días una vez finalizada la evaluación inicial se deberá elaborar y formular por escrito este Plan Individualizado de Atención. **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.**

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 resume 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 periódicamente, en función de la que se reajustará y revisará de un modo flexible y como mínimo cada 6 meses el plan individualizado de atención reorientado y adaptando el proceso de intervención. Los cambios o reajustes del plan individualizado de atención que se realicen serán, en la medida de lo posible, consensuados y acordados con los usuarios.

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 esta 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 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:** Tratará 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 que incluirá como mínimo por cada área una definición de objetivos, metodología, contenidos básicos, actividades a realizar y procedimiento de evaluación. 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 derivado 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**. A tal efecto se organizarán desde cada Equipo 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 en cada Equipo de Apoyo Social Comunitario se organizarán al menos 2 actividades anuales de sensibilización y lucha contra el estigma.**

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.

4.- SEGUIMIENTO:

Es evidente que para asegurar el adecuado mantenimiento e integración en la comunidad de gran parte de los enfermos mentales crónicos 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, el EASC deberá organizar, en colaboración y coordinación con los Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos sean necesarios, el adecuado seguimiento 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 de aquellos usuarios en los que se haya finalizado el proceso de intervención específico y se hayan alcanzado los principales objetivos planteados, será un elemento importante del trabajo del EASC, ofreciendo el nivel de apoyo y supervisión que cada usuario requiera para mantener y mejorar su autonomía y permanencia en su domicilio, 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, entrevistas de seguimiento en el propio domicilio, 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. Cada EASC 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. 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.

SEXTA: COORDINACIÓN Y APOYO A OTROS RECURSOS COMUNITARIOS

La entidad adjudicataria deberá asegurar que desde cada Equipo de Apoyo Social Comunitario 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 psicólogo como, si es necesario, otros profesionales del EASC como el 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 de Día, 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, 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 EASC, se deberá 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) como: Residencias, Pisos supervisados, Pensiones supervisadas, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral, etc., que existan o se creen en la zona de referencia de cada Equipo.

SÉPTIMA: EXPEDIENTE INDIVIDUAL

Cada usuario que sea atendido en cada Equipo de Apoyo Social Comunitario, deberá 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 Equipo de Apoyo Social Comunitario, 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 en el primer trimestre de cada año una memoria sobre el funcionamiento del Equipo de Apoyo Social Comunitario durante el año anterior, 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 de Familia, Juventud y Política Social, 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 Equipo de Apoyo Social Comunitario, que la Consejería tiene establecidas.

En cualquier momento y a requerimiento de los responsables técnicos de la Consejería, la entidad adjudicataria estará obligada a presentar cuantos datos, estadísticos o sobre el proceso de atención psicosocial y apoyo comunitario de los usuarios, se le soliciten.

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

La Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid, a través de la Subdirección General de Atención a la Discapacidad y Enfermedad Mental, como 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 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 de Familia, Juventud y Política Social 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 Familia, Juventud y Política Social, 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 cada Equipo de Apoyo Social Comunitario con contrato derivado del presente Acuerdo Marco serán propiedad de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, 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.

La Empresa adjudicataria y el personal encargado de realizar las tareas guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del presente contrato, y específicamente no podrá dar información sobre los usuarios atendidos ni sobre las actividades realizadas a ninguna persona o entidad sin el permiso explícito de los responsables técnicos de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social.

El adjudicatario y el personal que tenga relación directa o indirecta con la prestación de servicios a los usuarios del Servicio previsto en este Pliego, guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del contrato, estando obligados a no hacer público o enajenar cuantos datos conozcan como consecuencia o con ocasión de su ejecución, incluso después de finalizar el plazo contractual.

Todas las exigencias y especificaciones respecto al cumplimiento por parte del adjudicatario de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, 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 Administrativas Particulares del presente contrato así como en el anexo al mismo de “Encargo de Tratamiento de Datos Personales”.**

La puesta en marcha de estas medidas de protección de datos no afectarán en ningún caso a la necesidad de que toda la información estadística manejada de personas usuarias implicadas esté desagregada por sexo.

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 Equipo de Apoyo Social Comunitario con la Dirección General de Atención a personas con Discapacidad de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, a través del contrato derivado del presente nuevo Acuerdo Marco.

Asimismo, todos los informes, memorias, documentos de trabajo (incluidas las páginas webs) que se produzcan en la organización, y desarrollo de las actuaciones del Equipo deberán editarse en el papel que la Consejería establezca, que acrediten vinculación del Centro mediante contrato derivado del nuevo Acuerdo Marco con la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social.



De otra parte, cuando el equipo técnico de la empresa adjudicataria encargado de la atención en el Equipo de Apoyo Social Comunitario, 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 a través de un contrato derivado del presente Acuerdo Marco, habrá de solicitarse la oportuna autorización a la Consejería así como reseñar de un modo claro, visible y específico la vinculación del servicio y de su equipo técnico con la Consejería de Familia, Juventud y Política Social mediante el presente Acuerdo Marco y sus respectivos contratos derivados y que dicho ser forma parte y se integra dentro de la *Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera* dependiente de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social.

Asimismo, en todo caso y a estos efectos de señalización e indicación de la vinculación, la entidad adjudicataria deberá seguir las instrucciones e indicaciones que se establezcan desde la Consejería de Familia, Juventud y Política Social.

DECIMOCUARTA: MEDIOS PERSONALES

Las entidades que resulten adjudicatarios de plazas de Equipos de Apoyo Social Comunitario, deberán contar para la ejecución del contrato, con el personal técnico y de atención directa suficiente para la prestación del servicio, según el número de plazas contratadas y de acuerdo a las condiciones que más adelante se señalan.

En cada Equipo de Apoyo Social Comunitario donde se adjudiquen plazas, 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 los usuarios y teniendo en cuenta como referencia las funciones que se reseñan más adelante.

Por tanto, los medios personales del equipo técnico del **Equipo de Apoyo Social Comunitario, con un modulo de entre 30 y 35 plazas**, que deberán aportar las entidades adjudicatarias para la adecuada prestación de los servicios y actividades a realizar con los usuarios atendidos en cada uno de los *Equipos de Apoyo Social Comunitario*, será como mínimo el siguiente:

- 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 cada Equipo de Apoyo Social Comunitario 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 cada Equipo de Apoyo Social Comunitario contará 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 DE LOS EQUIPOS 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, servicios 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 apoyo a la vinculación del usuario con el SSM y 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 cada Equipo de Apoyo Social Comunitario dependerá laboralmente de la entidad adjudicataria de contratos de servicios derivados del presente Acuerdo Marco, no existiendo ningún tipo de vínculo, en este aspecto, con la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, 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 preste el servicio en cada centro.

Las Empresa o Entidad adjudicataria enviará a la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, 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 los Equipos de Apoyo Social Comunitario que hayan resultado adjudicatarios de plazas, 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.

FORMACION

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 Equipos de Apoyo Social Comunitario objeto del Acuerdo Marco 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 derivado del Acuerdo Marco, 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 Equipos de Apoyo Social Comunitario objeto del Acuerdo Marco. 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 las Empresas o entidades 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 de los nuevos contratos derivados de Equipos de Apoyo Social Comunitario del presente nuevo Acuerdo Marco y en la que participaran todos los profesionales de los centros que hayan resultado adjudicatarios de plazas, 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 Equipo cuyos contenidos estén relacionados con la rehabilitación psicosocial e integración social y la atención domiciliaria y apoyo comunitario a prestar en el mismo o con avances técnicos y metodológicos 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 debiendo a tal fin la entidad adjudicataria acatar las directrices e instrucciones que desde la Consejería se establezcan. Y cada año se enviará 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 Familia, Juventud y Política Social, 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 Equipo de Apoyo Social Comunitario 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 DEL SERVICIO

La entidad o empresa adjudicataria de contratos de servicios derivados del presente Acuerdo Marco deberá aportar los medios materiales necesarios para asegurar la adecuada prestación del servicio. Como mínimo deberán aportar o disponer de los siguientes:

MEDIOS MATERIALES:

El *Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC)*, no necesita unas infraestructuras propias dado que se trata de un Servicio y no un centro, y teniendo además en cuenta sus funciones de atención domiciliaria y apoyo comunitario el trabajo del equipo se hará sobre todo en el domicilio o entorno social y comunitario del usuario.

Por lo que el Equipo solo necesitará un espacio que permita contar con un despacho y/o sala, así como aseo, y que sirva como punto de encuentro y lugar de coordinación y espacio para guardar la documentación y el material: este espacio podrá estar en un local que aporte a tal fin la entidad adjudicataria de en torno a un máximo de 40 mts o en su caso también podrán usar alguno de los despachos de algún centro de atención social a personas con enfermedad mental que gestione la entidad adjudicataria en la zona de referencia del EASC.

El EASC deberá contar como medios materiales que deberá aportar el adjudicatario con teléfonos móviles y ordenadores portátiles para cada uno de sus 4 profesionales.

La entidad como titular del Servicio se hará cargo de todos los gastos necesarios para el buen funcionamiento de cada Equipo de Apoyo Social Comunitario. Y se hará cargo de la adquisición de los materiales necesarios para el desarrollo de las tareas y actividades y programas a desarrollar en cada Equipo de Apoyo Social Comunitario y de los gastos de los acompañamientos, desplazamientos y apoyos a realizar en el domicilio o en el entorno de los usuarios atendidos en cada equipo.

En el supuesto de que, por razones justificadas planteadas por el adjudicatario, no sea posible continuar prestando la atención del servicio ofertado en su ubicación actual, el órgano de contratación podrá autorizar la reubicación de la actividad en otro servicio cuyo titular sea la entidad adjudicataria. El nuevo servicio, deberá tener características equivalentes al sustituido, así como contar con la autorización administrativa o la comunicación previa de inicio de actividades sociales necesaria para la misma tipología de Servicio y, en su caso, subtipo, así como en el mismo sector de atención.

DECIMOSEXTA: HORARIO

El funcionamiento del Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) será de lunes a jueves, excepto festivos, en jornada partida, con, como mínimo, un horario de atención de 9 a 18 h. Los viernes el horario de atención será como mínimo de 9 a 15,30 horas.

El horario del personal garantizará el funcionamiento efectivo del servicio durante todo su horario (salvo lógicamente el tiempo para la comida), por tanto, el EASC deberá desarrollar con los usuarios sus actividades de atención domiciliaria, mejora del funcionamiento psicosocial, acompañamiento y apoyo comunitario no solo por las mañanas sino también por las tardes.



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 horario del personal garantizará el funcionamiento efectivo y la supervisión y apoyo a los usuarios del EASC durante todo su horario. La duración del proceso de atención a cada usuario será variable dependiendo de su problemática y necesidades y de acordado con el Servicio de Salud Mental de referencia que haya derivado al usuario.

El EASC funcionará durante todo el año. Durante las vacaciones de verano (que se organizaran preferentemente entre 1 de julio al 31 de agosto) y previa información a los responsables técnicos de la Consejería, la empresa o entidad adjudicataria podrá organizar las vacaciones del personal de tal manera que se cubra el servicio y se asegure el mantenimiento del funcionamiento de cada Equipo sin que sea necesario contratar suplencias.

Durante los meses de julio y agosto, los Equipos de Apoyo Social Comunitario podrán funcionar con un horario de jornada intensiva de mañana (de 8 a 15,30 horas). Asimismo, podrán funcionar también con un horario de jornada intensiva de mañana (de 8 a 15,30 horas) durante los días laborales de Semana Santa y del periodo Navideño.

DECIMOSEPTIMA: PREVISIONES EN CASO DE HUELGA LEGAL

En el caso de huelga legal, el adjudicatario deberá mantener puntualmente informada a la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, 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 firma.

EL DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Fdo.: Ignacio Tremiño Gómez

