



Dirección General
de Atención a Personas
con Discapacidad

CONSEJERÍA DE FAMILIA,
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES

Se han eliminado del informe aquellas partes del mismo que pudieran referirse a cuestiones declaradas confidenciales por los licitadores.

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

La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestiona.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación:

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

JULIO 2025

CLÁUSULA 1ª.- OBJETO	4
CLÁUSULA 2ª.- DEFINICIÓN DEL SERVICIO: OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LOS CENTROS Y SERVICIO, CARACTERÍSTICAS Y UBICACIÓN DE LOS CENTROS	5
2.1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LOS CENTROS Y SERVICIO INCLUIDO EN EL OBJETO DEL CONTRATO	5
2.1.1. Centro de Rehabilitación Psicosocial	5
2.1.2. Centro de Rehabilitación Laboral	6
2.1.3. Equipo de Apoyo Social Comunitario	7
2.2. CARACTERÍSTICAS Y UBICACIÓN DE LOS CENTROS	8
CLÁUSULA 3ª.- PERFIL DE LA POBLACIÓN A ATENDER Y PROCEDIMIENTO DE ACCESO Y DERIVACIÓN	9
3.1. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	9
3.2. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL	10
3.3. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER EN EL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO	11
CLÁUSULA 4ª.- DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL Y EQUIPO SOCIAL COMUNITARIO EN ALCORCON	13
CLÁUSULA 5ª.- PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN	16
5.1. PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)	16
5.1.1. Acogida y enganche	17
5.1.2. Evaluación y planificación de la intervención	17
5.1.3. Intervención: metodología, áreas de trabajo y actividades	19
5.1.3.1. Metodología	19
5.1.3.2. Áreas de Intervención y actividades:	19
5.1.4. Seguimiento y soporte comunitario	22
5.2. PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL	23
5.2.1. Acogida y enganche	23
5.2.2. Evaluación y planificación de la intervención	23
5.2.3. Intervención: metodología, áreas de trabajo y actividades	25
5.2.3.1. Metodología	25
5.2.3.2. Áreas de Intervención y actividades a desarrollar	26
5.3. PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC)	31
5.3.1. Contacto, vinculación y enganche	32
5.3.2. evaluación y planificación de la intervención	32

5.3.3. Intervención: metodología, áreas de trabajo y actividades de EASC	34
5.3.3.1. Metodología.....	34
5.3.3.2. Áreas de Intervención y actividades	35
CLÁUSULA 6ª.- COORDINACIÓN Y APOYO A OTROS RECURSOS COMUNITARIOS	37
CLÁUSULA 7ª.- EXPEDIENTE INDIVIDUAL Y SISTEMAS INFORMÁTICOS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA GESTIÓN DEL CENTRO.	38
CLÁUSULA 8ª.- PLAN DE CALIDAD.....	40
CLÁUSULA 9ª.- MEMORIAS.....	41
CLÁUSULA 10ª.- MEDIOS PERSONALES	41
10.1. PLANTILLA COMÚN A LOS CENTROS	43
10.2. PLANTILLA ESPECÍFICA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.....	44
10.3. PLANTILLA ESPECÍFICA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL	46
10.4. PLANTILLA ESPECÍFICA DEL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO.....	48
10.5. FORMACIÓN DEL PERSONAL.....	50
CLÁUSULA 11ª.- PROTOCOLOS Y REGISTROS	51
CLÁUSULA 12ª.- MEDIOS MATERIALES Y MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS.....	53
12.1. MEDIOS MATERIALES	53
12.1.1.Ubicación de los centros y características de los inmuebles.....	53
12.1.2.Equipamiento, mobiliario y otros medios materiales	54
12.2. MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS	55
CLÁUSULA 13ª.- HORARIO	59
CLÁUSULA 14ª.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y PRESCRIPCIONES RELATIVAS A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO.	60
CLÁUSULA 15ª.- COORDINACIÓN, CONTROL, SUPERVISIÓN E INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y OTRAS OBLIGACIONES DEL ADJUDICATARIO	60
CLÁUSULA 16ª.- PREVISIONES EN CASO DE HUELGA.....	61
CLÁUSULA 17ª.- INDICACIÓN DE LA VINCULACIÓN. VISIBILIDAD.....	61
CLÁUSULA 18ª.- PROPIEDAD DE LOS MATERIALES TÉCNICOS.....	61
CLÁUSULA 19ª.- SEGURIDAD Y SALUD	62

CLÁUSULA 1ª.- 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, CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL, Y EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA EN ALCORCÓN”.

Este Contrato de Servicios tiene por objeto la gestión conjunta y funcionamiento de un Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de 65 plazas, un Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) de 45 plazas y un Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) con 30 plazas para personas con enfermedad mental grave y duradera. Estos centros están situados en el municipio de Alcorcón y están ubicados en unos locales situados en la Avda. Lisboa s/n (Alcorcón 28924) de los que la Consejería ostenta la titularidad de uso de los mismos

Los Centros (CRPS, CRL) incluidos en el objeto de este Contrato de Servicios son centros propios de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, 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 estará ubicado en la zona de Alcorcón y contará con la preceptiva autorización administrativa o comunicación previa que proceda.

Mediante el presente contrato de servicios, la entidad adjudicataria del contrato se hará cargo de la gestión conjunta y funcionamiento de estos Centros de atención social a personas con enfermedad mental en Alcorcón con un total de 140 plazas que incluyen un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 65 plazas, un Centro de Rehabilitación Laboral de 45 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 Familia, Juventud y Asuntos Sociales, a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad.

CLÁUSULA 2ª.- DEFINICIÓN DEL SERVICIO: OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LOS CENTROS Y SERVICIO, CARACTERÍSTICAS Y UBICACIÓN DE LOS CENTROS

2.1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LOS CENTROS Y SERVICIO INCLUIDO EN EL OBJETO DEL CONTRATO

En el presente contrato de servicios se incluye la gestión conjunta de estos recursos y de atención social a personas con enfermedad mental en Alcorcón con un total de 140 plazas que incluyen un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 65 plazas, un Centro de Rehabilitación Laboral de 45 plazas y de un Servicio de Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas.

Veamos la definición y objetivos de cada uno de ellos:

2.1.1. CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El Centro de Rehabilitación Psicosocial de 65 plazas incluido en el presente contrato de servicios se define y organiza de acuerdo al diseño establecido por la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, 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 diurnos de atención psicosocial especializada destinados a personas con discapacidad derivada de enfermedades mentales graves y duraderas (esquizofrenia, psicosis maníaco-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 del Centro 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 el Centro 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 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. Trabajando para ello en coordinación con los Centro de Día de soporte social que existan en su zona de referencia.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

2.1.2. CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL

Se asegurará la gestión y funcionamiento de un Centro de Rehabilitación Laboral de 45 plazas que ofrecerá programas orientados a la rehabilitación laboral y el apoyo a la integración sociolaboral.

De acuerdo al diseño establecido por la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, 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 Laboral (CRL)** se conciben como un recurso social específico cuya misión fundamental es la de favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos que se encuentran viviendo en la comunidad, de modo que propicie su integración laboral en la empresa ordinaria, o bien en fórmulas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo), o en su caso, sistemas de auto-empleo.

Ofrecen programas de rehabilitación laboral para ayudar a aquellas personas con enfermedad mental que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.

Está dirigido a aquellas personas con trastornos mentales graves y duraderos que por diversas razones no estén en condiciones de acceder directamente al mundo laboral ni de enfrentarse o manejar de un modo autónomo las diferentes exigencias que implica la integración laboral en sus diferentes componentes de elección, búsqueda, obtención y mantenimiento de un empleo y que por tanto requieren un proceso de rehabilitación laboral que les prepare para el trabajo.

La organización de un Centro de Rehabilitación Laboral y los programas y actividades que en él se desarrollarán buscan servir a la consecución de los siguientes **OBJETIVOS**:

- Posibilitar la rehabilitación laboral, dotando a los usuarios de los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar la inserción laboral en fórmulas de empleo protegido, autoempleo y preferentemente en la empresa ordinaria de aquellos usuarios que tras un proceso de rehabilitación estén en condiciones de realizar actividades laborales productivas.
- Articular y organizar el contacto y la coordinación con los recursos de formación profesional y con el mercado laboral existente.
- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de inserción laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos.

2.1.3. 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 que complementa 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 Alcorcón y contará con la preceptiva autorización administrativa o comunicación previa que proceda.

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 así como 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, ofrecerán 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 ayuda y asesoramiento a sus familias.

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

- Procurar 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.
- Facilitar y entrenar en la utilización de recursos.
- Asesorar y ofrecer ayuda 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

Los Centros de atención social a personas con enfermedad mental en Alcorcón con un total de 140 plazas que incluyen un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 65 plazas, un Centro de Rehabilitación Laboral de 45 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 de Familia, Juventud y 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 atención a personas con Discapacidad.

Estos centros están ubicados en el municipio de Alcorcón en unos locales situados en la Avda. Lisboa s/n (Alcorcón 28924) de los que la Consejería ostenta la titularidad de uso de los mismos.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial y el Centro de Rehabilitación Laboral ocupan dos edificios con una superficie total de 360 m2 aproximadamente. En uno de los edificios de en torno 145 m2 se sitúa la recepción y 4 despachos de atención del CRPS incluyendo el despacho de dirección, cuarto de limpieza, archivo, cuarto de limpieza, y dos aseos. El otro edificio con unos 215 m2 aproximadamente, acoge 5 despachos para profesionales, 3 aseos (uno de ellos adaptado), 2 salas/ taller y 2 salas de actividades, una de ellas cuenta con un tabique móvil que permite dividir la sala. Aunque estos Centros tienen funciones diferenciadas y funcionarán como centros independientes de hecho estarán relacionados y se complementarán entre sí y por tanto se dará uso compartido de los distintos espacios especialmente en el caso de las salas de actividades que serán utilizadas tanto por el Centro de Rehabilitación Psicosocial como por el Centro de Rehabilitación Laboral.

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 despachos del CRPS y/o del CRL.

CLÁUSULA 3ª.- PERFIL DE LA POBLACIÓN A ATENDER Y PROCEDIMIENTO DE ACCESO Y DERIVACIÓN

A continuación, se indicará el perfil general de la población a atender y el proceso de acceso y derivación a los Centros de atención social a personas con enfermedad mental en Alcorcón con un total de 140 plazas que incluyen un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 65 plazas, un Centro de Rehabilitación Laboral de 45 plazas y un Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas incluidos en el objeto de este Contrato:

3.1. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El perfil y características, problemática y necesidades de las personas a atender en los Centros 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 sí mismo o para los demás, ni problemas graves de alcoholismo o adicciones 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.

3.2. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL

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

- Tener una enfermedad mental grave y duradera (esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos, trastornos depresivos graves y recurrentes, trastornos paranoides y otras psicosis)
- Tener una edad entre 18 y 55 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad.
- Los usuarios han de estar atendidos por los Servicios de Salud Mental de referencia que se encargan de su atención psiquiátrica y seguimiento.
- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.

- Tener un nivel mínimo de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

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 Asuntos Sociales, a través 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.

El Centro de Rehabilitación Laboral en coordinación con los Servicios de Salud Mental responsables de la derivación y seguimiento de cada caso, trabajaran para favorecer y priorizar el acceso de mujeres con enfermedad mental a los centros para fomentar la igualdad entre hombres y mujeres y disminuir la brecha existente en el acceso a los recursos.

❖ **Proceso de acceso y derivación al Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)**

La empresa adjudicataria deberá atender a los usuarios que serán derivados al Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) incluido en el objeto del presente contrato, por los Servicios de Salud Mental de los distritos de referencia de la zona asignados a dicho Centro. 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 laboral del usuario y la necesidad de una intervención específica de rehabilitación laboral, propondrá su derivación al Centro de Rehabilitación Laboral.

Los usuarios que se propongan para su acceso a las plazas del CRL deberán presentar enfermedades mentales graves y crónicas y tener déficit en sus hábitos y capacidades de funcionamiento laboral y por tanto dificultades en su integración en el mercado laboral. Los usuarios que acudan al CRL seguirán siendo atendidos por su Servicio de Salud Mental de referencia que es responsable de su atención, tratamiento psiquiátrico y seguimiento. De cara al trabajo de rehabilitación laboral y de inserción en el mundo del trabajo del usuario ambos recursos trabajarán en estrecha colaboración de acuerdo a una lógica de complementariedad, coordinación y continuidad de cuidados a fin de optimizar dicho proceso de rehabilitación e integración laboral.

3.3. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN A ATENDER EN EL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO

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, Centro de Día o Residencia 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.
- 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 Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, a través 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 al 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.

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

CLÁUSULA 4ª.- DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL Y EQUIPO SOCIAL COMUNITARIO EN ALCORCON

A continuación se describen los servicios y/o áreas de actuación que se desarrollarán en los distintos Centros de atención social a personas con enfermedad mental en Alcorcón, con un total de 140 plazas que incluyen: un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 65 plazas, un Centro de Rehabilitación Laboral de 45 plazas y un Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas 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 el 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:** En el CRPS se ofrecerá a las familias información, formación, asesoramiento y apoyo a fin de mejorar su capacidad de manejo y convivencia con su familiar con trastorno mental grave 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 la colaboración con asociaciones entre los familiares y afectados por trastornos mentales graves.

Por otro lado, en el **Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)** se ofrecerán y desarrollarán los siguientes servicios o áreas de actuación:

- **Programas individualizados de Rehabilitación Laboral:** Encaminados a preparar y capacitar a cada usuario para estar en condiciones de manejar y enfrentarse a las demandas y exigencias que supone la búsqueda, acceso y mantenimiento de un empleo en el mercado laboral. Incluyen un amplio abanico de actividades: Orientación vocacional, entrenamiento de hábitos básicos de trabajo, entrenamiento de habilidades sociales de ajuste laboral, apoyo a la formación y cualificación laboral, entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo, etc. Dichas actividades se ajustarán a las necesidades de cada caso de acuerdo lo establecido en su plan individualizado. Las diversas actividades que componen cada una de las fases del proceso de rehabilitación profesional-laboral constituirán el núcleo esencial del proceso de intervención en un CRL. Esquemáticamente estas actividades incluirán:
 - Evaluación funcional vocacional-laboral.
 - Orientación vocacional.
 - Diseño y programación del plan individualizado de rehabilitación laboral.
 - Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo.
 - Entrenamiento en habilidades de ajuste laboral.
 - Apoyo a la Formación profesional.
 - Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.
 - Apoyo a la inserción laboral y seguimiento.
- **Apoyo a la Integración laboral y seguimiento:** Una vez finalizado el proceso específico de rehabilitación laboral y/o alcanzados los principales objetivos establecidos en el plan individualizado de cada usuario, se desarrollará un proceso flexible y específico de apoyo a la integración laboral, especialmente en el mercado laboral ordinario. Así como un seguimiento y apoyo que asegure el mantenimiento en el puesto de trabajo obtenido.
- **Contacto y coordinación:** Se desarrollará complementariamente un trabajo específico de contacto y coordinación tanto con los recursos de formación laboral existentes (Centros de Formación para el empleo, Escuelas-Taller, Casas de Oficios...) para favorecer y apoyar el acceso de los usuarios a los mismos de cara a mejorar su cualificación laboral, como con el tejido laboral para facilitar y fomentar la contratación laboral de este colectivo.

Por último, 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.

En los centros y servicio (CRPS, CRL y EASC), objeto del contrato se trabajará también de un modo transversal en la potenciación de la **perspectiva de género** a fin de atender mejor las necesidades y problemáticas específicas de las mujeres con trastorno mental atendidas, ofreciendo información y apoyo en temas como derechos e igualdad, discriminación, violencia de género, etc., buscando fomentar la igualdad de oportunidades y el empoderamiento de las mujeres con trastorno mental grave y aumentar las oportunidades para que las mujeres se beneficien de los procesos de rehabilitación e inserción social y laboral.

Asimismo, de un modo conjunto para los dos centros y el Servicio 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 y el caso del EASC para usuarios en situación de gran vulnerabilidad social y o graves problemas de autonomía doméstica.

Se ofrecerá para los usuarios atendidos en los 2 centros y el servicio objeto del presente contrato una bolsa de 1.000 servicios anuales que podrán realizarse a través de acuerdos con restaurantes de la zona o en su caso con un sistema de catering u otros que se justifiquen técnicamente como más beneficiosos o adecuados a la situación de la persona en atención. Los menús serán variados y asegurarán el aporte calórico y dietético adecuado. El adjudicatario deberá proporcionar este servicio sin coste alguno para los usuarios.

Asimismo, se ofrecerá servicio complementario de apoyo al transporte para facilitar la accesibilidad de aquellos usuarios atendidos en los 2 centros y el servicio objeto del presente contrato con mayores dificultades por lejanía de su domicilio, necesidades o como medio para promover la vinculación de las actividades que se propongan incluidas en el horario de tarde. Además, en el caso del EASC para facilitar la accesibilidad de aquellos usuarios de los EASC con

mayores dificultades o necesidades 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 puedan utilizar.

El adjudicatario deberá garantizar sin coste para los usuarios los servicios de transporte de ida y vuelta desde los domicilios de las personas atendidas a los centros o a otros recursos que precisen utilizar en medios públicos de al menos 15 usuarios al año, todos los días de apertura de los mismos o número equivalente de viajes diarios al año.

Este servicio de apoyo al transporte se podrá realizar sufragando el pago de abono transporte, pago de billetes sencillos, bono semanal u otra fórmula que resulte adecuada al caso. 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.

CLÁUSULA 5ª.- PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN

En relación con los servicios o principales áreas de actuación, arriba indicados, a desarrollar en cada uno de los Centros y Servicio de atención social a personas con enfermedad mental en Alcorcón con un total de 140 plazas que incluyen un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 65 plazas, un Centro de Rehabilitación Laboral de 45 plazas y un Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plaza, 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:

5.1. 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 este 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 tratar de que alcance 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 organizará 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. 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:

5.1.1. **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 casos 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 diseñara un proceso específico e individualizado de enganche en el que se hagan los intentos pertinentes (como mínimo al menos 3) de contacto individualizado bien en el domicilio del usuario o en su entorno comunitario (cafeterías, parques, recursos, etc.).

5.1.2. **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, así como 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 realizará 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) 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 reorientando 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.

5.1.3. INTERVENCIÓN: METODOLOGÍA, ÁREAS DE TRABAJO Y ACTIVIDADES

5.1.3.1. 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. También y en la medida de lo posible se optimizará el uso y la integración de los usuarios en recursos socio comunitarios normalizados.

5.1.3.2. Áreas de Intervención y actividades:

a) 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 déficits 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, desempeño 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, deberán estar permanentemente actualizadas, en el centro y habrán de ser de conocimiento de los profesionales que en él trabajan.

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.

b) Apoyo a las familias

La intervención con las familias que conviven con los usuarios será un eje importante del trabajo del 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. Así mismo 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.

5.1.4. 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 hasta el alta definitiva en el Centro.

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.

5.2. PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL

En relación con los servicios o principales áreas de actuación, arriba indicados, a desarrollar en el Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) incluido dentro del presente contrato, la entidad adjudicataria deberá organizar y desarrollar con cada usuario y en su caso con su familia, un proceso de atención e intervención específico que se realizará de acuerdo a las indicaciones y especificaciones siguientes:

Con cada usuario, por tanto, se desarrollará un proceso individualizado de rehabilitación vocacional-laboral y apoyo a la integración en el mercado laboral, encaminado a favorecer la adquisición o recuperación del mayor grado posible de hábitos y capacidades laborales y a favorecer su acceso y mantenimiento en un puesto de trabajo dentro del mercado laboral. El proceso de rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mercado laboral se organizará 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. 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 el CRL en sus diferentes fases o momentos, y que configuran las obligaciones técnicas que debe de realizar la entidad adjudicataria:

5.2.1. ACOGIDA Y ENGANCHE

Desde el CRL 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 vocacional-laboral.

5.2.2. EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación será, igualmente, una pieza clave de todo el proceso de rehabilitación vocacional-laboral, no solo en el momento inicial sino a lo largo de todo el proceso de intervención y seguimiento. Para diseñar y planificar con cada sujeto un programa de actividades y entrenamiento encaminados a mejorar su funcionamiento laboral es necesario conocer con precisión información concreta y operativa acerca de sus problemas, déficit y habilidades, nivel de cualificación, historia laboral previa, intereses vocacionales, y cuantos otros resulten relevantes.

Esta fase de evaluación recogerá la información a través de entrevistas estructuradas, cuestionarios, observación in vivo, role play etc.; respecto a los diferentes aspectos relevantes para la rehabilitación laboral del sujeto, permitiendo así, especificar los problemas y déficit que presenta, de tal modo que se pueda establecer un proceso de intervención individualizado en rehabilitación laboral ajustado a sus características y necesidades.

Sin ánimo de ser exhaustivos, esta fase de evaluación funcional recabará información sobre:

- Historia laboral previa (trabajos realizados, duración, nivel de competencia y cualificación logrados, problemas, etc.).
- Intereses vocacionales y objetivos laborales actuales.
- Hábitos de trabajo (asistencia, puntualidad, concentración en el trabajo, organización y realización de tareas, uso y cuidado de herramientas y equipamiento, seguimiento de instrucciones, etc.).
- Habilidades sociales en ambientes laborales (interacción con compañeros y supervisores, inicio y mantenimiento de conversaciones, aceptación de críticas, expresión de críticas y sentimientos negativos, peticiones, ofrecimiento de ayuda, etc.).
- Habilidades de búsqueda de empleo.
- Otros problemas psicológicos que afecten al desempleo laboral (baja autoestima, problemas de atención, baja tolerancia al estrés, etc.).
- Opciones laborales existentes en las que podría integrarse el sujeto (características, perfil y exigencias del puesto, nivel de apoyo y supervisión necesarios o que ofrecen, etc.).
- Recursos económicos de que dispone.
- Apoyo socio-familiar con el que cuenta (características, expectativas, demandas, etc.).

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 laboral. En el desarrollo de la evaluación participarán específicamente el psicólogo y el terapeuta ocupacional del equipo del CRL 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.

El proceso de intervención se estructurará a través del diseño de un **plan individualizado de rehabilitación laboral** que establecerá de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de trabajo dentro del proceso global de rehabilitación laboral y apoyo a la

integración en el mercado laboral 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.** 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 Laboral (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.

El psicólogo o profesional del equipo 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 laboral y apoyo a la inserción en el mundo del trabajo 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 laboral que esté realizando el usuario.

Cada usuario tendrá asignado un “tutor” que será su profesional de referencia, 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 rehabilitación laboral y apoyo al empleo.**

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 reorientando y adaptando el proceso de intervención.

5.2.3. INTERVENCIÓN: METODOLOGÍA, ÁREAS DE TRABAJO Y ACTIVIDADES

5.2.3.1. Metodología

La intervención con los usuarios se realizará utilizando diferentes estrategias tanto con el usuario (orientación vocacional, entrenamiento y recuperación de hábitos laborales básicos y capacidades de ajuste al entorno laboral, apoyo a la formación ocupacional, orientación y asesoramiento laboral, acompañamiento y apoyo a la inserción en el mercado laboral, actividades de apoyo al mantenimiento del empleo), como con (y en) el entorno laboral en el que puede insertarse el usuario (información, sensibilización, coordinación con recursos de formación profesional-ocupacional para mejorar la cualificación de los usuarios, coordinación y apoyo con el tejido laboral para favorecer la contratación de los usuarios, acciones de apoyo y fomento de empleo.).

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 laboral y apoyo a la integración en el mercado de trabajo, con el fin primordial de mejorar sus capacidades y habilidades laborales y de posibilitar y avanzar en su integración laboral normalizada, ofreciéndole el apoyo necesario.

La intervención se realizará tanto de un modo individual como en grupos teniendo en cuenta lo establecido en el plan individualizado de rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mercado de trabajo de cada usuario.

5.2.3.2. Áreas de Intervención y actividades a desarrollar

5.2.3.2.A) Rehabilitación laboral

La rehabilitación vocacional-laboral es el ámbito fundamental del trabajo a desarrollar con los usuarios atendidos en el marco del presente contrato. Con ella nos estamos refiriendo a un proceso complejo encaminado a preparar y capacitar a las personas con problemas psiquiátricos graves para su integración y/o reinserción laboral. Aunque la población con trastorno mental grave presenta una problemática general compartida: desempleo, dificultades laborales y un objetivo común de lograr la máxima integración en actividades productivas remuneradas y lo más normalizadas posibles. La problemática concreta varía de un individuo a otro en función de múltiples factores, algunos ya mencionados, de tal suerte que las necesidades, déficit, recursos y objetivos serán también diferentes de un individuo a otro. Por ello, todo proceso de rehabilitación ha de ser diseñado y ajustado a los problemas y necesidades concretas de cada individuo.

Este proceso individualizado de rehabilitación implica una serie de actividades que han de ser entendidas como un continuo de elementos necesarios para alcanzar un objetivo final, sin que ello quiera decir que todos los sujetos pasen por todos ellos ni reciban las mismas intervenciones.

La intervención en esta área, por tanto, deberá cubrir todos los aspectos del funcionamiento laboral. 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:

- Orientación vocacional.
- Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades de ajuste laboral.
- Apoyo a la Formación profesional
- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.
- Apoyo a la inserción laboral y seguimiento.

Antes de pasar a describirlas sintéticamente, indicar que no todas se desarrollarán dentro del C.R.L. en el que se concierten las plazas; algunas como por ejemplo las actividades de formación se impartirán fundamentalmente en los recursos de formación existentes en la comunidad (Cursos Servicios público de empleo, Centros de Formación para el empleo, Escuelas-Taller, Centros de F.P. etc). Siempre y en la medida de lo posible optimizará la utilización de recursos normalizados; no obstante desde el CRL se organizará todo el proceso de rehabilitación profesional-laboral de cada sujeto en el que algunas actividades o entrenamientos se llevarán a cabo en el CRL y otras en otros recursos se llevarán a cabo en el CRL y otras en otros recursos de formación o laborales existentes y disponibles.

- **ORIENTACIÓN VOCACIONAL**

Un paso necesario de cara al proceso de rehabilitación laboral es definir con claridad los intereses y objetivos laborales de los usuarios. En muchos casos y por diversas razones (escasa historia laboral, poco conocimiento de opciones relacionadas con su nivel de formación, expectativas no realistas, falta de motivación, etc.) los usuarios requerirán un trabajo de información y orientación vocacional que permita aclarar y definir sus preferencias laborales, así como delimitar el tipo de trabajos disponibles y posibles que se ajustan a su nivel de formación, competencia y funcionamiento.

Esto permitirá definir objetivos laborales lo más ajustados a la realidad y posibilidades de cada sujeto y a las oportunidades del mercado laboral. Es fundamental evitar plantearse metas demasiado difíciles o excesivamente alejadas de la realidad del usuario y del contexto laboral existente.

Esta labor de orientación vocacional no se limitará a la utilización de las tradicionales baterías de test de aptitudes o intereses, sino que implicará un proceso de información y valoración acerca de las áreas laborales y ocupacionales más ajustadas a las posibilidades y nivel de cada sujeto, puestos disponibles y/o con mayor futuro laboral, visitas a centros de trabajo, charlas con trabajadores, etc. Tratando no sólo de perfilar los intereses y objetivos más o menos confusos que tenga cada uno, sino también de desarrollar nuevos intereses en áreas con mayor probabilidad de integración laboral según sus características y posibilidades.

- **ENTRENAMIENTO EN HÁBITOS BÁSICOS DE TRABAJO Y HABILIDADES DE AJUSTE LABORAL**

En muchas ocasiones los problemas y dificultades en el funcionamiento laboral de los sujetos con trastornos psiquiátricos crónicos están relacionados no tanto con su competencia técnica como con los déficits que presentan en lo que podríamos llamar habilidades de ajuste laboral.

Estas implican, por un lado, **hábitos básicos de trabajo**, es decir, el conjunto de habilidades necesarias para adecuarse a las normas y requerimientos de una situación laboral. Aunque puede haber variaciones dependiendo de los diferentes puestos de trabajo, en general incluyen: asistencia y puntualidad, apariencia y presentación personal, seguimiento de instrucciones específicas, comenzar y completar tareas, capacidad de iniciar nuevas tareas, trabajar de un modo independiente, concentración en el trabajo, cuidado del equipo y herramientas, etc. Por otro lado, las **habilidades sociales** necesarias para interactuar con compañeros y supervisores, así como manejar los problemas y situaciones interpersonales que se presenten. Entre estas habilidades sociales de manejo en el mundo laboral se incluyen entre otras las siguientes: interacción con compañeros, capacidad para iniciar y mantener conversaciones, capacidad para solicitar y ofrecer ayuda, habilidad para recibir y expresar críticas, afrontamiento y manejo de situaciones de tensión o estrés, asertividad laboral, etc.

Diversos estudios han puesto de relieve la importancia de estas habilidades de ajuste laboral en relación con el funcionamiento laboral y han evidenciado, junto con la historia laboral previa, que son los mejores predictores del desempeño y ajuste laboral futuro.

El entrenamiento y recuperación de hábitos y capacidades en estas dos áreas se desarrollará en el marco del CRL a través de diversos talleres pre-laborales de carácter polivalente que permitan ofrecer un contexto laboral simulado apropiado para la intervención individualizada con cada usuario en hábitos básicos de trabajo y en habilidades sociales de ajuste al entorno laboral. Estos **talleres de rehabilitación laboral** tienen un carácter diferente de los habituales talleres ocupacionales, su función no es meramente ocupacional sino rehabilitadora **como contexto de entrenamiento de los hábitos y capacidades que cada usuario necesite para avanzar en su proceso de preparación para la inserción laboral**. En los talleres de rehabilitación laboral o talleres pre-laborales se organizan actividades que por su polivalencia puedan servir a estos objetivos. Como indicación general se organizarán en este CRL al menos 3 talleres en distintas áreas laborales que por su interés y polivalencia puedan resultar apropiadas como: *Ofimática/Nuevas Tecnologías* (informática, Internet, páginas Web, grabación de datos, manejo ofimática, etc.), *Jardinería/Medio Ambiente*; o *Mantenimiento/Oficios* (carpintería, electricidad, pintura, restauración, mantenimiento edificios etc.), y/o cualquier otra Área laboral que se considere relevante y útil de cara al proceso de preparación e inserción laboral de los usuarios

Su dimensión específicamente rehabilitadora se fundamenta en una condición básica de su funcionamiento: las tareas que en ellos se realizan se ajustan siempre a las necesidades individuales de cada usuario en su proceso de rehabilitación laboral. Ello, además, es posible gracias a que los talleres no tienen un carácter productivo por lo que se evita el condicionamiento derivado de la necesidad de cumplir ritmos de producción o exigencias de rendimiento. De todos modos, las tareas que cada persona realice en el contexto de los talleres deben tener un planteamiento verosímil, a pesar de no ser productivos, deben organizarse de manera que tengan un sentido específico para cada usuario, un por qué y un para qué desde el momento mismo de iniciar el proceso de intervención en rehabilitación laboral. El usuario requiere que la utilidad de la tarea o tareas se establezca en dos direcciones. Una interior hacia sí mismo como protagonista de su propio proceso, como un paso necesario para avanzar en su rehabilitación laboral y otra exterior, en la que la tarea concreta se realiza con un fin verosímil y práctico relevante para el usuario. Esta segunda dirección, la esencia de lo útil, gracias a la cual "yo realizo un trabajo, una tarea que sirve para algo", es lo que ofrece al usuario el estímulo diario y le permite sentirse verdaderamente participe de un ámbito laboral desde el momento de iniciar el proceso de rehabilitación.

- **APOYO A LA FORMACIÓN LABORAL**

Es evidente que un aspecto importante para facilitar la integración laboral de este colectivo es mejorar su formación y cualificación laboral que en gran parte de los casos es bastante escasa. La formación profesional-ocupacional habrá de facilitar la mejora y adaptación de la cualificación laboral de cada usuario en relación con su objetivo laboral (establecido en su plan individualizado de rehabilitación laboral) que deberá ser realista y vinculado a las posibilidades reales del mercado laboral.

Las diferentes actividades y talleres que se desarrollarán en el CRL no tienen una función específicamente formativa. No se trata de ofrecer a los diferentes usuarios la formación profesional-ocupacional que cada uno precise en relación a su objetivo laboral concreto, lo cual resultaría, entre otras cosas, imposible. La formación que cada usuario necesite debe realizarse, en la medida de lo posible, utilizando la oferta de formación laboral ocupacional normalizada existente (Centros de Formación para el empleo, Escuelas taller, Casas de Oficios, etc.).

La función del CRL a través del proceso de rehabilitación laboral es la de servir de apoyo y complemento a la formación laboral. A través de la rehabilitación se podrá ayudar al usuario a elegir la oferta formativa más idónea a sus posibilidades y preferencias y a la realidad del mercado; asimismo se entrenarán aquellos hábitos de trabajo, habilidades sociales y destrezas cognitivas necesarias para la adecuada realización y aprovechamiento de la formación y se apoyará al usuario durante todo el proceso formativo.

Así pues, en el CRL objeto del presente contrato, se favorecerá que la mayor parte de sus usuarios reciban su formación profesional laboral en opciones normalizadas de formación: cursos de los Servicios Públicos de Empleo, Centros de Formación para el empleo, Escuelas taller, Cursos de la Fundación ONCE, Centros de formación profesional, etc. Esta labor es de gran importancia para permitir a los usuarios recibir la formación que más se ajuste a sus intereses y objetivos, así como para fomentar una mayor normalización de su atención, al propiciar el uso de recursos de formación profesional existentes en la propia comunidad. El equipo del CRL establecerá una coordinación concreta con el recurso de formación al que acceda el sujeto ofreciendo el apoyo y supervisión necesarios.

• *ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE BÚSQUEDA DE EMPLEO*

Antes de acceder al mercado laboral, muchos de los sujetos requerirán un proceso de entrenamiento de habilidades de búsqueda de empleo. Ser capaz de buscar empleo implica un amplio y heterogéneo conjunto de habilidades y conocimientos de los que muchos de los enfermos crónicos carecen o presentan diversos déficits. Por ello, se ofrecerá un programa de entrenamiento, ajustado a las necesidades y nivel de cada individuo, que lo haga más competente y autónomo en la compleja tarea de buscar trabajo. En dicho programa se entrenarán, entre otros, los siguientes aspectos:

- Identificar y usar las fuentes de información existentes sobre ofertas de trabajo.
- Discriminar y seleccionar las ofertas que más se ajusten a sus intereses y posibilidades.
- Aprender a elaborar currículums laborales.
- Escribir cartas de presentación y cumplimentar solicitudes.
- Identificar y realizar los trámites pertinentes (inscripción en el registro del Servicio Público de Empleo etc.).
- Presentación y manejo de entrevistas laborales (explicar cualidades y méritos, responder a preguntas, hacer preguntas, solicitar aclaraciones, etc.).

En suma, con el entrenamiento en búsqueda de empleo se pretende que el usuario adquiera las habilidades, conocimientos y destrezas necesarios para encontrar y acceder a un empleo.

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, deberán estar permanentemente actualizadas, en el centro y habrán de ser de conocimiento de los profesionales que en él trabajan.

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 laboral 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 de rehabilitación laboral.

- *Apoyo a la inserción laboral y seguimiento*

Tras el proceso de intervención y entrenamiento en rehabilitación profesional-laboral muchos de los sujetos podrán estar en condiciones de desempeñar actividades laborales productivas de un modo más o menos normalizado. El CRL desde su ámbito de actuación concreto, desarrollará una labor dinámica que maximice las oportunidades de inserción laboral de los usuarios que tras pasar un proceso activo y estructurado de rehabilitación profesional-laboral estén en condiciones de implicarse en actividades laborales.

Así pues, el CRL, basándose, cuando sea posible, en una metodología de “empleo con apoyo”, ofrecerá apoyo y supervisión a los usuarios que hayan podido integrarse en alguna opción laboral con el fin de facilitar su adaptación al puesto de trabajo y ayudar a manejar los diferentes problemas que se planteen. Realizará, también, un seguimiento periódico de los usuarios a fin de valorar el mantenimiento de los logros obtenidos tras el proceso de rehabilitación y contribuir a solventar los problemas y dificultades que aparezcan. Como apoyo a los procesos de apoyo a la inserción laboral contarán con la figura del preparador laboral como elemento específico para el desarrollo de esta tarea y para la organización de procesos de inserción y mantenimiento en el puesto de trabajo basado en el modelo de “empleo con apoyo”. Esta labor de seguimiento no se circunscribirá sólo a los que se integren en algún trabajo, sino también a aquellos que no hayan podido hacerlo, de modo que les permita mantener lo conseguido y ofrecerles ayuda continuada en la tarea de buscar alguna oportunidad laboral que se ajuste a sus posibilidades.

5.2.3.2.B) Contacto y coordinación con el tejido laboral

Asimismo, el CRL, objeto del presente contrato, habrá de contactar con los recursos laborales de la zona para conocer los puestos de trabajo que se ofertan y facilitar la coordinación que permita mejorar la incorporación laboral de los usuarios. Además, informará a las distintas empresas y entidades de la capacidad laboral de los usuarios, de las ayudas, subvenciones y exenciones de las que se podrían beneficiar aquellos empresarios que contraten a personas con enfermedad mental crónica con calificación de discapacidad. También prestará apoyo y asesoramiento para la creación de iniciativas empresariales que faciliten la contratación e integración laboral de enfermos mentales crónicos.

En suma, desde el CRL se propiciarán y fomentarán todas las posibilidades que fomenten la integración laboral de las personas con enfermedad mental grave.

Estas actividades se pueden concretar en:

- Creación de un banco de datos actualizado con las ofertas laborales existentes en la zona de referencia y en el resto de la Comunidad de Madrid, útiles o relevantes para la integración laboral de enfermos mentales crónicos.
- Contacto, información y coordinación con organizaciones empresariales, cámaras de comercio, cooperativas, sindicatos, Oficinas de Empleo, Agencias de colocación, Fundación ONCE, etc., para fomentar vías de contratación e integración laboral.
- Contacto y coordinación con Centros Especiales de Empleo.
- Apoyo a la creación de fórmulas de autoempleo.
- Apoyo a la creación por parte de asociaciones u otras entidades sociales de cooperativas, centros especiales de empleo u otras opciones laborales en las que se puedan integrar las personas atendida con enfermedad mental.

5.3. 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. Así mismo el EASC trabajará 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 los Centros de Día como en su caso con las Residencias o CRLs, 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. 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:

5.3.1. 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.

5.3.2. 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.**

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

5.3.3. INTERVENCIÓN: METODOLOGÍA, ÁREAS DE TRABAJO Y ACTIVIDADES DE EASC

5.3.3.1. 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 socio comunitarios normalizados.

5.3.3.2. Áreas de Intervención y actividades

5.3.3.2.A) 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 diseñará una guía, que estructure globalmente el proceso de intervención. Estas guías del proceso de intervención, así como la guía del proceso de evaluación, deberán estar permanentemente actualizadas, en el centro y habrán de ser de conocimiento de los profesionales que en él trabajan.

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

5.3.3.2.B) 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.

CLÁUSULA 6ª.- COORDINACIÓN Y APOYO A OTROS RECURSOS COMUNITARIOS

La entidad adjudicataria deberá asegurar que desde los Centros y el Servicio (CRPS, CRL y EASC) 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 socio comunitarios) 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 y el Servicio 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, a fin de asegurar la adecuada complementariedad y coordinación de actuaciones. Esta labor de coordinación se desarrollará con los servicios sociales generales y otros que pudieran corresponder en función del perfil de las personas usuarias (recursos culturales, de ocio, formativos, de empleo y otros) al objeto de establecer cauces de comunicación, rentabilizar recursos, establecer las oportunas derivaciones y diseñar programas de prevención y colaboración, así como realizar las actuaciones necesarias para lograr una integración, participación e interrelación entre las personas usuarias y el entorno donde se ubican los centros y el Servicio.

Por otro lado, 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) como: Residencias, Pisos supervisados, Pensiones supervisadas, o centros de

la misma tipología que existan o se creen en la zona de referencia de los centros objeto de este contrato.

Los centros participarán en las labores de formación y asesoramiento que sobre problemática psicosocial de las personas con enfermedad mental grave y duradera, y sobre el proceso de rehabilitación psicosocial, laboral e integración comunitaria puedan impartirse para asociaciones existentes en la comunidad, profesionales de los servicios sociales generales, Servicios Públicos de Empleo; tejido empresarial, líderes y agentes comunitarios, etc.

Así mismo, cada centro se implicará, desarrollará y colaborará en actividades en su entorno de referencia donde se promuevan 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. En esta línea se organizarán desde cada Centro y Servicio en su zona de referencia **actividades de sensibilización y lucha contra el estigma** en todos los ámbitos que sean pertinentes, fomentando en el desarrollo de las mismas, la activa participación y protagonismo de los usuarios y buscando la cooperación y el trabajo en red con otros centros, entidades y agentes sociales para fomentar acciones inclusivas en la sensibilización social y la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental.

Como mínimo se organizarán en el marco del contrato 3 actividades anuales de sensibilización y lucha contra el estigma, de las cuales al menos una se ha de desarrollar en el ámbito educativo (Colegios, Institutos y Universidades) ya que trabajar en el ámbito educativo con adolescentes y jóvenes que serán los futuros ciudadanos, es un modo esencial de contribuir a prevenir que se desarrollen falsos prejuicios sobre los trastornos mentales y actitudes de discriminación y/o rechazo.

La entidad adjudicataria, podrá organizar, en el marco de los oportunos acuerdos con la Universidad (Facultad de Psicología, Facultad de Trabajo Social, o de Terapia Ocupacional o Educación Social, etc.) periodos de prácticas en los Centros de estudiantes o graduados o licenciados, así como de alumnos de Formación Profesional de Grado superior como Técnico en Integración Social o similar o equivalente. Por otro lado, de acuerdo con el correspondiente Área de Salud Mental se podrán organizar en el centro períodos 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 en su caso se establezcan.

Igualmente podrán establecerse convenios con entidades en el ámbito de voluntariado cumpliendo con los preceptos legales para desarrollar tareas de acompañamiento, apoyo social y dinamización de actividades de ocio y tiempo libre, etc.

CLÁUSULA 7ª.- EXPEDIENTE INDIVIDUAL Y SISTEMAS INFORMÁTICOS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA GESTIÓN DEL CENTRO.

Cada usuario que sea atendido en cada uno de los Centros y el Servicio, 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. Incluirá datos de identificación, plan de continuidad de cuidados y demás informes del servicio de salud mental derivante, informe de evaluación, plan individualizado de rehabilitación, informes de seguimiento periódicos, programas y actividades en las que participa cada usuario, registro de asistencia a actividades y programas y ausencias, informes de alta o baja del usuario del centro, quejas y reclamaciones interpuestas por el usuario/a atendida o sus familias.

La empresa o entidad adjudicataria quedará obligada a preparar y organizar adecuadamente estos expedientes, y su conservación, respetándose en todo momento la confidencialidad de la información en ellos recogida. Asimismo, la empresa o entidad adjudicataria estará obligada a enviar la información que se le solicite a requerimiento de los responsables técnicos de la citada Red en la Consejería, del proceso de atención de cada usuario y de funcionamiento del centro.

Para ello, el adjudicatario dispondrá de una aplicación informática para la gestión del Servicio, que recoja, para cada usuario, los datos de identificación, tratamientos y registros, Plan Individualizado de rehabilitación o de atención, días y horas de asistencia, frecuencias, registros y reclamaciones e incidencias de todo tipo, y la solución dada, registro permanentemente actualizado de las horas de entrada y salida del personal; en definitiva, todas las cuestiones previstas en los pliegos y relacionadas con la gestión y prestación del servicio. Esta aplicación informática deberá permitir el acceso en todo momento y en tiempo real por parte de los técnicos de la Comunidad de Madrid debidamente autorizados a efectos de realizar el seguimiento de la correcta gestión del servicio y poder auditarlo.

La aplicación informática dispondrá de los elementos de seguridad necesarios que impidan la modificación de los datos una vez registrados y contemple todas las características técnicas para asegurar el cumplimiento de los requerimientos legales de acuerdo con lo establecido en Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos –RGPD-) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDPGDD) y demás normativa de aplicación.

La entidad adjudicataria (aún en el supuesto de que un tercero sea el proveedor de la aplicación informática de gestión del servicio) será la responsable de garantizar que la Comunidad de Madrid y, en su caso, la entidad que ésta contrate a tal fin, pueda llevar a cabo tareas de comprobación y verificación de la integridad de la información y de que no ha sido alterada ni manipulada.

La entidad adjudicataria facilitará al personal que designe la Dirección General competente en materia de atención a las personas con discapacidad y enfermedad mental de la Comunidad de Madrid los permisos y conocimientos necesarios para el acceso a la aplicación informática de gestión y consulta de la información a distancia del centro.

El adjudicatario, en su calidad de entidad colaboradora, conforme a lo establecido en el Decreto 51/2023, de 3 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la Historia Social Única (HSU), el Registro Único de Usuarios y otros instrumentos de gestión de la información del Sistema

Público de Servicios Sociales, deberá asegurar que las aplicaciones informáticas que desarrolle o, en todo caso, aquellos sistemas de información de los que disponga y que resulten necesarios para la adecuada realización del objeto del contrato, sean compatibles y permitan el intercambio de datos con el sistema Historia Social Única, de acuerdo con lo previsto en el artículo 70.3 de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, y en el citado Decreto.

Asimismo, el adjudicatario, en su condición de encargado o, en su caso, de responsable de tratamiento de los datos, deberá observar la normativa de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, así como los preceptos relativos a la confidencialidad recogidos en la Ley 12/2022, de 21 de diciembre y el Decreto 51/2023, de 3 de mayo. De igual manera, el adjudicatario deberá atenerse a lo dispuesto en la normativa reguladora del acceso profesional a HSU aprobada por la Comunidad de Madrid. Todo ello, de acuerdo con las directrices proporcionadas por la consejería competente en servicios sociales para la articulación de los respectivos sistemas de información.

Adicionalmente, el adjudicatario deberá contar con el certificado acreditativo del cumplimiento del ENS nivel medio, según lo dispuesto en la Disposición Transitoria única del Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en los términos establecidos en el art 2.3 del mencionado Decreto si se tratasen datos de categoría especial.

CLÁUSULA 8ª.- PLAN DE CALIDAD

Se incluirá la implantación de un sistema de gestión de calidad.

Dentro del mismo la entidad adjudicataria deberá llevar a cabo la evaluación de todas las actividades desarrolladas en cada Centro y Servicio, tanto respecto a la eficiencia y competencia del personal, como respecto a la adecuación y efectividad de las intervenciones y actividades que se realicen.

En este sentido, el adjudicatario deberá obtener una certificación de calidad específica para los Centros y con validez para todo el periodo de ejecución del contrato cumpliendo para todas las actividades y programas desarrollados en los Centros objeto del contrato de conformidad con la norma ISO9001 o la norma UNE que se determine como aplicable para este tipo de centro. El adjudicatario deberá seguir las instrucciones que a este respecto determine la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.

El adjudicatario debe mostrar el cumplimiento con la misma mediante un certificado en vigor emitido por una entidad de certificación acreditada por ENAC. El certificado deberá incluir la marca de la entidad de acreditación o referencia a la condición de acreditado, el número de acreditación, y debe estar emitido con un alcance que cubra las actividades objeto de este contrato.

Dentro del mismo implantará un sistema de evaluación de la satisfacción de las personas usuarias y representantes que se llevará a cabo con la periodicidad anual.

Con el fin de que las personas usuarias puedan participar de la manera más amplia posible, se les proporcionará todos los medios, apoyos y adaptaciones necesarias para obtener su respuesta.

Los resultados de esta evaluación deberán comunicarse a la Consejería en el plazo que se establezca.

Asimismo, en el caso de que desde la Consejería se promueva un sistema de evaluación de la satisfacción homogéneo para la tipología de plazas objeto de este contrato, el adjudicatario estará obligado a adherirse al mismo e implantarlo en las condiciones que se establezcan.

CLÁUSULA 9ª.- MEMORIAS

La empresa adjudicataria deberá presentar en el primer trimestre del año referida a la actividad completa del año anterior una memoria sobre el funcionamiento de cada uno de los Centros y Servicio incluidos en el contrato (Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral y el Equipo de Apoyo Social Comunitario) 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.

Asimismo, la empresa adjudicataria estará obligada a cumplimentar y remitir mensualmente las hojas y estadillos sobre el movimiento asistencial y otras actividades realizadas en cada uno de los Centros y Servicio, 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 atención de los usuarios, se le soliciten.

CLÁUSULA 10ª.- MEDIOS PERSONALES

La Consejería podrá solicitar la documentación que estime pertinente para comprobar que los trabajadores que están efectivamente asignados a la ejecución del contrato se hayan contratados para la prestación del servicio y gozan de la titulación y formación profesional necesaria para ello.

La totalidad de la plantilla del personal que se relaciona a continuación, dependerá laboralmente de la adjudicataria del contrato, no existiendo ningún tipo de vínculo a este respecto con la Consejería 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.

La entidad que resulte adjudicataria para la gestión conjunta de los centros y servicio incluidos en el presente contrato, deberán contar con el personal técnico suficiente para la prestación del servicio en función con los descrito a continuación:

Por tanto, los medios personales del equipo que deberán aportar las entidades adjudicatarias para la adecuada prestación de los servicios y actividades a realizar en el Centro de Rehabilitación

Psicosocial, el Centro de Rehabilitación laboral y el Equipo de Apoyo Social Comunitario incluidos en el presente contrato de servicios, será como mínimo el siguiente:

- 1 director a jornada completa.
- 4 psicólogos a jornada completa.
- 2 trabajadores sociales a jornada completa.
- 2 terapeuta ocupacional a jornada completa.
- 5 monitores/educadores a Jornada completa.
- 1 técnico de apoyo a la Inserción laboral.
- 1 preparador laboral.
- 3 maestros de Taller.
- 1 auxiliar administrativo a jornada completa.
- 1 auxiliar de limpieza con una jornada de 50%.

Esta Plantilla se distribuye en personal común y personal técnico específico de cada centro:

❖ Personal común:

- 1 Director (Psicólogo/a) CRPS y CRL y EASC. Grupo II Personal titulado nivel 3
- 1 auxiliar administrativo Grupo III Personal técnico auxiliar
- 1 auxiliar de limpieza con una jornada de 50%. Grupo III Personal técnico auxiliar.

❖ Personal técnico específico CRPS:

- 2 psicólogos/as. Grupo II Personal titulado nivel 3
- 1 trabajador social. Grupo II Personal titulado nivel 2
- 1 terapeuta ocupacional. Grupo II Personal titulado nivel 2
- 3 monitores/ educadores. Grupo III Personal técnico superior nivel 1

❖ Personal técnico específico CRL

- 1 psicólogo/a. Grupo II Personal titulado nivel 3
- 1 terapeuta ocupacional. Grupo II Personal titulado nivel 2
- 1 técnico de apoyo a la Inserción Laboral. Grupo II Personal titulado nivel 2
- 1 preparador laboral. Grupo III Personal técnico superior nivel 1
- 3 maestros de Taller. Grupo III Personal técnico superior nivel 1

❖ Personal técnico específico EASC

- 1 psicólogo/a. Grupo II Personal titulado nivel 3
- 1 trabajador social. Grupo II Personal titulado nivel

- 2 monitores/educadores. Grupo III Personal técnico superior nivel 1

La plantilla disponible para atender a las personas usuarias debe responder a las siguientes especificaciones:

Se indicará en primer lugar la plantilla común a los centros incluidos en el contrato y luego la plantilla específica en cada uno de los centros: Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) y Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC).

10.1. PLANTILLA COMÚN A LOS CENTROS

En estos centros de atención social a personas con enfermedad mental en Alcorcón: Centro de Rehabilitación Psicosocial de 65 plazas, Centro de Rehabilitación Laboral de 45 plazas y en el Equipo de Apoyo Social Comunitario con 30 plazas incluidos en el presente contrato, se contará como plantilla común con un Director/a para los dos centros que coordinará el EASC y con el personal administrativo y auxiliar de limpieza que será común para los dos Centros y el Servicio.

• **Director/directora**

Se deberá contar con la figura de un Director responsable de la organización, funcionamiento y administración del centro y cumplir con lo establecido en la Ley 11/2002 de 18 de diciembre de Ordenación de la actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid y su normativa de desarrollo, a una jornada completa de lunes a viernes. El Director/a será titulado universitario (psicólogo/a o en su caso terapeuta ocupacional o trabajador/a social o educador/a social) y contará con la acreditación y formación necesaria que determina la normativa para el ejercicio de la Dirección de un Centro de Servicios Sociales. Sus funciones serán:

- ❖ Coordinación Técnica del CRPS, CRL y EASC:
 - Dirección y coordinación del personal.
 - Coordinación de los programas y actividades de los Centros y Servicio.
 - Planificación y ajuste de horarios.
 - Supervisión, evaluación y valoración de los programas y demás actividades del CRPS, del CRL 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, para favorecer la integración social de los usuarios atendidos.

- **Auxiliar administrativo común a los 2 centros y el Servicio.**

Asimismo, para el buen funcionamiento de estos centros la entidad adjudicataria contará 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.

- **Auxiliar de limpieza y mantenimiento común a los 2 centros y el Servicio.**

Por otro lado, para la realización de las labores de limpieza del centro la entidad habrá de contar con una figura de auxiliar de limpieza al 50 % de la jornada.

Se deberá garantizar la correcta limpieza y mantenimiento de todas las estancias, equipamiento e instalaciones del centro. Las funciones de limpieza incluirán la totalidad del edificio e instalaciones, espacios exteriores y del mobiliario y equipamiento. El horario será compatible y adaptado a los programas y necesidades de atención a las personas.

10.2. PLANTILLA ESPECÍFICA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

- **Psicólogos**

Se deberá contar con la figura de 2 psicólogos/as en jornada completa de presencia de lunes a viernes con la titulación de Licenciado universitario en Psicología o en su caso Grado universitario en Psicología con postgrado (máster en rehabilitación psicosocial, máster en Intervención psicológica, máster en Psicología general sanitaria; máster en intervención psicosocial u otros másteres universitarios equivalentes o de características similares. Sus funciones serán:

- 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***

Se deberá contar con la figura de 1 profesional con la titulación de Terapeuta Ocupacional a jornada completa de lunes a viernes. Sus funciones serán:

- 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***

Se deberá contar con la figura de 1 profesional con la titulación de Trabajador Social a jornada completa de lunes a viernes. Sus funciones serán:

- 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**

Se deberá contar con un mínimo de tres monitores/educadores a jornada completa de lunes a viernes de monitores/educadores 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. Sus funciones serán:

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

10.3. PLANTILLA ESPECÍFICA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL

- **Psicólogo**

Se deberá contar con la figura de 1 Psicólogo/a en jornada completa de presencia de lunes a viernes con la titulación de Licenciado universitario en Psicología o en su caso Grado universitario en Psicología con postgrado (máster en rehabilitación psicosocial, máster en Intervención psicológica, máster en Psicología general sanitaria; máster en intervención psicosocial u otros másteres universitarios equivalentes o de características similares. Sus funciones serán:

- Evaluación funcional vocacional-laboral.
- Orientación vocacional.
- Diseño y programación del plan individualizado de rehabilitación profesional-laboral.
- Implementación de los entrenamientos en habilidades de ajuste laboral y búsqueda de empleo, en colaboración con los maestros de taller y terapeuta ocupacional.
- Estructuración y supervisión de las actividades de formación profesional/laboral en colaboración con los maestros de taller.
- Apoyo y supervisión a los recursos de formación profesional (Cursos, Servicios Públicos de Empleo y/o Formación, Centros de F.P., etc.) en los que se integren algunos de los usuarios.

- Evaluación de programas y actividades de rehabilitación profesional laboral y de los avances y progresos de los usuarios.
- Formación y supervisión del resto de profesionales que componen la plantilla.
- Organización y coordinación del proceso de seguimiento y apoyo continuado de los usuarios que hayan finalizado su proceso de rehabilitación laboral.

- ***Terapeuta ocupacional***

Se deberá contar con la figura de 1 profesional con la titulación de Terapeuta Ocupacional a jornada completa de lunes a viernes. Sus funciones serán:

- Colaboración en la evaluación y programación de las diferentes áreas del proceso de rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral.
- Participación y colaboración en las tareas de orientación vocacional, entrenamiento de hábitos laborales y habilidades de ajuste laboral y en los entrenamientos en búsqueda de empleo.
- Colaboración en el apoyo al acceso y mantenimiento de los usuarios en el mercado laboral.

- ***Técnico de Apoyo a la Inserción laboral***

Se deberá contar con la figura de 1 profesional que ejerza de Técnico de Apoyo a la Integración Laboral, con la titulación mínima de diplomatura o grado universitario preferentemente en Áreas de Ciencias Sociales (Trabajo Social, Educación Social, Relaciones Laborales, Terapia Ocupacional, etc.) a jornada completa de lunes a viernes. Sus funciones serán:

- Contacto y coordinación con el mercado laboral.
- Detección, captación y análisis de puestos de trabajo.
- Apoyo al proceso de rehabilitación laboral, en especial en el área de la orientación vocacional, ajuste laboral y búsqueda de empleo.
- Participación y apoyo en la coordinación con recursos de formación.
- Apoyo en la búsqueda activa de empleo y el acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo.
- Colaboración en tareas de divulgación y sensibilización en el mercado laboral.
- Asesoramiento técnico y apoyo a proyecto de autoempleo o creación de iniciativas laborales.

- ***Preparador Laboral***

Se deberá contar con la figura de 1 profesional que ejerza de Técnico de Apoyo a la Integración Laboral, con la titulación mínima de FP de Grado superior como Técnico Superior en Integración Social u otras titulaciones similares a jornada completa de lunes a viernes. Sus funciones serán:

- Colaboración y apoyo en el análisis de puestos de trabajo y en el proceso de adecuación inicial persona-puesto de trabajo.
- Proporcionar el entrenamiento laboral en el propio puesto de trabajo.
- Enseñar las habilidades necesarias (socio-laborales y técnicas) para realizar las tareas específicas del puesto de trabajo.
- Apoyar la adaptación progresiva al puesto de trabajo.
- Asesorar y apoyar a los supervisores y compañeros de trabajo para facilitar la adaptación del usuario a su puesto de trabajo y al ambiente laboral de la empresa.
- Entrenar a la persona en el propio contexto las habilidades necesarias para mantener el puesto de trabajo.
- Favorecer y apoyar la integración social de la persona en el entorno social de la empresa y de sus compañeros de trabajo.
- Ofrecer apoyo continuado y seguimiento para asegurar el éxito en el mantenimiento del puesto de trabajo.
- Apoyar y colaborar, en coordinación con el resto de los profesionales del equipo, en las tareas de asesoramiento y apoyo con el entorno familiar de cada usuario para favorecer su implicación activa en el proceso de inserción laboral.

• **Maestros de taller**

Se deberá contar con la figura de 3 profesionales que ejerza de Maestros de Taller con la titulación mínima de Bachillerato, antigua FP II, o con Formación Profesional de Grado superior o similar o equivalente a jornada completa de lunes a viernes. Sus funciones serán:

- Colaboración y desarrollo de actividades de orientación, entrenamiento de hábitos laborales, habilidades sociales de ajuste laboral y búsqueda de empleo.
- Responsables de los talleres pre-laborales y de la organización de las tareas y actividades pertinentes para favorecer la adquisición de los hábitos laborales y habilidades de ajuste laboral.

10.4. PLANTILLA ESPECÍFICA DEL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO

• **Psicólogo**

Se deberá contar con la figura de 1 Psicólogo/a en jornada completa de presencia de lunes a viernes con la titulación de Licenciado universitario en Psicología o en su caso Grado universitario en Psicología con postgrado (máster en rehabilitación psicosocial, máster en Intervención psicológica, máster en Psicología general sanitaria; máster en intervención psicosocial u otros másteres universitarios equivalentes o de características similares. Sus funciones serán:

- 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**

Se deberá contar con la figura de 1 profesional con la titulación de Trabajador Social a jornada completa de lunes a viernes. Sus funciones serán:

- 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**

Se deberá contar con un mínimo de dos monitores/educadores a jornada completa de lunes a viernes de monitores/educadores 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. Sus funciones serán:

- 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 de los diferentes Centros incluidos en este contrato 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, apoyo comunitario y/o rehabilitación laboral con cada usuario.

Se promoverá en la medida de lo posible que en las plantillas 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.

El adjudicatario aportará los documentos que le sean requeridos por la Consejería y que justifiquen la existencia del personal contratado. A estos efectos deberán tener siempre disponibles los contratos laborales, las titulaciones y los últimos justificantes de pago a la Seguridad Social.

Se deberá llevar un registro de control de presencia diaria de cada uno de los trabajadores de la plantilla. Este registro se realizará a través de un sistema de control de presencia que incluya el software o aplicación, así como los dispositivos necesarios que capturen los marcajes por categorías, de forma que permita tanto la comprobación rigurosa del tiempo dedicado a la actividad profesional, como la recuperación de los marcajes actualizados a través del ordenador en cualquier momento.

Para aquellas condiciones no contempladas en este Pliego, el adjudicatario del contrato viene obligado al cumplimiento de las obligaciones que pudieran venir impuestas en virtud de la normativa vigente.

La entidad adjudicataria deberá informar a la Consejería de los cambios que se produzcan en la figura del director/a de los Centros.

10.5. FORMACIÓN DEL PERSONAL

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 estar elaborado en el plazo de un mes desde el inicio de la ejecución del contrato, y junto con las incidencias o

cambios que se produzcan en el mismo deberán estar actualizados permanentemente y a disposición de la Consejería para cuando ésta lo requiera.

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.

Así pues, la Empresa o entidad adjudicataria cada año del periodo de duración del contrato estará obligada a organizar y desarrollar un programa de formación con una duración mínima de 10 horas al año para cada persona que forme parte de la plantilla del personal de atención de cada uno de los centros objeto del contrato, que se realizará cada año de la ejecución del contrato incluidos en su caso su prórroga y en la que se tratará de que participen todos los profesionales de los centros y servicio.

Por **Personal de Atención**, nos referimos en todos los casos al personal técnico que intervienen en los procesos de atención social y rehabilitación psicosocial y rehabilitación laboral a desarrollar con los usuarios en el CRPS, CRL y EASC “Alcorcón” objeto del contrato. Es decir, a todo el personal de cada recurso CRPS, CRL y EASC (director, psicólogos, trabajador social, terapeuta ocupacional, monitores/educadores, maestros de taller, preparador laboral, etc.) con la salvedad del auxiliar administrativo y el auxiliar de limpieza.

La citada acción formativa incluirá información 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, o sobre avances técnicos y metodológicos en la intervención en rehabilitación psicosocial que sean de interés y sobre otros temas relevantes para la atención en los centros.

Anualmente, el adjudicatario, deberá contar con un informe sobre la ejecución del plan de formación realizado cada año con los objetivos y contenidos de las acciones formativas realizadas, docentes y participantes, y evaluación de las mismas y sobre el logro de sus objetivos. Este informe anual de la formación realizada estará disponible en el centro para su revisión en las visitas de seguimiento y en su caso podrá ser remitido a petición de la Consejería.

CLÁUSULA 11ª.- PROTOCOLOS Y REGISTROS

El adjudicatario deberá utilizar protocolos y registros normalizados en la realización de las actividades y prestación de los servicios contemplados en el presente Pliego y deberá garantizar la formación oportuna de los trabajadores en los protocolos y registros que les afecten por su categoría profesional.

Además de los protocolos necesarios para la prestación básica especializada, el centro deberá contar con los protocolos y registros correspondientes, en su caso, que se detallan a continuación:

- **Protocolo de Acogida e integración de las personas al centro o Servicio.** Deberá existir un protocolo de acogida al centro o servicio tanto de la persona usuaria como en su caso de sus familiares, que incluirá la recepción, presentación, visita a las distintas estancias del centro, información sobre las actividades y el funcionamiento del centro. A la persona

usuario se le asignará un profesional de referencia y se hará una evaluación del grado de adaptación al centro y de integración a las actividades y programas del mismo.

- **Protocolo de valoración inicial y elaboración de los Planes individualizados de Rehabilitación (CRPS), Planes individualizados de Atención y Planes de Rehabilitación Laboral.** Según el centro del que se trate se contará con un protocolo que describa el procedimiento y contenido de la valoración de la persona usuaria al ingreso que incluirá tanto los aspectos relacionados con su salud y funcionales como psicológicos, sociales y o formativos o laborales a fin de determinar las necesidades de atención y apoyos de la nueva persona usuaria. El protocolo contemplará la sistemática de elaboración de los programas de atención personalizados de forma interdisciplinar y su revisión, al menos semestralmente, y siempre que se detecten cambios en la evolución.
- **Protocolo de quejas y reclamaciones.**
- **Tratamiento y actuaciones ante incidencias y situaciones de emergencia sanitaria** que incluirá las actuaciones a seguir ante la aparición de enfermedades de declaración obligatoria, brotes epidémicos y enfermedades infectocontagiosas u otras emergencias sanitarias.
- **Protocolos de prevención de riesgos e intervención:** en función de las necesidades de intervención de las personas usuarias, que incluya la detección de la población de riesgo, las medidas preventivas y las de intervención.
- **Protocolo de control de asistencias y ausencias no justificadas** de las personas usuarias del centro.
- **Prevención, gestión y actuaciones ante situaciones de crisis.** (Podrá ser común a todos los centros por ubicarse en el mismo inmueble)
- **Protocolo de traslado a servicios de urgencia.** Se deberán definir en este protocolo las acciones a llevar a cabo según el tipo de traslado, información a la persona usuaria y a la familia, tipo de informe para el centro receptor, sistema de acompañamiento y sistema de registro.
- **Gestión del proceso de salida de los centros o el Servicio** que incluirá el proceso de actuación ante las diferentes causas de baja en el recurso (traslado, cumplimiento de objetivos, u otros), incluyendo las actuaciones a realizar para preparar la salida del recurso en caso de objetivos terapéuticos y los traslados, por estabilización de las conductas).

El adjudicatario deberá utilizar registros formalizados en la realización de las actividades y prestación de los servicios recogidos en el presente pliego, que garanticen la no modificación posterior a la anotación. Además de los registros asociados a los protocolos relacionados anteriormente, el adjudicatario deberá asegurarse de que se cumplimentan los siguientes registros:

- **Registro diario de entradas y salidas del centro**, cuyo contenido deberá permitir conocer en todo momento los usuarios presentes en el centro, los ausentes, y el motivo de la salida.
- **Registro de incidencias**.
- **Registro de mantenimiento de instalaciones**. (Podrá ser común a todos los centros por ubicarse en el mismo inmueble).
- **Registro de beneficiarios de servicios complementarios de comidas y de apoyo al transporte**, con número de usuarios, y servicios prestados por día, mes y año.

Tanto los Protocolos como los registros deberán independizarse por cada uno de los centros a excepción del protocolo de prevención, gestión y actuaciones ante situaciones de crisis y el registro de mantenimiento de instalaciones que podrá ser común a todos los centros.

El adjudicatario deberá utilizar registros informáticos en la realización de las actividades y prestación de los servicios recogidos en el presente pliego, que garanticen la no modificación posterior a la anotación.

Los registros deberán estar accesibles a todo el personal que por su trabajo necesite acudir a ellos, ya sea para su actualización o para su consulta, atendiendo siempre a los requisitos y límites establecidos en la normativa vigente, en particular, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (en adelante RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (en adelante LOPDPGDD).

CLÁUSULA 12ª.- MEDIOS MATERIALES Y MANTENIMIENTO DE LOS CENTROS

12.1. MEDIOS MATERIALES

Los centros y servicio de atención social a personas con enfermedad mental en Alcorcón con un total de 140 plazas que incluyen un Centro de Rehabilitación Psicosocial de 65 plazas, un Centro de Rehabilitación Laboral de 45 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 de Familia, Juventud y Asuntos Sociales están integrados en la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Dirección General de Servicios Sociales.

Estos Centros se ubican en un inmueble de los que la Consejería ostenta la titularidad de uso.

12.1.1. UBICACIÓN DE LOS CENTROS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS INMUEBLES

Estos centros están ubicados en el municipio de Alcorcón en unos locales situados en la Avda. Lisboa s/n (Alcorcón 28924) de los que la Consejería ostenta la titularidad de uso de los mismos.

Los locales para el CRPS y CRL son de planta baja y se distribuye en dos edificios con una superficie total de 360 m2 aproximadamente. En uno de los edificios de en torno 145 m2 se sitúa la recepción y 4 despachos de atención del CRPS incluyendo el despacho de dirección, cuarto de limpieza, archivo, cuarto de limpieza, y dos aseos. El otro edificio con unos 215 m2 aproximadamente, acoge 5 despachos para profesionales, 3 aseos (uno de ellos adaptado), 2 salas/ taller y 2 salas de actividades, una de ellas cuenta con un tabique móvil que permite dividir la sala. Aunque estos Centros tienen funciones diferenciadas y funcionarán como centros independientes de hecho estarán relacionados y se complementarán entre sí y por tanto se dará uso compartido de los distintos espacios especialmente en el caso de las salas de actividades que serán utilizadas tanto por el Centro de Rehabilitación Psicosocial como por el Centro de Rehabilitación Laboral.

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 despachos del CRPS y/o del CRL.

12.1.2. EQUIPAMIENTO, MOBILIARIO Y OTROS MEDIOS MATERIALES

Estos Centros de atención social a personas con enfermedad mental en Alcorcón, cuentan con las instalaciones, mobiliario, enseres y equipamiento adecuados 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 al mantenimiento y conservación del 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 incluidos en este contrato.

En relación al equipamiento informático la entidad adjudicataria de la gestión de los centros 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 centros y servicio (CRPS, CRL y EASC) se contará con un equipamiento informático de 22 ordenadores que podrán ser o portátiles o de sobremesa y 2 impresoras multifunción laser color para los profesionales y 3 teléfonos móviles uno para el director/a y los otros 2 para los equipos. Asimismo, se contará con al menos 8 ordenadores y 1 impresora láser color para uso de los usuarios y en los talleres de estos centros.

Además, la entidad adjudicataria se hará cargo de la instalación y mantenimiento de una red Wifi en todos los espacios del inmueble que aloja los centros objetos del contrato.

12.2. 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:

El adjudicatario garantizará las perfectas condiciones de uso del edificio, sus instalaciones y equipamiento mediante el adecuado mantenimiento de los mismos. Incluirá las tareas de jardinería para la conservación de los espacios exteriores de los centros. Se establecerá un sistema que garantice, con medios propios o externos, el mantenimiento de las instalaciones en adecuadas condiciones de funcionamiento, así como la reparación de aquellos elementos se encuentren deteriorados.

- La empresa o entidad adjudicataria de la gestión 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 inmuebles en el que se ubican.
- De igual modo el adjudicatario se hará cargo de la reparación, reposición y conservación ordinaria del local, sus instalaciones y mobiliario para mantenerlos en condiciones normales de prestación de los servicios, en cuanto a sus condiciones de seguridad, salubridad y ornato, 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). La empresa gestora comprometerá la realización y correrá con el gasto de las inspecciones obligatorias, periódicas, por Organismo de Control Autorizado (OCA's), vigentes. Así como, con la realización igualmente en plazo de las medidas correctoras y subsanación de observaciones que se reflejen en el acta de inspección, salvo las que se deriven de cambio o nueva normativa, en cuyo caso será la Consejería quién deba asumir el coste de aquella medida correctora.
- Los preceptivos contratos de mantenimiento, el adjudicatario deberá 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 señalización, funcionamiento de las puertas cortafuegos (RF) y de evacuación, así como la señalización fotoluminiscente de equipos y recorridos de evacuación y salidas. El adjudicatario deberá llevar a cabo, al menos una vez al año, un simulacro organizado y supervisado por empresa homologada del sector, en el que se pondrán a prueba y se emitirá *Informe* sobre el estado de las instalaciones y equipos PCI, así como el nivel de formación del personal en cuanto al conocimiento de los medios de protección activa y pasiva del centro, y protocolo de actuación del personal en caso de emergencia. En este sentido, el adjudicatario -dentro del plan de formación del personal- posibilitará la realización de jornada formativa y de sensibilización, en donde se dé conocimiento de los medios materiales existentes de protección contra incendios, así como

formación en cuanto a manejo de equipos, y protocolo de evacuación y de actuación en caso de emergencia.

- Así mismo, el adjudicatario deberá realizar una desinsectación, desratización y desinfectación de los locales y espacios del centro con una periodicidad anual.
- Deberá atender periódicamente al control de legionella en las instalaciones del centro.
- Asimismo, deberá atender al correcto mantenimiento de la instalación de ventilación y renovación de aire, instalación eléctrica y de alumbrado, saneamiento, mantenimiento de fontanería y sanitarios, junto a medidas de higiene y desinfección de suelos, equipos y mobiliario, tanto en circunstancias normales como ante cualquier otra circunstancia imprevista.
- Todos los gastos relativos al mantenimiento del inmueble, limpieza del mismo, conservación, 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, RGIPCI, aparatos elevadores en su caso, 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.

- Inspecciones reglamentarias y mantenimiento Técnico-Legal: La empresa adjudicataria vendrá obligada a llevar a cabo el mantenimiento técnico-legal de las instalaciones y equipos objeto del contrato, previstas en los Reglamentos Industriales actuales o que pudieran promulgarse durante el plazo de ejecución del contrato, tanto de carácter nacional como autonómico y local. Dichas actuaciones comprenderán las operaciones de tipo preventivo, correctivo y de adecuación a normativa y las revisiones e inspecciones periódicas establecidas en los distintos Reglamentos aplicables, siendo por cuenta de empresa adjudicataria todos los gastos derivados de su realización, OCA incluidas, debiendo presentar a la Consejería la documentación acreditativa con los correspondientes visados oficiales.
- 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 obligará 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 desatranco de la red horizontal de saneamiento, incluidos trabajos de desatrasco 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, siendo a cargo de ésta los gastos que ello origine.

- En cuanto a la parcela en que se ubica el inmueble, el adjudicatario se verá obligado a mantener en perfecto estado de limpieza y cuidado los espacios exteriores y las zonas verdes, así como las plantas de interior, y a realizar el mantenimiento debido para evitar su deterioro. Por consiguiente, el adjudicatario estará obligado al mantenimiento de los espacios exteriores, sus instalaciones, pavimentos, así como también del alumbrado exterior que se disponga en estas zonas. Así mismo, a la sustitución, renovación o resiembra de las plantas permanentes o de temporada, árboles y arbustos que hubiera perdido o mermado considerablemente sus características ornamentales, o bien su precario estado botánico haga prever tal situación en un futuro inmediato. Se dedicará atención a la limpieza de las zonas verdes que consistirá en la eliminación tanto de la vegetación de crecimiento espontáneo como de las hojas caídas; llevará a cabo las labores de siega, recortes, podas y recogidas de desperdicios y basuras que por cualquier procedimiento lleguen a esas zonas. El adjudicatario cuidará de que no se produzcan pérdidas de agua por bocas de riego mal cerradas, aspersores mal regulados o por cualquier otra causa.
- Correrán a cargo de la Consejería 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 y mobiliario complementario adicional al inicial del que se haya dotado a los Centros, así como la dotación de mobiliario o equipamiento que a juicio de la Consejería resulte necesario para una mejora del funcionamiento del centro o del confort y atención de los usuarios así como mejora de la imagen o decoración de los espacios del centro. De igual modo correrá a cargo de la Consejería la reposición de mobiliario de la maquinaria, instalaciones 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 Familia, Juventud y Asuntos Sociales. 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 y servicio incluidos en el presente contrato, se hará cargo de la adquisición, mantenimiento y reparación de los ordenadores e impresoras, así como de su renovación periódica, de la contratación y mantenimiento de la conexión a internet, y de la instalación

y mantenimiento de wifi en todo el centro, así como de 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 el inmueble y 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, sanitarios 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.

CLÁUSULA 13ª.- HORARIO

El servicio se prestará de lunes a viernes, excepto festivos, en horario de referencia comprendido entre las 9:00 y las 18 horas salvo los viernes que el horario de atención podrá ser de 9 a 15 h. Este horario podrá adaptarse en función de las características y necesidades de las personas usuarias y de los centros en que sean atendidos, previa autorización de la Consejería. Durante los meses de julio y agosto, estos Centros podrán funcionar con un horario de jornada intensiva de 8 a 15,30 horas. Así mismo, podrán funcionar también con un horario de jornada intensiva de 8 a 15,30 horas durante los días laborales de Semana Santa y del periodo Navideño.

El servicio se prestará con un máximo de 247 días al año.

Durante las vacaciones de verano (que se organizaran preferentemente entre 1 de julio al 31 de agosto), 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.

Con carácter general la atención será presencial, en el caso de que por emergencia sanitaria o causas de fuerza mayor que alteren el funcionamiento normal de los servicios públicos sociales y que pongan en peligro la salud y seguridad de los trabajadores o de las personas usuarias en la prestación presencial del servicio, se permitirá la tele intervención mediante el uso de dispositivos y herramientas digitales.

CLÁUSULA 14ª.- 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”

CLÁUSULA 15ª.- COORDINACIÓN, CONTROL, SUPERVISIÓN E INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y OTRAS OBLIGACIONES DEL ADJUDICATARIO

El adjudicatario del contrato designará un responsable del servicio, quien coordinará y supervisará su prestación. Dicho responsable recibirá y ejecutará las indicaciones que la Consejería 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.

Ante posibles situaciones de emergencia, el adjudicatario proporcionará a la Dirección General competente en materia de atención a personas con discapacidad los datos del responsable del servicio, así como teléfonos fijos y móviles que permitan su localización.

Deberá preverse en la organización del funcionamiento del centro la existencia de una figura con atribuciones suficientes para que, en ausencia de la persona que ostente la dirección del centro, asuma la representación del adjudicatario ante el personal, los usuarios y sus familiares. El nombre

de la persona designada para estas funciones deberá estar expuesto en el tablón de anuncios del centro y comunicado a la Consejería.

Con el objeto de supervisar la correcta ejecución de las actuaciones objeto de este contrato, y ejercer el control sobre el cumplimiento de los compromisos establecidos, la Administración realizará actuaciones de seguimiento, supervisión y evaluación.

El adjudicatario del contrato viene obligado a informar a la Consejería, a través del responsable citado, sobre cualquier incidencia o modificación significativa que se produzca en el desarrollo y la prestación del servicio y a facilitar puntualmente cuanta información le sea requerida en relación con la misma, o relativa a la prestación de los servicios, personal, o de cualquier otro aspecto relacionado con la ejecución del contrato. Se calificará una incidencia como significativa siempre que produzca alteraciones en los medios materiales y personales exigidos que impidan prestar el servicio con normalidad, además de aquéllas que contemplen esta comunicación como norma dentro del oportuno protocolo de actuación.

CLÁUSULA 16ª.- PREVISIONES EN CASO DE HUELGA

En el caso de huelga legal, el adjudicatario deberá mantener puntualmente informada a la Consejería 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.

CLÁUSULA 17ª.- INDICACIÓN DE LA VINCULACIÓN. VISIBILIDAD

El adjudicatario del contrato se obliga a ejecutar las indicaciones de la Consejería en todos aquellos aspectos relacionados con los signos de identidad corporativa o institucional en el edificio del centro y en la documentación y divulgación que se realice sobre las actividades y servicios que se prestan con cargo a este contrato.

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 Familia, Juventud y Asuntos Sociales y hacerse cargo de los costes de adquisición, colocación y reposición de los carteles o placas institucionales de señalización que se indiquen.

CLÁUSULA 18ª.- PROPIEDAD DE LOS MATERIALES TÉCNICOS

La elaboración y publicación de estudios o cualquier otro trabajo que el adjudicatario del contrato desee llevar a cabo utilizando información obtenida como consecuencia de la prestación del servicio, así como la difusión del servicio o sus actividades por cualquier medio, necesitará la previa autorización de la Consejería.

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 caso de difusión del servicio o sus actividades por cualquier medio, deberá figurar la referencia a la Consejería, bien verbal o escrita.

De otra parte, cuando el equipo técnico de la empresa adjudicataria encargado de la gestión del centro, elaboren alguna publicación (o publiquen artículos en revistas científicas o de otro tipo), o participen con ponencias o comunicaciones en Seminarios, Congresos, Jornadas, etc. en los que se traten temas relacionados con la atención prestada o con las actividades desarrolladas en el mismo, así como cuando organicen actos o eventos relacionados con el centro y sus actividades, 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 permitiéndose indicar que su gestión técnica y funcionamiento se realiza por la entidad adjudicataria de cada uno de los centros mediante el presente contrato.

Las guías de evaluación y de los programas de intervención psicosocial, materiales audiovisuales, etc. 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 Centro incluido en el objeto del presente Contrato serán propiedad de la Consejería, y deberán estar a disposición de la misma.

CLÁUSULA 19ª.- SEGURIDAD Y SALUD

El contratista adjudicatario está obligado en el ámbito del contrato de referencia y durante el período de vigencia del mismo, al cumplimiento estricto de sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales según establece la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, reformada por la Ley 54/2003, al RD 39/1997 sobre los servicios de Prevención, y toda la normativa de desarrollo, así como las modificaciones que se produzcan durante la duración del contrato.

La empresa adjudicataria deberá garantizar la seguridad y salud de sus trabajadores, en todos los aspectos relacionados con el trabajo a desarrollar. Dicha obligación se materializa a través de la adopción de las medidas necesarias en materia de prevención de riesgos, planificación de la actividad preventiva, información, consulta y participación y formación de los trabajadores, actuación en casos de emergencia y riesgo grave e inminente, vigilancia de la salud y de un servicio de prevención.

Dotará a todo su personal de todos los medios necesarios de protección colectiva e individual necesarios para el estricto cumplimiento de la normativa vigente en materia de Seguridad y Salud, y Prevención de Riesgos Laborales, debiendo tomar medidas para estos elementos sean utilizados por todo el personal, siendo responsabilidad de ésta, aquellos accidentes laborales que pueda sufrir el personal.

En Madrid, a fecha de la firma

LA DIRECTORA GENERAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Firmado digitalmente por: SERRANO FERNÁNDEZ ALEJANDRA
Fecha: 2025.07.16 15:17

Fdo.: Alejandra Serrano Fernández