

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

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

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

FEBRERO 2026

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETO	5
3. DEFINICIÓN DEL SERVICIO: OBJETIVOS DE LOS EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO, CARACTERÍSTICAS Y OFERTAS DE LAS PLAZAS	6
3.1. Definición y objetivos	6
3.2. Características y oferta de plazas	7
4. PERFIL DE LA POBLACIÓN A ATENDER Y PROCEDIMIENTO DE ACCESO Y DERIVACIÓN Y COSTE DEL SERVICIO.....	8
4.1. Perfil general de la población	8
4.2. Proceso de acceso y derivación.....	9
4.3. Ocupación de las plazas	10
5. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE EN LOS EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO A CONCERTAR PLAZAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID	11
6. PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN	13
6.1. Contacto, vinculación y enganche.....	14
6.2. Evaluación y planificación de la intervención	15
6.3. Intervención: metodología, áreas de trabajo y actividades	16
6.3.1 Metodología	16
6.3.2 Áreas de intervención y actividades	17
6.4. Seguimiento	19
7. COORDINACIÓN Y APOYO A OTROS RECURSOS COMUNITARIOS	20
8. EXPEDIENTE INDIVIDUAL Y SISTEMAS INFORMÁTICOS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	21
9. PLAN DE CALIDAD	23
10. MEMORIAS	24

11. MEDIOS PERSONALES	24
11.1. Medios personales del equipo de apoyo social comunitario	25
11.2. Formación del personal.....	27
12. PROTOCOLOS Y REGISTROS	28
13. MEDIOS MATERIALES.....	30
13.1. Infraestructura y equipamiento.....	¡Error! Marcador no definido.
13.2. Otros Medios materiales y funcionamiento	¡Error! Marcador no definido.
14. HORARIO	31
15. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y PRESCRIPCIONES RELATIVAS A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DE LOS USUARIOS DEL CENTRO	32
16. COORDINACIÓN, CONTROL, SUPERVISIÓN E INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN Y OTRAS OBLIGACIONES DEL ADJUDICATARIO.....	32
17. PREVISIONES EN CASO DE HUELGA	33
18. INDICACIÓN DE LA VINCULACIÓN, VISIBILIDAD.....	33
19. PROPIEDAD DE LOS MATERIALES TÉCNICOS.....	33

1. INTRODUCCIÓN

La Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales a través de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, está firmemente comprometida en la atención social a las personas adultas con discapacidad derivada de enfermedad mental grave y en el apoyo a sus familias. Para ello ha desarrollado la Red pública de Atención Social Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera que cuenta con una tipología de centros y recursos de atención social especializada diversificada y con una distribución territorializada. Esta Red, y los centros y recursos que la integran, trabajan en estrecha coordinación y complementariedad con la red de Salud Mental para asegurar una atención sociosanitaria integral ofreciendo atención social a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración a consecuencia de trastornos mentales severos derivadas desde los Servicios de Salud Mental de la red pública sanitaria como responsables de su tratamiento y seguimiento psiquiátrico.

La Red cuenta con diferentes tipos de centros y recursos que ofrecen en régimen de atención diurna y de atención residencial distintos programas y actividades para atender las diversas necesidades sociales de estas personas y para promover su autonomía e integración social y laboral.

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, define los principios organizativos y el funcionamiento de centros y servicios, así como los criterios de acceso y prestaciones que se incluyen.

Dentro de los mismos se incluyen los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) que se conciben como un Servicio de atención psicosocial especializado que complementa la atención prestada en la red de centros y que permiten ofrecer atención psicosocial domiciliar y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental grave con mayores dificultades de funcionamiento e integración y que les ofrecen asimismo acompañamiento y apoyo para su vinculación con la red de centros y servicios que necesiten tanto de salud mental como de atención social o recursos socio-comunitarios.

A fin de favorecer la integración social de las personas con enfermedades mentales graves y duraderas la Comunidad de Madrid viene desde el año 2005 promoviendo el desarrollo de este tipo de centros de atención social y considera prioritario asegurar su mantenimiento y continuar su desarrollo.

En consecuencia se procede a elaborar el presente pliego de prescripciones técnicas para la contratación mediante acuerdo marco de *Equipos de Apoyo Social Comunitario para personas con enfermedad mental grave y duradera en las distintas zona de la Comunidad de Madrid* de conformidad con lo establecido en el artículo 124 de la Ley 9/2017, de 8 de

noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/UE, de 26 de febrero de 2014.

2. OBJETO

El presente pliego de prescripciones técnicas tiene por objeto establecer las condiciones para el Acuerdo Marco que permita seleccionar una serie de entidades o empresas que sean titulares de un Servicio de Equipo de Apoyo Social Comunitario y a tal fin describir las obligaciones, condiciones técnicas y actividades específicas que deben de ser asumidas y desarrolladas por las entidades o empresas que puedan ser adjudicatarias del Acuerdo Marco y de los contratos de servicios basados en el mismo para la contratación de este tipo de plazas.

Con el presente Acuerdo Marco y los contratos que se adjudiquen basados del mismo, se pretende lograr una bolsa o conjunto de plazas de equipo de apoyo social comunitario que permita asegurar la atención a los usuarios con enfermedad mental que actualmente estén atendidos en 2026, y a propuesta de los Servicios de Salud Mental de referencia, están atendidos en este tipo de equipos y las derivaciones que, desde los citados Servicios de Salud Mental de las distintas zonas, se planteen de nuevos usuarios que lo necesiten en el futuro.

El objetivo con este Acuerdo Marco es mantener como mínimo las plazas concertadas actualmente y en su caso poder ampliar plazas y poner en marcha nuevos centros si la disponibilidad presupuestaria lo permite y teniendo en cuenta las demandas y listas de espera existentes en las distintas zonas.

Las plazas en los Equipos de Apoyo Social Comunitario incluidas en el presente Acuerdo Marco una vez formalizado éste y en los contratos de servicios basados que de él se deriven, quedarán integradas dentro de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera dependiente de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad (en adelante, la Dirección General) de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, de conformidad con lo establecido en la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

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

comunitaria normalizada, así como la coordinación con servicios sociales generales y otros recursos sociocomunitarios.

Por ello y a fin de asegurar y preservar este principio esencial de territorialización como eje para la organización y funcionamiento de los centros de la red y entre ellos los centros de día se tendrá en cuenta este elemento de territorialización en la adjudicación de las plazas de cada EASC que los licitadores ofrezcan de modo que se asegure una adecuada distribución territorial de las mismas para promover una atención social cercana al entorno de los usuarios y su mayor integración comunitaria.

3. DEFINICIÓN DEL SERVICIO: OBJETIVOS DE LOS EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO, CARACTERÍSTICAS Y OFERTAS DE LAS PLAZAS

3.1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

De acuerdo al diseño establecido por la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales (en adelante Consejería), en el marco de la *Red pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera*, los equipos de apoyo social comunitario (en adelante EASC) se conciben como un tipo de servicio de atención psicosocial especializado, que ofrece de un modo específico atención psicosocial y apoyo en el domicilio y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental grave y duradera con mayores dificultades de funcionamiento e integración y que les ofrezcan asimismo acompañamiento y apoyo para su vinculación con la red de centros y servicios que necesiten tanto de salud mental como de atención social o recursos socio-comunitarios. Estos equipos trabajan en estrecha coordinación y complementariedad con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental (en adelante SSM) de cada distrito.

Los EASC se configuran como un equipo social multiprofesional que trabaja en el entorno comunitario y que está dirigido a ofrecer atención domiciliaria y apoyo social que permita a usuarios con dificultades de funcionamiento mantenerse en su propio domicilio o en el entorno familiar, evitando situación de riesgo de marginación o de institucionalización; así como ayudarles a mejorar su calidad de vida y su autonomía y posibilidades de integración buscando además apoyarles y acompañarles para que se vinculen y utilicen todos los servicios tanto sanitarios de salud mental como sociales que permiten una mejora atención a sus distintas necesidades.

Ofrecen una atención flexible y cercana en su propio domicilio a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación y sobre todo ayudarles en la medida de lo posible a mantenerse en adecuadas condiciones en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social. Así como con aquellos usuarios que sean necesario, ofrecen acompañamiento y apoyo para

mejorar el enganche y vinculación con la red de recursos de salud mental, de la red de atención social y de servicios sociales, así como apoyo en su propio entorno a fin de mejorar su situación y calidad de vida y ofrecer ayuda a sus familias.

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

Las funciones básicas de cada uno de los EASC serán por tanto: de atención psicosocial domiciliaria y apoyo al mantenimiento en el propio domicilio o en el familiar y, en aquellos usuarios que sea necesario, ofrecer apoyo para mejorar el enganche y vinculación con la red de recursos de salud mental y de servicios sociales y de apoyo en su propio entorno a fin de mejorar su situación y calidad de vida y ofrecer apoyo a sus familias.

Así pues, los EASC incluidos en el presente Acuerdo Marco buscarán, desde un modelo de intervención social comunitaria, el servir a los siguientes OBJETIVOS:

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

3.2. CARACTERÍSTICAS Y OFERTA DE PLAZAS

El Servicio se prestará en las plazas que a tal fin aporten las Empresas o Entidades que resulten adjudicatarias del Acuerdo Marco y de los contratos basados que de él se deriven, y se concretará en la puesta a disposición de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad (en adelante, la Dirección General) de la Consejería, del número de plazas que se adjudiquen y contraten en dichos Equipos de Apoyo Social Comunitario tras la formalización del correspondiente documento contractual para la atención de las personas usuarias de las características antedichas. Estas plazas quedarán integradas dentro de la Red Pública de Atención a Personas con Discapacidad que gestiona la actual Dirección General de la Consejería, de conformidad con lo establecido en la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Los EASC son servicios de acuerdo a la normativa existente en materia de centros y servicios de acción social. Teniendo en cuenta que las autorizaciones administrativas o comunicaciones previas de los Servicios no establecen capacidad de atención y la variabilidad en los procesos de atención psicosocial de los usuarios de los EASC de acuerdo a las diferentes necesidades de apoyo en consonancia con su plan individualizado de atención, la capacidad de atención de cada EASC podrá tener un margen de elasticidad aunque se establece un módulo de atención razonable por cada EASC de en torno 30/35 usuarios.

Por ello cada entidad licitadora podrá ofertar en cada EASC un número de plazas que será como mínimo de 30 plazas y como máximo 35 plazas.

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

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

4.1. PERFIL GENERAL DE LA POBLACIÓN

El perfil de características, problemática y necesidades de las personas a atender en estos EASC será el siguiente:

- Personas, de edad entre 18 y 65 años de ambos sexos, con enfermedad mental grave y duradera que presenten deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social.
- Estar siendo atendido y ser derivado desde uno de los SSM del área o distrito sanitario de referencia asignado al EASC. Los potenciales usuarios a ser atendidos por este Equipo deberán estar detectados y atendidos en los SSM a través sus correspondientes programas de rehabilitación y continuidad de cuidados, además también puedan estar siendo atendidos en recursos específicos de atención social existentes en la zona como CRPS o CD, o Residencia, etc.
- Personas con enfermedad mental grave de curso crónico o duradero con dificultades de integración en recursos socio-comunitarios e importantes necesidades de soporte social y familiar que necesitan una atención flexible y cercana en su propio domicilio a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación y sobre todo ayudarles en la medida de lo posible a mantenerse en adecuadas condiciones en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social.

- Pacientes con enfermedad mental grave de curso crónico detectados por los SSM pero que presentan importantes dificultades para mantenerse en contacto o en seguimiento regular o continuado en los SSM, 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 SSM y siempre bajo las directrices y la aprobación de la Consejería desde su Red pública de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera.

4.2. PROCESO DE ACCESO Y DERIVACIÓN

Las entidades adjudicatarias deberá atender a los usuarios que sean derivados a las plazas contratadas en el contrato basado de cada EASC por los SSM del distrito de referencia, asignados al EASC y a las plazas adjudicadas en el mismo y en todo caso de acuerdo a lo que establezca la Consejería desde la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera.

Los SSM de las áreas de referencia establecidas para la sectorización de las plazas de EASC serán los responsables de proponer y derivar a los usuarios que cumplan las condiciones y criterios antes indicados para su atención en las mismas. El equipo del SSM propondrá la derivación y acceso de un usuario mediante la cumplimentación 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, que a efecto de derivación se establecerá o en su caso la ficha individual del paciente en el programa de continuidad de cuidados.

En dicho informe de derivación, se ha de incluir información sobre la situación clínico-psiquiátrica, situación social y familiar, nivel de funcionamiento psicosocial, motivos que justifican la demanda de acceso a las plazas de EASC.

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 SSM de distrito. Los usuarios que sean atendidos por cada EASC seguirán siendo atendidos por su SSM, en el marco del programa de rehabilitación y continuidad de cuidados, que es responsable de su atención, tratamiento psiquiátrico y seguimiento. De cara al trabajo de atención social domiciliaria y apoyo comunitario del usuario ambos recursos trabajarán en estrecha colaboración de acuerdo a

una lógica de complementariedad, coordinación y continuidad de cuidados. Asimismo, se trabajará también en estrecha coordinación con el CD, el CRPS y los centros de atención residencial y demás recursos dependientes de la citada Red de Atención Social a personas con enfermedad mental existentes en esta zona, así como los Servicios Sociales Generales de Zona.

Dado el carácter integrador de estos equipos, se articulará un procedimiento de coordinación específico con el Programa de Continuidad de Cuidados del SSM 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.

4.3. OCUPACIÓN DE LAS PLAZAS

A los efectos del presente Pliego, se distinguen dos posibles situaciones: plazas ocupadas y plazas reservadas.

- **Plaza ocupada**

Se entiende por plaza ocupada la asignada tras la propuesta de derivación del SSM a un usuario y ocupada por él, desde el momento en que se produce el inicio de la atención del mismo por el equipo profesional del EASC. Se considera plaza ocupada durante todo el proceso de intervención que podrá ser flexible y variable con distintos niveles de intensidad de acuerdo a las necesidades, realizando las visitas que sean precisas y prestando soporte en el domicilio y en el entorno así como haciendo los acompañamientos todo ello para el logro de la integración comunitaria y para la vinculación del usuario a los distintos recursos que necesite en consonancia con lo establecido en el plan individualizado de atención de cada usuario hasta la finalización de dicha intervención.

Así mismo, se computarán como plaza ocupada:

- Las ausencias o no prestación del servicio al usuario por causas diversas justificadas, por periodos de cinco días o menos hasta un máximo de 60 días anuales.
- Los permisos o vacaciones del usuario por periodos de 5 días o menos días de duración, con un máximo de 30 días al año.
- La ausencia por hospitalización del usuario tanto por causa de su patología psiquiátrica o por otras enfermedades o recuperación de la salud en domicilio, prescrita por facultativo, de duración igual o inferior a 20 días laborables.

No será susceptible de abono la plaza vacante no ocupada por un usuario. En el momento de producirse la baja definitiva de un usuario, se considera que la plaza se encuentra vacante desde el día siguiente a la fecha de la baja.

- **Plazas reservadas**

Se entiende por plazas reservadas Las plazas en ausencia de los usuarios en cualquiera de las situaciones recogidas a continuación:

- Ausencias o no prestación del servicio, por permisos o vacaciones por periodos de seis o más días de duración. El número máximo de días por usuario, en los casos de permisos o vacaciones, que darán derecho al abono de la plaza en ausencia será de 60 días al año.
- Hospitalización del usuario o convalecencia en domicilio, prescrita por facultativo, por un periodo de tiempo de superior a veinte días laborales hasta el alta médica del usuario. Estas ausencias no estarán sujetas a límite temporal máximo alguno.

El adjudicatario deberá contar con un sistema de registro de ausencias de las personas usuarias, en soporte electrónico, en el que quede reflejado para cada persona usuaria, las fechas de las ausencias y su justificación y el número de días de ausencia con datos acumulados por cada periodo de ausencia y en cómputo anual. Dicho sistema de registro estará a disposición de la Consejería, a fin de poder realizar las comprobaciones necesarias.

En caso de faltas injustificadas reiteradas o de superarse los plazos máximos de ausencia anteriormente descritos, el adjudicatario está obligado a comunicarlo a la Consejería, pudiendo la persona usuaria perder el derecho al mantenimiento de la plaza tras la tramitación oportuna.

De forma excepcional y debidamente motivada, el centro podrá proponer a la Consejería periodos mayores de ausencia, relacionados con el plan individual de atención del usuario, o como consecuencia de circunstancias extraordinarias sobrevenidas, así como en los casos de usuarios que dejen de hacer uso del servicio sin previa comunicación o justificación. En estos casos, deberá contarse con la aprobación expresa de la Consejería a la propuesta realizada.

El coste del Servicio se fijará en el importe en el que el Acuerdo Marco haya sido adjudicado por plaza ocupada o reservada y día. El coste del Servicio será del 75% del precio de adjudicación en el caso de plaza reservada. La facturación se hará por un máximo de 247 días laborales al año.

5. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE HAN DE PRESTARSE EN LOS EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO A CONCERTAR PLAZAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

A continuación, se describen los servicios y/o áreas de actuación que se desarrollarán en los EASC objeto del presente Acuerdo Marco y que las empresas o entidades adjudicatarias de los contratos de servicios basados del Acuerdo Marco en los que se contraten las plazas, deberá asegurar e implementar.

- **Atención psicosocial domiciliaria y apoyo social comunitario.** Se desarrollará con cada usuario/a 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 sociocomunitario.
- **Acompañamiento y apoyo a la vinculación con la red de centros y recursos sanitarios y sociales.** 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 SSM 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 SSM pero que presentan importantes dificultades para mantenerse en contacto o en seguimiento regular o continuado en los SSM, presentando estas personas además un nivel importante de deterioro psicosocial y/o gran aislamiento social. En estos casos el EASC servirá de apoyo y complemento a la labor que desarrolle el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados responsable del caso. Desde el EASC se podrá en estos casos ofrecer acompañamiento y apoyo para fomentar y facilitar la vinculación regular y adecuada del paciente con el SSM y con otros recursos específicos de atención social y con recursos comunitarios que faciliten la mejora de su situación, calidad de vida y posibilidades de integración comunitaria.

Asimismo, se ofrecerán Servicios complementarios de comidas y de apoyo al transporte.

Servicio complementario de comidas. Dado que el EASC trabaja para facilitar el mantenimiento en las mejores condiciones posibles de los usuarios en su domicilio y que puede haber algunos usuarios en situación de gran vulnerabilidad social, se plantea la necesidad de poder ofrecer un servicio complementario de comidas para alguno de los usuarios que lo puedan necesitar por razones sociales, económicas o de graves problemas de autonomía doméstica. Este servicio se prestará de lunes a viernes y podrá 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. Se ofrecerá una bolsa de 300 servicios anuales en el caso de que se contraten 30 plazas o parte proporcional en función del número de plazas contratadas en cada EASC. El adjudicatario deberá proporcionar este servicio sin coste alguno para los usuarios.

- **Servicio complementario de apoyo al transporte** para facilitar la accesibilidad de aquellos usuarios de los EASC con mayores dificultades o necesidades y con dificultades o insuficiencia de recursos económicos añadidos con los que se está trabajando para su vinculación y utilización de los distintos servicios o recursos de salud mental social o comunitarios. Este apoyo se concretaría en función de las

circunstancias específicas de cada caso y del transporte existente desde su domicilio de residencia y la zona de donde se ubican los recursos que precisa utilizar o donde se desarrollen las actividades en entorno comunitario a las que tenga que asistir.

El adjudicatario deberá garantizar sin coste para los usuarios los servicios de transporte de ida y vuelta desde los domicilios de las personas atendidas en el EASC a otros recursos que se precisen utilizar, en medios públicos. Este servicio de apoyo al transporte se podrá realizar sufragando el pago de abono transporte, pago de billetes sencillos, tarjetas multi viajes, u otra fórmula que resulte adecuada al caso.

Como mínimo se asegurará que al menos el número de usuarios que supongan el 10% de las plazas contratadas en cada EASC puedan tener de modo gratuito este servicio de apoyo al transporte. Teniendo en cuenta también la flexibilidad que debe tener este servicio a fin de ajustarse a las necesidades de cada usuario y sus objetivos, cada mes podrá variar el número concreto de usuarios que lo reciban, pero manteniendo un promedio de usuarios de en torno al 10% de las plazas contratadas en cada EASC.

El adjudicatario deberá contar con un sistema de registro de los servicios de comidas y transporte prestados a las personas usuarias, en soporte electrónico, en el que quede reflejado para cada persona usuaria, en computo diario, mensual y acumulado anual los datos de los servicios prestados por usuario y servicio. Dicho sistema de registro estará a disposición de la Consejería, a fin de poder realizar las comprobaciones necesarias.

6. PROCESO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN

Con cada usuario/a y en su caso con su familia, que sea derivado y acceda a una de las plazas de EASC contratadas mediante el correspondiente contrato basado en el presente Acuerdo Marco, la entidad adjudicataria organizará, tanto en el propio domicilio como en su entorno comunitario un proceso de acogida, atención e intervención psicosocial que se realizará de acuerdo a las indicaciones y especificaciones siguientes:

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

Asimismo, el trabajo a desarrollar por el EASC se debe articular de un modo integrado, coordinado y complementario con el programa de continuidad de cuidados del SSM responsable del tratamiento y seguimiento global del usuario derivado al EASC. Asimismo, 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 el CD como en su caso con la residencia o CRL, a fin de facilitar una adecuada atención integral y trabajo en red.

Con cada usuario/a. 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 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 SSM 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 e intervención.

A continuación, se describirán los objetivos y actividades que componen el proceso global de atención e intervención en sus diferentes fases o momentos, y que configuran las obligaciones técnicas que debe de realizar la entidad adjudicataria en relación con cada EASC incluido en el presente Acuerdo Marco.

6.1. 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 basados 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 de una 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.

6.2. 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. Se tratará de conocer las características, exigencias, posibilidades y demandas de su medio familiar y social, para lo cual durante el proceso de evaluación se realizarán cuantas visitas domiciliarias sean necesarias. El objetivo básico de esta evaluación será determinar las principales necesidades de apoyo que presenta el usuario y su familia para poder mantenerse en su propio domicilio y en su entorno comunitario en las mejores condiciones posibles de funcionamiento y calidad de vida y evitar procesos de deterioro, aislamiento o marginación.

El proceso inicial de evaluación que permita obtener la información fundamental para poder establecer los principales objetivos y el plan inicial de rehabilitación individualizado, se realizará en el menor tiempo posible y en todo caso en un tiempo máximo de 45 días desde el primer contacto del usuario con el Servicio.

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

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

El proceso de intervención específica de atención social domiciliaria y apoyo comunitario a desarrollar con cada usuario se basará en los datos recogidos en el proceso de evaluación inicial y se estructurará a través del diseño de un plan individualizado de atención, consensado 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 de atención 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 (CD,

CRPS, etc.) existentes en la zona y con cuantos otros recursos socio-comunitarios sean pertinentes (Servicios Sociales Generales, Centros sociales, etc.). En todo caso en un plazo máximo de 2 meses (con la flexibilidad necesaria atendiendo a la especificidad y complejidad de los casos) desde el primer contacto se deberá haber realizado el proceso inicial de evaluación y la elaboración y formulación por escrito del Plan Individualizado de Atención.

Este plan deberá realizarse por escrito y ser presentado y consensuado con el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados del SSM correspondiente, así como con el usuario y en su caso con su familia. El psicólogo, trabajador social y/ o profesional responsable de cada usuario deberá enviar por escrito al SSM 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 de atención 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 reorientando y adaptando el proceso de intervención. Los cambios o reajustes del plan individualizado de atención que se realicen serán, en la medida de lo posible, consensuados y acordados con los usuarios.

6.3. INTERVENCIÓN: METODOLOGÍA, ÁREAS DE TRABAJO Y ACTIVIDADES

6.3.1 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.

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

6.3.2 Áreas de intervención y actividades

6.3.2.1. Atención social domiciliaria y apoyo social comunitario

Se desarrollará con cada usuario un proceso individualizado de atención y apoyo social en su propio domicilio y en su entorno familiar y social. 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 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,).
- **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 SSM de referencia.
- **Hábitos saludables para la mejora de las condiciones de salud.** Su objetivo es promover hábitos y estilos de vida saludable así, como en razón a la edad de los usuarios, la prevención del envejecimiento y la dependencia abordando entre otros aspectos, la alimentación saludable, ejercicio físico, higiene del sueño, detección y prevención de enfermedades, prevención de adicciones (tabaquismo, alcohol,

tecnológicas etc.) envejecimiento activo y otros de naturaleza análoga que fueran precisos en función de las necesidades de los usuarios.

- **Relaciones sociales/habilidades sociales.** Se busca entrenar y/o promover aquellas habilidades de conversación, comunicación, asertividad, expresión de emociones, etc, que favorezcan el desenvolvimiento adecuado de los usuarios en situaciones de interacción social.
- **Integración comunitaria.** Tratará de favorecer una mayor autonomía en su comportamiento social, fomentando su participación social, así como el uso de recursos sociales normalizados.
- **Ocio y tiempo libre:** Buscará ayudar a cada usuario a organizar y ocupar su ocio de un modo significativo y relevante, fomentando y apoyando su participación en actividades de ocio normalizadas que favorezcan su socialización y su integración.

Para cada una de estas áreas la empresa adjudicataria de cada EASC diseñará una guía, que estructure globalmente el proceso de intervención que incluirá como mínimo por cada área una definición de objetivos, metodología, contenidos básicos, actividades a realizar y procedimiento de evaluación. Estas guías del proceso de intervención así como la guía del proceso de evaluación, deberán estar permanentemente actualizadas, en el servicio 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 de atención.

La **intervención en el medio comunitario** será un 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.

La intervención con las familias que conviven con los usuarios es esencial en el trabajo del EASC. En este ámbito se ofrecerá la información, asesoramiento y apoyo individualizado que sea necesario con cada familia 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.

6.3.2.2. Acompañamiento y apoyo a la vinculación con la red

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 SSM 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 SSM pero que presentan importantes dificultades para mantenerse en contacto o en seguimiento regular o continuado en los SSM, 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 SSM de referencia, así como con los Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos específicos y comunitarios sean relevantes.

6.4. SEGUIMIENTO

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

Este proceso de seguimiento y apoyo comunitario de aquellos usuarios en los que se haya finalizado el proceso de intervención específico y se hayan alcanzado los principales objetivos planteados, será un elemento importante del trabajo del EASC, ofreciendo el nivel de apoyo y supervisión que cada usuario requiera para mantener y mejorar su autonomía y permanencia en su domicilio, independencia y calidad de vida, a la vez, que permitirá detectar e intervenir precozmente ante las dificultades que se presenten en la vida del

usuario y puedan suponer un riesgo de recaída o deterioro. Para ello se desarrollarán cuantas actividades permitan ofrecer y realizar el seguimiento y apoyo comunitario que cada usuario requiera, entre estas actividades se incluirán: contactos telefónicos, visitas domiciliarias, entrevistas de seguimiento en el propio domicilio, actividades de apoyo social con el usuario y su familia, etc. La periodicidad de estas actividades se ajustará a las necesidades de cada usuario y en todo caso, al menos 2 veces al mes hasta el alta definitiva del usuario. La duración de este seguimiento será flexible y se realizará durante todo el tiempo que sea necesario en relación con la situación, evolución y necesidades de cada caso. Cada EASC deberá organizar este seguimiento trabajando en estrecha coordinación y colaboración, especialmente, con los programas de rehabilitación y seguimiento de los SSM, así como con Servicios Sociales Generales y cuantos otros recursos sean necesarios. Asimismo, se debe trabajar para que en el seguimiento y soporte continuado se impliquen las redes sociales relacionadas con el usuario en su propio entorno.

7. COORDINACIÓN Y APOYO A OTROS RECURSOS COMUNITARIOS

La entidad adjudicataria deberá asegurar que desde cada EASC participe y promueva la coordinación con todos aquellos servicios o recursos (SSM, Servicios Sociales Generales, Recursos sociocomunitarios) que puedan estar implicados en la atención de los usuarios y resulten necesarios o relevantes para promover su rehabilitación e integración a fin de favorecer la adecuada continuidad de cuidados y un proceso integral de atención, rehabilitación apoyo social e integración comunitaria. Para ello se seguirán en todo momento las directrices que se establezcan desde la Consejería a través de los responsables técnicos de la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera.

Por un lado, se deberá participar activamente, tanto el psicólogo como, si es necesario, otros profesionales del EASC como el trabajador social u otros, y en las reuniones de coordinación que se establezcan a nivel de área o de distrito, con los SSM de referencia como responsables de la atención y seguimiento psiquiátrico y de la derivación de los usuarios al EASC, a fin de asegurar la adecuada complementariedad y coordinación de actuaciones. Asimismo, 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 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 ubica el Equipo.

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, CD, CRPS o servicios de la misma tipología que existan o se creen en la zona de referencia

del EASC, cuyas plazas hayan sido contratadas en el contrato basado de este Acuerdo Marco.

Los profesionales pertenecientes al EASC 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 e integración comunitaria puedan impartirse para asociaciones existentes en la comunidad, profesionales de los servicios sociales generales, líderes y agentes comunitarios, etc.

Asimismo, cada servicio se implicará y colaborará en las actividades que desde la Consejería se promuevan para la divulgación de la problemática de esta población y la mayor sensibilización social de cara a la aceptación y apoyo a la integración social de este colectivo. En esta línea se organizarán desde cada EASC 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 cada EASC al menos 2 actividades anuales de sensibilización y lucha contra el estigma

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 el Centro 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 periodos de rotación de M.I.R. de psiquiatría y P.I.R. de psicología. Debiendo la entidad adjudicataria acatar las directrices e instrucciones que desde la Consejería 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.

8. EXPEDIENTE INDIVIDUAL Y SISTEMAS INFORMÁTICOS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Cada usuario que sea atendido en cada EASC con plazas contratadas mediante el contrato basado correspondiente del presente Acuerdo marco, deberá contar con un expediente individual en soporte informático que recoja, organice y archive toda la información y documentación correspondiente a su proceso de atención y rehabilitación. Incluirá por datos de identificación, plan de continuidad de cuidados y demás informes del SSM derivante,

informe de evaluación, plan individualizado de atención, 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 EASC, que recoja, para cada usuario, los datos de identificación, tratamientos y registros, plan Individualizado de atención, días y horas de asistencia y en que entornos se realizan, 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 basado del presente Acuerdo Marco, 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.

9. PLAN DE CALIDAD

Se incluirá la implantación de un sistema de gestión de calidad de conformidad con la norma ISO9001 o la norma UNE que se determine como aplicable para este tipo de servicio. El adjudicatario deberá seguir las instrucciones que a este respecto determine la Consejería.

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

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 contratadas en el contrato basado del Acuerdo Marco, el adjudicatario estará obligado a adherirse al mismo e implantarlo en las condiciones que se establezcan.

10. 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 del EASC, 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 el EASC, que la Consejería establezca. En cualquier momento y a requerimiento de los responsables técnicos de la citada Red en la Consejería, la entidad adjudicataria estará obligada a presentar cuantos datos, estadísticos o sobre el proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de los usuarios, se le soliciten.

11. MEDIOS PERSONALES

Las entidades o empresas que resulten adjudicatarios de plazas contratadas en el correspondiente contrato basado del Acuerdo Marco, deberán contar para la ejecución del mismo, con personal técnico y de atención directa suficiente para la prestación del servicio, según el número de plazas contratadas y de acuerdo a las ratios y proporciones que más adelante se señalen.

Los profesionales de cada categoría profesional deberán desarrollar su trabajo de acuerdo a lo establecido en el presente pliego y a las actividades necesarias para la adecuada atención de los usuarios y teniendo en cuenta como referencia las funciones que se reseñan más adelante.

La Consejería podrá solicitar la documentación que estime pertinente para comprobar que los trabajadores que están efectivamente asignados a la ejecución del contrato basado 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 basado, 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.

11.1. MEDIOS PERSONALES DEL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO

Para la adecuada prestación de los servicios y actividades a realizar en las plazas adjudicadas de EASC, el adjudicatario aportará, como mínimo para un módulo entre 30 y 35 plazas los siguientes medios personales:

- 1 Psicólogo/a. Grupo II. Personal titulado nivel 3.
- 1 Trabajador/a social. Grupo II. Personal titulado nivel 2.
- 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:

- **Psicólogo/a**

Se deberá contar con la figura de **1 psicólogo/a**, a jornada completa con presencia de lunes a viernes con 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 masters universitarios equivalentes o de características similares.

Sus funciones serán:

- Organizar y mantener la colaboración y coordinación con los SSM 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/a social**

Se deberá contar con la figura de **1 un profesional** a jornada completa con presencia de lunes a viernes con titulación de **Trabajador Social**.

Sus funciones serán:

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

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

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.

Serán de cuenta del adjudicatario las obligaciones que la legislación y convenio colectivo aplicable establezcan en cuanto al personal que preste el servicio en cada centro.

El adjudicatario enviará al inicio de la ejecución del contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco a la Consejería, a la Subdirección responsable de la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera, el organigrama y la relación completa del personal destinado al funcionamiento y atención a prestar en los centros de día que hayan resultado adjudicatarios de plazas, con indicación de la jornada laboral, cualificación y funciones.

Dicha documentación deberá mantenerse permanentemente actualizada en los centros y a disposición de la Consejería a efectos de comprobación cuando sea requerido.

La entidad adjudicataria deberá informar a la Consejería de aquellas incidencias significativas que se produzcan en la plantilla de personal del EASC, realizándose esta comunicación anticipadamente siempre que pueda preverse.

El recurso 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 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 del recurso. 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 de los medios tecnológicos en que se registren estos marcajes en cualquier momento.

11.2. 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 EASC objeto del contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco con un horizonte de al menos 2 años, evaluable anualmente. Dicho plan deberá estar elaborado en el plazo de un mes desde el inicio de la ejecución del contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco,

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 basado correspondiente del Acuerdo Marco, el adjudicatario procederá a actualizar el plan de formación con nuevos objetivos, alcance y horizonte por el periodo establecido en la misma.

Así pues, la Empresa o entidad adjudicataria cada año del periodo de duración del contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco 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 los EASC objeto del contrato basado, que se realizará cada año de la ejecución del contrato basado incluidos en su caso su prórroga y en la que se tratará de que participen todos los profesionales de los centros. La citada acción formativa incluirá información básica sobre filosofía y principios de atención en rehabilitación psicosocial, atención social, apoyo comunitario y rehabilitación laboral 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 recurso para su revisión en las visitas de seguimiento y en su caso podrá ser remitido a petición de la Consejería.

12. 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 EASC deberá contar con los protocolos y registros correspondientes, en su caso, que se detallan a continuación:

- **Protocolo de Acogida y adherencia de las personas al recurso.** Deberá existir un protocolo de acogida al recurso tanto de la persona usuaria como en su caso de sus familiares, que incluirá la recepción, presentación, información sobre las actividades y el funcionamiento del recurso. A la persona usuaria se le asignará un profesional de referencia y se hará una evaluación del grado de adaptación al EASC y de integración a las actividades y programas del mismo.

- **Protocolo de valoración inicial y elaboración de los Planes individualizados de Atención.** Se contará con un protocolo que describa el procedimiento y contenido de la valoración de la persona usuaria al inicio de la intervención que incluirá tanto los aspectos relacionados con su salud y funcionales como psicológicos y sociales 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.**
- **Protocolo de control del proceso de atención y ausencias no justificadas** de las personas usuarias del EASC.
- **Prevención, gestión y actuaciones ante situaciones de crisis.** Se deberán definir en este protocolo las acciones a llevar a cabo ante situaciones imprevistas que podrá definir como actuar ante aparición de enfermedades de declaración obligatoria, brotes epidémicos, enfermedades infectocontagiosas, circunstancias que precisas desinsectación en los domicilios, otras emergencias sanitarias, posibles traslados a servicios de urgencias, avisos a personas de referencia de la persona usuaria etc...
- **Gestión del proceso de salida del recurso** 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, etc).

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 de incidencias en el proceso de atención.**
- **Registro de intervenciones y visitas a los usuarios.**
- **Registro de coordinaciones con Servicios de Salud Mental y o Unidades de Hospitalización de Salud Mental.**
- **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.

La Consejería facilitará el protocolo a seguir para la comunicación de incidencias relevantes que se produzcan en la prestación del servicio. Asimismo, podrá exigir en cualquier momento la implantación de nuevos protocolos o registros que se consideren necesarios para garantizar la calidad de la atención.

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).

13. MEDIOS MATERIALES

La entidad o empresa adjudicataria del contrato de servicios basado en el presente Acuerdo Marco se concretará en la puesta a disposición de la Consejería, en las fechas consignadas en el documento de formalización contractual, del número de plazas que se le hayan adjudicado en el correspondiente contrato basado del Acuerdo Marco.

Las entidades deberán aportar los medios materiales necesarios para asegurar la adecuada prestación del servicio. Como mínimo deberán aportar o disponer de los siguientes:

13.1. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

El EASC, cuyas funciones son de atención domiciliaria y apoyo comunitario desarrollará su intervención sobre todo en el domicilio o entorno social y comunitario del usuario. Sin perjuicio de lo cual, la entidad adjudicataria deberá aportar unas instalaciones específicas de uso exclusivo para este recurso, que permitan ubicar un despacho y/o sala, así como aseo, para que sirva lugar de coordinación, trabajo y permita guardar la documentación. El local donde se ubique el equipo, para el cual se considera una superficie aproximada de 40 metros cuadrados, deberá ser aportado por la entidad adjudicataria, ha de disponer de una mesa de reuniones, mesa de trabajo y mobiliario habilitado para archivar la documentación que se genera en el servicio.

Al tratarse de un servicio, deberán estar adaptados material y funcionalmente para dar respuesta a las necesidades descritas, así como a las condiciones de las prestaciones que se desarrollen, y cumplir con la normativa que les resulte de aplicación. La entidad adjudicataria correrá con los gastos derivados de la conservación de este local y su equipamiento.

La entidad adjudicataria deberá aportar además como medios materiales para cada EASC 4 teléfonos móviles y 4 ordenadores portátiles para cada uno de sus 4 profesionales.

13.2. OTROS MEDIOS MATERIALES Y DE FUNCIONAMIENTO

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

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

14. 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 recursos en que sean atendidos, previa autorización de la Consejería. Durante los meses de julio y agosto, estos recursos 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 este recurso 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.

15. 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 28 Confidencialidad y Protección de Datos del Pliego de Cláusulas Administrativo Particulares del presente Acuerdo Marco.**

16. COORDINACIÓN, CONTROL, SUPERVISIÓN E INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN Y OTRAS OBLIGACIONES DEL ADJUDICATARIO

El adjudicatario del contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco 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 EASC la existencia de una figura o figuras con atribuciones suficientes para que, en ausencia de las personas que ostenten la dirección del servicio, 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 recurso.

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

El adjudicatario del contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco 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 basado.

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.

17. 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.

18. INDICACIÓN DE LA VINCULACIÓN, VISIBILIDAD.

El adjudicatario del contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco se obliga a ejecutar las indicaciones de la Consejería en todos aquellos aspectos relacionados con los signos de identidad corporativa o institucional y en la documentación y divulgación que se realice sobre las actividades y servicios que se prestan en el EASC con las plazas contratadas con cargo a dicho contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco.

Asimismo, en todo caso y a estos efectos de señalización e indicación de la vinculación, la entidad adjudicataria del contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco deberá seguir las instrucciones e indicaciones que se establezcan desde la Consejería y hacerse cargo de los costes de adquisición, colocación y reposición de los carteles o placas institucionales de señalización que se indiquen para las sedes de coordinación de cada EASC.

19. PROPIEDAD DE LOS MATERIALES TÉCNICOS

La elaboración y publicación de estudios o cualquier otro trabajo que el adjudicatario del contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco, 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 recurso, 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 los centros y sus actividades, habrá de solicitarse la oportuna autorización a la Consejería, así como reseñar de un modo claro, visible y específico la vinculación de los recursos 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 EASC con plazas contratadas mediante el contrato basado correspondiente del Acuerdo Marco.

Las guías de evaluación y de los programas de atención e intervención psicosocial, materiales audiovisuales, etc. que se realicen sobre los diferentes aspectos del proceso de atención psicosocial y soporte de los usuarios y demás fichas, materiales o documentos producidos en cada EASC incluidos en el objeto del presente Acuerdo Marco serán propiedad de la Consejería, y deberán estar a disposición de la misma.

En Madrid, a fecha de firma.

LA DIRECTORA GENERAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Firmado digitalmente por: ALEJANDRA SERRANO
FERNÁNDEZ - ***6207**
Fecha: 2026.03.04 18:46

Fdo.: Alejandra Serrano Fernández