



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HA DE
REGIR EL CONTRATO PÚBLICO PARA LA GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR
TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LOS CENTROS DE
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN ESTELLA/LIZARRA Y
TUDELA Y 2 VIVIENDAS DE BAJOS APOYOS EN TUDELA

ÍNDICE

1. FUNDAMENTACIÓN	4
2. OBJETO DEL CONTRATO	6
3. DEFINICIÓN DEL SERVICIO	6
4. PERSONAS USUARIAS.....	8
4.1. Vivienda de bajos apoyos.....	8
4.2. Servicio centro de día.....	8
4.3. Servicio de rehabilitación psicosocial.....	9
5. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN	9
6. OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS	13
7. METODOLOGÍA DE TRABAJO	14
8. GESTIÓN DE ASPECTOS GENERALES DEL SERVICIO DE LOS CRPS Y LAS VIVIENDAS DE BAJOS APOYOS.....	17
8.1. Servicios de la vivienda de bajos apoyos	18
8.1.1. Alojamiento	18
8.1.2. Manutención	18
8.1.3. Limpieza y lavandería	19
8.1.4. Mantenimiento	19
8.2. Enfoques de atención en las viviendas de bajos apoyos	19
8.2.1. Actividades de la vida diaria	19
8.2.2. Coordinación durante la estancia en la vivienda	20
8.2.3. Organización del tiempo	20
8.3. Servicios del CRPS	21
8.3.1. Manutención	21
8.3.2. Limpieza	21
8.3.3. Mantenimiento	21
8.3.4. Seguridad	22
8.4. Áreas de atención	22
8.4.1. Actividades de la vida diaria	23
8.4.2. Psicoestimulación	24

8.4.3 Psicoeducación, competencia personal y afrontamiento	25
8.4.4 Relaciones interpersonales	25
8.4.5 Ocio y tiempo libre	26
8.4.6. Atención a familias	26
8.4.7. Actividad física	27
9. GESTIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN	28
9.1 Formación del personal	28
9.2 Coordinación	28
10. GESTIÓN EN RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA	29
10.1 Proceso de acogida	29
10.2 Personal de referencia	30
10.2.1 Funciones del personal de referencia en relación con la persona usuaria	30
10.2.2 Designación del profesional de referencia.	31
10.3 Plan de Atención Individualizado centrado en la persona	31
10.4 Plan para la despedida de la persona usuaria	34
11. SERVICIOS EXIGIBLES A LA ENTIDAD GESTORA POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS NO INCLUIDOS EN EL CONTRATO	34
12. PLANTILLA EXIGIDA DE PERSONAL	34
13. MEDIOS MATERIALES EXIGIDOS	38
14. ASIGNACIÓN DE PERSONAS USUARIAS	40
14.1 Periodo de adaptación	41
14.2 Altas, bajas e incidencias	41
15. EXPEDIENTE INDIVIDUAL, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS	43
16. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE MEMORIAS	44
BASES PARA LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO TÉCNICO	44

1. FUNDAMENTACIÓN

Los ministros de sanidad de los Estados miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunidos en su conferencia Ministerial para la Salud mental celebrada en Helsinki en 2005, establecieron que la salud mental y el bienestar mental son aspectos fundamentales para la calidad de vida y productividad tanto de las personas, como de las familias, las comunidades y las naciones.

La conocida como Declaración de Helsinki determinó como principal objetivo de las políticas dirigidas a la salud mental, la mejora del bienestar de las personas, incidiendo en sus capacidades y recursos, mejorando su resiliencia y aumentando los factores externos de protección.

Así mismo, destacó como prioridades concienciar sobre la importancia del bienestar mental, la eliminación del estigma, discriminación y desigualdad de las personas con problemas de salud mental, el desarrollo de sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes y el reconocimiento de la experiencia y el saber de las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus cuidadoras.

En 2013 la OMS aprobó su Plan de Acción Integral sobre Salud Mental para el periodo 2013-2020. Este plan, de alcance mundial, considera la salud mental dentro del ciclo vital y hace especial énfasis en las acciones preventivas. Dentro de sus objetivos se encuentra mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con enfermedades mentales.

En 2021, el citado organismo publicó las “Orientaciones sobre los servicios de salud mental comunitarios: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en sus derechos” donde se insta a centrar la atención en la ampliación de los servicios comunitarios de salud mental que promueven unos servicios de salud centrados en las personas, orientados a la recuperación y basados en los derechos humanos.

En clave estatal destaca la reciente aprobación de la Estrategia de Salud mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022-2026, con un marcado enfoque de derechos de la ciudadanía, integración social y lucha contra el estigma y la recuperación de la persona. -Una de sus líneas estratégicas es la atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.

En Navarra, el Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023 elaborado por la Gerencia de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, detalla la Red de recursos sociales y sociosanitarios especializados para la atención de personas con trastorno mental grave entre las que se encuentran los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

Así mismo, la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales y el Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, configuran el marco normativo básico que fundamenta el deber de las diferentes administraciones de configurar un sistema público para la atención a las personas con enfermedad mental que integre de forma coordinada centros y servicios, públicos y privados, y el derecho de las personas a disfrutar de servicios sociales, entre ellos, del servicio de rehabilitación psicosocial.

Dicho Decreto establece la clasificación, tipo de servicio, perfil de persona usuaria, programas de atención e intensidad de los mismos, de los servicios de centro de día y de rehabilitación psicosocial, llevados a cabo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, (en adelante CRPS).

El Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, trastorno mental, atención a menores e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones, establece en su título V los principios generales de funcionamiento y los derechos y deberes de las personas usuarias.

En cuanto a la figura profesional de referencia, se encuentra regulada en el Título VI de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, como un derecho de las personas beneficiarias de los servicios sociales. Posteriormente, el Decreto Foral 6/2011, de 24 de enero, reguló el/la profesional de referencia de los servicios sociales y definió sus funciones. Por último, el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, recoge en su Anexo I sus características fundamentales.

La recientemente aprobada Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos, tiene por objeto garantizar los derechos de las personas con discapacidad en Navarra y establecer las actuaciones para atenderlas, fijar las condiciones de accesibilidad universal necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades, la promoción de la autonomía personal, la inclusión en la comunidad, la participación y la vida independiente de las personas con discapacidad y sus familias.

El Departamento de Derechos Sociales, Economía Social y Empleo cuenta entre sus competencias la atención social a las personas adultas con enfermedad o trastorno Mental Grave (TMG), así como el apoyo y asesoramiento a sus familias. Para ello, ha desarrollado una red de servicios de atención social diversificada y territorializada, que está recogida en el Decreto Foral 33/2010, de 17 de mayo, por el que se establece la Zonificación de Servicios Sociales de la Comunidad Foral de Navarra.

Las personas con diagnóstico de enfermedad mental grave pueden requerir apoyos en su día a día que precisan de la intervención coordinada del sistema sanitario de salud mental y de servicios sociales. En este sentido, una de las líneas estratégicas del Plan de Discapacidad 2019-2025 de Navarra establece la prestación de una atención integral y centrada en la persona, orientada a la permanencia en el domicilio y plantea que, en los modelos de intervención y servicios dirigidos a personas con enfermedad mental, prime la provisión de apoyos y el enfoque comunitario para favorecer su inclusión en la comunidad.

2. OBJETO DEL CONTRATO

El objeto del presente contrato es la gestión de servicios de atención especializada a personas con TMG y definir las obligaciones, condiciones técnicas y actividades específicas que deben ser asumidas y desarrolladas por la entidad o entidades adjudicatarias del contrato de gestión del CRPS: Servicio de Centro de día y Servicio de Rehabilitación Psicosocial, en el Área de Servicios Sociales de Estella/Lizarra y Tudela, y dos viviendas de bajos apoyos en el Área de Servicios Sociales de Tudela.

LOTE	Centro/Servicio	Lugar	Plazas
1	Centro de Rehabilitación Psicosocial	Estella/Lizarra	35 plazas de programas de rehabilitación 30 plazas de Centro de día con funciones de soporte social
2	Centro de Rehabilitación Psicosocial	Tudela	35 plazas de programas de rehabilitación 30 plazas de Centro de día con funciones de soporte social
	2 viviendas de bajos apoyos	Tudela	8 plazas

3. DEFINICIÓN DEL SERVICIO

Los centros de rehabilitación psicosocial objeto de este contrato localizados en Estella/Lizarra y Tudela, proporcionarán atención en dos modalidades, bien en centro de día con funciones de soporte social o en programa de rehabilitación. Durante la vigencia del contrato y previa valoración de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas (en adelante, ANADP), se podrá ir reconvirtiendo las plazas de modo que uno de los centros se convierta en centro para programas de rehabilitación y el otro como centro de día de soporte social.

La atención se prestará todos los días laborables de acuerdo al calendario oficial de fiestas de la Comunidad Foral de Navarra, de lunes a viernes, con un horario continuado de atención de 9:30 a 17:30 h, con flexibilidad en este horario debido a los diferentes recorridos que el transporte requiere o a otras situaciones excepcionales, determinadas por la ANADP y posibilidad de programa de comedor. Ambos servicios dispondrán de la posibilidad de cerrar 30 días

naturales a lo largo del año nunca de manera continuada, previa autorización de la ANADP. El calendario de apertura será consensuado con las personas usuarias y enviado a la ANADP para su autorización.

En el servicio de centro de día con funciones de soporte social se establecen dos modalidades de ocupación:

- Ocupación a jornada completa (40 horas semanales).
- Ocupación a media jornada (20 horas semanales), pudiendo ser destinada la otra media jornada a una nueva persona usuaria. No se considerará por tanto un incremento de plazas de contrato.

Tendrán prioridad en el acceso aquellas personas que acudan a jornada completa y todos los días de la semana.

Con respecto al ámbito geográfico, las áreas de Servicios Sociales objeto de ser atendidas por este contrato están constituidas por las siguientes zonas básicas:

- Área Estella/Lizarra (comprende las Zonas Básicas de Allo, Ancín-Améscoa, Los Arcos, Ayegui, Estella/Lizarra, Lodosa, Puente La Reina, San Adrián, Viana, Villatuerta).
- Área de Tudela (Buñuel, Cascante, Cintruénigo, Corella, Valtierra, Tudela).

Las personas del área de Tafalla podrán ser atendidas bien en el CRPS de Pamplona o en el de Estella/Lizarra.

Se tendrá en cuenta en el proyecto presentado que los CRPS de Estella/Lizarra y Tudela presentan unas características diferenciales derivadas de la necesidad de atender una zona rural y dispersa, por lo que las propuestas de atención deberán estar orientadas en este sentido. En todos los centros, en el caso de personas que tengan dificultad para el acceso al mismo por la lejanía del domicilio o falta de transporte, se valorará todas las posibilidades de intervención que se puedan plantearse. Se posibilitará la intervención en el propio domicilio o la derivación al equipo de intervención sociocomunitaria.

Las viviendas de bajos apoyos están dirigidas a personas con TMG y necesidades de apoyo intermitente o limitado. Es un servicio de atención residencial prestado en una vivienda normalizada, donde la dinámica de relación y convivencia es de tipo familiar y se ofrece atención integral a las necesidades básicas para mantener o mejorar la autonomía personal, facilitando la inclusión y participación social.

La vivienda de bajos apoyos permanecerá abierta los 365 días del año.

4. PERSONAS USUARIAS

El CRPS y las viviendas de bajos apoyos atenderán a personas mayores de 18 años, con diagnóstico de trastorno mental grave y crónico de duración prolongada, que precisan de apoyo y rehabilitación específicas para avanzar en su inclusión en la comunidad y desarrollar su proyecto de vida.

Las personas usuarias deberán contar con un informe de idoneidad emitido por el Centro de Salud Mental correspondiente, así como con la idoneidad de acuerdo con el informe emitido por la unidad administrativa competente.

Además de lo señalado anteriormente, para el acceso de las personas usuarias a uno u otro servicio, deberá de tenerse en cuenta la concurrencia de las características siguientes:

4.1. Vivienda de bajos apoyos

- Poseer un nivel de autonomía personal y social suficiente para no requerir una supervisión las 24 horas.
- Llevar a cabo, o iniciar en el momento de acceso, una actividad en un centro de estudios, centro o unidad ocupacional, centro especial de empleo, contrato de trabajo en empleo ordinario o cualquier otra actividad considerada adecuada por la unidad administrativa competente.
- En caso de presentar un trastorno debido al consumo de sustancias, el patrón de consumo no interferirá significativamente en la convivencia e intervención en el recurso. Deberá existir compromiso y cumplimiento por parte de la persona de los objetivos establecidos desde los dispositivos sanitarios especializados para tal fin.

4.2. Servicio centro de día

- Precisar un alto de nivel de apoyo para utilizar los recursos comunitarios y/o presentar un gran aislamiento social, debido a la evolución crónica de su enfermedad.
- Tener necesidad de apoyo extenso y generalizado para la realización de las actividades de la vida diaria, entendiendo como tal, la necesidad de apoyo/supervisión constante en gran parte de las mismas (alimentación, higiene, manejo dinero, utilización transporte...) a consecuencia de su problema de salud mental grave.
- Precisar de apoyo diario y continuado para organizar y estructurar su día a día.

- No presentar problemas graves de consumo de sustancias que dificulten gravemente o impidan el proceso de recuperación a desarrollar en el servicio.

4.3. Servicio de rehabilitación psicosocial

- Precisar de intervenciones multidisciplinares que apoyen y favorezcan su funcionamiento psicosocial y por tanto su inclusión sociocomunitaria.
- Voluntariedad de la persona para acudir al servicio de rehabilitación psicosocial en el centro asignado, comprometiéndose con el plan de atención y el acuerdo terapéutico de trabajo conjunto.
- No presentar problemas graves de consumo de sustancias que dificulten gravemente o impidan el trabajo de recuperación y rehabilitación a desarrollar en el servicio.

Los requisitos anteriormente expuestos en cada uno de los apartados anteriores deberán ser cumplidos en el momento de la solicitud y mantenerse durante todo el tiempo de permanencia en el centro.

Si las condiciones de la persona se modifican, dicha idoneidad podrá ser revisada, a fin de asegurar que la persona puede beneficiarse de los servicios y enfoques de atención del centro o en caso contrario incluirse en servicios de carácter más asistencial.

Todas las personas que acudan a los servicios del CRPS seguirán siendo atendidas por el Centro de Salud Mental responsable de su tratamiento.

Se establecerán y detallarán las acciones necesarias para garantizar la coordinación entre el CRPS con el Centro de Salud Mental y otras entidades y servicios implicados en la atención de las personas usuarias, de forma que se asegure y facilite la complementariedad de la intervención y la optimización de los procesos de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario.

5. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN

a) *Inclusión y participación*, permitiendo que todas las personas usuarias del servicio dispongan de las oportunidades y recursos necesarios que les permitan participar plenamente en la vida política, económica, social, educativa, laboral y cultural, independientemente de la complejidad de su enfermedad o su necesidad de apoyos.

b) *Derechos humanos*, promoviendo, protegiendo y asegurando el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas usuarias, así como el respeto de su dignidad inherente.

c) *Planificación y evaluación integral centrada en la persona.* El servicio favorecerá y adoptará estrategias dirigidas a todas las dimensiones de la vida, con una planificación basada en valores y que se centre en la elección, la opinión, las capacidades y el círculo de apoyo y relaciones de la persona. En este sentido, será clave la flexibilidad en la atención por parte de los y las profesionales del servicio. Esto supone no centrar la atención en los déficits de la persona, sino en su autodeterminación y su inclusión. Implica determinar qué apoyos y en qué intensidad necesita la persona para mejorar su grado de independencia, su nivel relacional, de participación en la comunidad y su bienestar personal.

d) *Autodeterminación*, entendida como aquella situación en la que la persona usuaria ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.

e) *Promoción de las relaciones con familiares y círculo de apoyo de la persona usuaria de los servicios.*

f) *Calidad de vida:* como objetivo último a lograr está la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias, mediante el desarrollo máximo de sus capacidades, su independencia y el disfrute de una vida plena.

g) *Accesibilidad universal*, considerándose como la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos e instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Incluye, pues, no únicamente la accesibilidad desde un aspecto físico, sino también la accesibilidad a la comunicación y la cognitiva.

h) *Perspectiva de género*, al reconocer que las mujeres con discapacidad o con enfermedad mental grave están sujetas a múltiples formas de discriminación que hacen necesario adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de los derechos y las libertades fundamentales.

i) *Ciclo vital.* Las necesidades y demandas de las personas se modifican y transforman a lo largo de su ciclo vital, por lo que es necesaria una atención centrada en necesidades individuales y cambiantes, tanto de las personas usuarias como de sus familias si fuera el caso.

j) *Ética* en la atención a las personas usuarias y sus familias, profesional y organizacional.

k) *Coordinación y cooperación con la ANADP:* Compromiso en aportar los datos e informes que se soliciten con carácter periódico o puntual.

l) *Calidad*: La Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas garantizará la existencia de estándares mínimos de calidad en los servicios, de acuerdo a la legislación vigente y a las normas y recomendaciones dictadas por el Servicio de Calidad e Inspección del Departamento de Derechos Sociales y el resto de regulación de otros organismos públicos.

m) *Formación continua* del personal y mejora de las condiciones laborales del personal del sector.

n) *Promoción del voluntariado*: Los servicios promoverán la colaboración solidaria de y hacia la ciudadanía a través de la colaboración con las organizaciones de voluntarios siempre que su función no suponga la sustitución de los servicios profesionales necesarios.

Además de los principios genéricos señalados, el servicio se basará en un modelo comunitario de salud mental, con una práctica orientada a la recuperación.

Desde la perspectiva de la persona con enfermedad mental, recuperación significa el proceso mediante el cual la persona encuentra formas de vivir una vida significativa con o sin la presencia continua de los síntomas de su enfermedad.

Los principios de la recuperación que deben orientar las intervenciones son:

1. Cada persona es única.

Las personas pueden recuperarse y pueden ejercer su derecho a la auto-determinación. Recuperación es tener oportunidades para elegir y vivir una vida con significado, satisfactoria y con un fin y ser un miembro valorado de la comunidad.

La recuperación es personal y única para cada persona y va más allá del concepto de salud, incluyendo la importancia de la inclusión social y la calidad de vida.

Es por tanto necesario flexibilidad y capacidad de adaptación para atender a las personas usuarias de acuerdo con el momento en el que se encuentren en su recuperación. Puede haber diferencias significativas entre las personas y en las personas en lo que respecta a motivación, capacidad cognitiva y capacidad para reconocer y articular sus puntos de vista.

2. Elecciones reales

Es necesario apoyar y capacitar a las personas para que tomen sus propias decisiones acerca de cómo quieren dirigir sus vidas. Del mismo modo, ayudar a las personas a desarrollar sus fortalezas y a tomar la mayor responsabilidad posible sobre sus vidas en cada momento.

Capacitar a una persona para que tome decisiones en su vida conlleva un riesgo inevitable. Implica establecer un equilibrio en el o la profesional entre el deber de cuidado y el apoyo a las personas para asumir riesgos positivos y sacar el máximo partido a las oportunidades.

La recuperación no es un proceso lineal. Los aprendizajes y los errores o contratiempos pueden ser oportunidades para lograr una mejor conciencia de uno mismo o una misma y para promover el desarrollo como persona. Debe asumirse como parte de la recuperación y el crecimiento la necesidad de tomar riesgos.

3. Actitudes y derechos

El personal de atención deber realizar una escucha activa, aprender y actuar en función de lo transmitido por la persona y/o sus allegados acerca de qué es lo importante para él o ella. El o la profesional acompañará y apoyará a la persona en el desarrollo de su proyecto de vida en base a lo que es importante para la persona, sus valores e intereses.

Debe también transmitir esperanza acerca del futuro de la persona y su capacidad para vivir una vida significativa.

Se debe promover y proteger el respeto de los deberes y derechos legales como ciudadano, así como los derechos humanos.

Es fundamental apoyar a las personas para que mantengan y desarrollen actividades sociales, de ocio, ocupacionales y vocacionales que sean significativas.

4. Dignidad y respeto

El trato del personal de atención debe ser educado, respetuoso y honesto. Se debe mostrar sensibilidad y respeto por cada persona usuaria, particularmente por sus valores, creencias y cultura.

Implica actuar activamente contra la discriminación y el estigma ya sea en los servicios o en la comunidad. Se valorarán las acciones y propuestas encaminadas a este fin.

5. Colaboración y comunicación

Supone trabajar de forma realista y positiva con las personas y/o allegados para ayudarles a conseguir sus esperanzas, metas y aspiraciones.

Cada persona es experta en su propia vida, por tanto, la recuperación implica trabajar en colaboración con las personas y/o sus allegados para proporcionar los apoyos de manera que tengan sentido para ellas.

Es importante compartir información relevante de una manera clara para que el compromiso de la persona sea efectivo.

6. Evaluar la recuperación

Debe asegurarse y posibilitarse la evaluación continua de la práctica a todos los niveles. Las personas y si procede, sus allegados, tienen que poder evaluar y monitorizar su propio progreso.

El proceso debe centrarse en las fortalezas y capacidades de la persona en lugar de síntomas y déficits. Del mismo modo, debe estar orientado a resultados: que deben ser identificados, personalizados, formar parte de los roles valorados por la persona, en lenguaje claro, si es posible utilizando las propias palabras de la persona y orientados a la acción.

Se valorará la utilización de indicadores clave que indiquen recuperación.

Se incluirán los recursos personales, familiares y comunitarios para conseguir estos objetivos de recuperación.

6. OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS

- Favorecer que las personas usuarias se mantengan en su entorno comunitario, en las mejores condiciones posibles de normalización, inclusión y calidad de vida.
- Apoyar a la persona en el desarrollo de su proyecto de vida.
- Proporcionar apoyos para la estructuración de la vida cotidiana.
- Habilitar y/o proporcionar los apoyos necesarios a las personas usuarias para que puedan participar en la comunidad de la forma más autónoma e independiente posible.
- Ofrecer apoyo e información a familias o personas allegadas, para la adquisición de aquellas habilidades y destrezas que les ayuden en la convivencia diaria mejorando así la calidad de vida del conjunto familiar.
- Llevar a cabo acciones que promuevan una imagen positiva de las personas con enfermedad mental grave que eviten el estigma.

7. METODOLOGÍA DE TRABAJO

El centro de rehabilitación psicosocial y las viviendas de bajos apoyos actuarán con una filosofía orientada hacia la recuperación, normalización e inclusión, por lo que, con carácter general, sus actuaciones se realizarán principalmente en la comunidad y en contextos naturales.

Así mismo, tomará un papel activo en la movilización de los recursos de las personas, evitando la propia dependencia del CRPS y promoviendo el paso cuando proceda a otro tipo de servicios (ocupacionales, laborales, formativos, de ocio, etc.) de carácter comunitario dirigidos a la población general o específicos para personas con TMG.

Las intervenciones han de planificarse sistemáticamente en orden a la consecución de los objetivos establecidos con la persona y, si autoriza, sus familiares o personas allegadas. El servicio contará al menos con los siguientes elementos metodológicos:

1. *Plan de atención individual centrado en la persona (PAICP)*

Herramienta que, mediante la colaboración y el compromiso de las personas que conforman el círculo de apoyo y a través de la aplicación de diferentes estrategias, pretende contribuir a que la persona pueda trazar sus metas y alcanzar su estilo de vida deseado. Constituye la base de la atención personalizada y, por tanto, siempre deberá contar con la participación de las personas, y si procede, con sus familias o figuras legales de apoyo.

Las necesidades y por tanto los objetivos son cambiantes, por lo que deberán ser revisados periódicamente y consensuados con la persona usuaria y, si procede, con su familia o figura legal de apoyo, por medio de un profesional de referencia como canal de información continua.

2. *Personal de referencia o apoyo.*

Las personas usuarias del servicio tendrán asignada una persona de referencia o apoyo. La persona de referencia actuará como facilitadora de la coordinación diaria de todas las actuaciones y actividades en las que participe la persona usuaria, adecuándolas a los objetivos previstos en su Plan de Atención Individual Centrado en la Persona. Apoyará el desarrollo del proyecto de vida de la persona, fomentando su participación y toma de decisiones y servirá de enlace y referencia de la familia, en su caso.

La asignación deberá realizarse tras consulta a la persona usuaria e intentando en la medida de lo posible consensuar con ella la persona ideal de entre las que el servicio considere posibles, a la vista del número máximo por profesional y otras circunstancias que el servicio justifique que deben condicionar la elección.

3. Paradigma de apoyos

Entendido como un modelo de apoyo que facilite la plena participación de la persona usuaria en los distintos aspectos y dimensiones de su vida. Estará basado en empoderar a la persona y establecer relaciones de apoyos personalizados y variados, que respondan a los intereses, preferencias y necesidades de las personas usuarias.

4. Procesos participativos

El servicio deberá tener implantado un sistema de participación de las personas usuarias y si procede, sus familiares o figuras de apoyo, a través del Consejo de Participación o de otras fórmulas de participación que se consideren más adecuadas de acuerdo a las características del servicio.

Al respecto, se observará lo establecido en el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, o lo estipulado en la legislación vigente.

5. Trabajo interdisciplinar:

Se primará el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad. En este sentido será obligatoria la creación de órganos de coordinación y un sistema de reuniones, con una periodicidad mínima quincenal, que garantice la intervención coordinada de cada uno de los y las profesionales.

6. Instrumentos validados:

Las valoraciones para la elaboración del Plan de atención individual centrado en la persona deberán ser realizadas con instrumentos validados y con reconocimiento general. Así mismo, en la actividad profesional se emplearán técnicas que hayan demostrado su eficacia en la atención a personas con enfermedad mental grave.

7. Áreas de atención:

Constituyen la base del servicio y de su funcionamiento. Se desarrollarán, como mínimo, las áreas que se incluyen en este pliego, con las intensidades mínimas asociadas, así como aquellas exigidas por la normativa vigente. La atención se realizará de forma individual o grupal.

8. Documentación y registro de la información

8.1. Protocolos:

Son instrumentos metodológicos que garantizan respuestas estandarizadas y homogéneas en la ejecución de las intervenciones y actuaciones, y, por tanto, en el cumplimiento de objetivos. Se revisarán y actualizarán periódicamente y serán objeto de formación para los y las profesionales. Se desarrollarán, como mínimo, los protocolos que se incluyen en este pliego, con las intensidades mínimas asociadas, así como aquellos exigidos por la normativa vigente.

8.2. Registros:

Posibilitan el intercambio de información entre los y las profesionales, reconstruir situaciones, objetivar la evolución de los objetivos de la persona usuaria, detectar áreas de mejora y, en consecuencia, deberán ser claros, concisos, concretos y recogidos en soporte informático. Se desarrollarán, como mínimo, los registros que se incluyen en este pliego, así como aquellos exigidos por la normativa vigente. Se establecerán sistemas o herramientas que permitan una mayor participación y/o acceso de la persona usuaria a estos registros.

8.3. Indicadores

Instrumentos de medida que permiten expresar de forma cuantitativa tanto aspectos de la atención y del apoyo ofrecido a la persona y los resultados obtenidos, como aspectos relacionados con la organización y la gestión del servicio y que sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de la acción desarrollada.

9. Revisión continua

Se deberá garantizar la actualización permanente de las distintas actividades y la mejora continua de la calidad. Al inicio, durante y al finalizar el proceso de intervención se realizarán evaluaciones y se utilizarán indicadores para medir y valorar la consecución de los objetivos, conocer sus progresos y los beneficios obtenidos en relación con su problemática psicosocial específica.

10. Buenas prácticas

Definida como la acción o conjunto de acciones que introducen mejoras en las relaciones, los procesos y las actividades. Deben ser innovadoras, pertinentes al contexto, sistemáticas, eficaces, eficientes, sostenibles en el tiempo, flexibles y replicables. Su objetivo es satisfacer las necesidades y expectativas de las personas usuarias y deben suponer una mejora evidente de los estándares del servicio, de acuerdo a criterios éticos y técnicos.

11. Coordinación con otros recursos comunitarios

Se deberá asegurar que desde el CRPS y las viviendas de bajos apoyos se 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 las personas usuarias del servicio y resulten necesarios o relevantes para promover su rehabilitación e inclusión. Para ello, se seguirán las directrices que, por escrito y en desarrollo de este contrato, se establezcan desde la ANADP.

Especialmente relevante será la coordinación con los CSM de referencia, como responsables de la atención y seguimiento psiquiátrico y de la derivación de las personas usuarias a los CRPS objeto de este contrato, a fin de asegurar la adecuada complementariedad y coordinación de actuaciones.

12. Equipos de mejora

Definidos como un pequeño grupo de personas (personas usuarias, profesionales, familiares, etc.) con habilidades complementarias que, de forma temporal, se reúnen voluntariamente con el propósito común de proponer mejoras en un proceso, utilizando métodos estructurados, y siendo mutuamente responsables de su realización. Se recogerá acta de las reuniones de los grupos de mejora instaurados que incluya: objetivo del grupo, acuerdos y medias acordadas, con responsables y resultados alcanzados.

8. GESTIÓN DE ASPECTOS GENERALES DEL SERVICIO DE LOS CRPS Y LAS VIVIENDAS DE BAJOS APOYOS

El servicio de CRPS y de viviendas de bajos apoyos deben contar con un Plan General de Intervención en el que deben enmarcarse, entre otras cuestiones, tanto los diferentes servicios prestados como los programas de intervención que desarrolla.

Este plan general de intervención deberá estar basado en el modelo teórico de atención propuesto y a todos los procesos identificados como parte de los servicios prestados en el CRPS. Se concretará en programaciones anuales que serán objeto de revisión y evaluación, plasmándose sus conclusiones en la memoria anual.

- Fundamentación teórica sobre el modelo de atención a las personas con trastorno mental grave propuesto para el proyecto.
- Objetivos generales y operativos.
- Plan general de funcionamiento.

- Metodología.
- Herramientas informáticas empleadas para la gestión de la información.
- Gestión del personal.
- Evaluación: resultados, índice de participación, registro de opinión de las personas usuarias, de familiares y del personal. Recogida de quejas, sugerencias y acciones de mejora.

8.1. Servicios de la vivienda de bajos apoyos

Las viviendas de bajos apoyos ofrecerán un espacio vital adecuado que garantice el bienestar de las personas que lo habiten, a la vez que fomenta su autonomía y participación social.

8.1.1. Alojamiento

- La habitación se considerará el espacio privado de la persona usuaria, por lo que dispondrá de sistemas de apertura y cierre con llave.
- La persona residente será la principal responsable del cuidado y mantenimiento de su habitación en un estado adecuado. Para ello, se establecerán las acciones y se le proporcionarán los apoyos necesarios por parte del equipo.
- Se potenciará y estimulará a la persona residente para que traslade a la habitación motivos de decoración y utensilios propios que personalicen el ambiente, siempre que no dificulten el desenvolvimiento y la limpieza de los espacios.
- El resto de espacios comunes de la vivienda se personalizarán para lograr un ambiente hogareño en base a los acuerdos establecidos por las personas residentes.
- Las personas residentes dispondrán de armarios cerrados y otras medidas para preservar los objetos y documentos personales.
- Se facilitará el acceso de los familiares o personas que así lo soliciten para el acompañamiento de la persona usuaria en horario nocturno, cuando las circunstancias así lo requieran.

8.1.2 Manutención

- Se facilitará que las personas usuarias participen en la realización de comidas y planificación de menús prestando para ello los apoyos que se requieran. Se valorarán propuestas que potencien la participación de las personas usuarias en esta área.

- Se garantizarán 3 comidas diarias (desayuno, merienda y cena) durante los días en los que las personas residentes acuden a actividades diurnas.
- Los menús deberán ser variados y estarán sometidos a criterios dietéticos adecuados.

Registros

- Plantilla de menú semanal o mensual. Individual o grupal.

8.1.3 Limpieza y lavandería

Se establecen 4 horas de limpieza cada 15 días para cada vivienda destinadas al mantenimiento general de la vivienda. Las personas usuarias serán las responsables, con el apoyo del personal de atención si lo precisan, de llevar a cabo las tareas diarias que sean necesarias.

8.1.4 Mantenimiento

- Mantenimiento y reparación de las instalaciones propias de la vivienda.
- Inspección del estado de las instalaciones, así como la conservación de las mismas en función de la legislación vigente.
- Identificación y mantenimiento de productos de uso común propiedad del servicio.

Protocolos y registros mínimos

Los requeridos por las fichas técnicas de control y la legislación vigente, así como el seguimiento de los requisitos incluidos en todos los protocolos de utilización de las instalaciones y equipos y las incidencias asociadas. Todos los protocolos incluirán operaciones necesarias y su frecuencia, así como la persona responsable de la supervisión.

8.2. Enfoques de atención en las viviendas de bajos apoyos

El servicio de vivienda diseñará los apoyos que precisen las personas para mejorar su calidad de vida favoreciendo el desarrollo de su proyecto de vida. Se llevarán a cabo todas las acciones necesarias que posibiliten la coordinación entre los distintos recursos que puedan estar apoyando a la persona. El apoyo profesional puede prestarse en el mismo servicio o en el entorno comunitario.

8.2.1 Actividades de la vida diaria

Se prestará la supervisión y el apoyo necesario en cada caso, atendiendo a las preferencias, intereses y valores de cada persona y a las circunstancias que, de manera eventual, pueden precisar de un apoyo más intenso.

Se cubrirán las siguientes áreas:

- Mantenimiento de rutinas básicas: horarios de levantarse, acostarse, alimentación.
- Gestión y autoadministración de la medicación.
- Aspecto general: Hábitos de higiene, arreglo personal, etc.
- Consumo perjudicial de sustancias.
- Participación en tareas domésticas tanto de la propia habitación como de los espacios comunes.

8.2.2 Coordinación durante la estancia en la vivienda

Dirigido a facilitar los procesos de adaptación y otras transiciones de las personas al recurso y a su entorno, a mejorar su situación social y a proteger y promover sus derechos, realizando para ello acciones dirigidas tanto a éstas como a su entorno familiar y social inmediato.

- Atención Individual: Incluye la preacogida, acogida y adaptación en la vivienda. Ofrecerá los apoyos necesarios en la tramitación de la documentación, y seguimiento de los procesos de provisión de apoyos, seguimiento de los ingresos en servicios sanitarios, administración de los recursos económicos necesarios para gastos de libre disposición y tramitación de recursos...
- Coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y del sistema sanitario. Protocolo de atención en urgencias médicas.
- Atención sociofamiliar: Incluye información general a familiares y/o figura legal de apoyo sobre el servicio en el momento de la acogida, sobre el desarrollo del PAICP y de todas las cuestiones que se requieran.

8.2.3 Organización del tiempo

Uno de los requisitos de acceso a la vivienda es llevar a cabo o iniciar una actividad formativa o laboral que proporcione a la persona una estructura diaria. Desde el equipo profesional se apoyará a la persona en la búsqueda y mantenimiento de la misma.

Se apoyará a las personas en la gestión y organización de su tiempo, incluyendo tanto actividades productivas como lúdicas, en función de necesidades, intereses y motivaciones personales.

Se acompañará en la búsqueda de intereses relacionados con el ocio, ya sea individual y/o grupal.

8.3. Servicios del CRPS

8.3.1 Manutención

El programa de manutención se prestará en el programa de centro de día, e incluirá el servicio de comida a las personas que acudan a jornada completa.

Los menús serán variados, cuidando su presentación y mantenidos a temperatura adecuada hasta su servicio. Se establecerán cauces de participación de las personas usuarias en la confección y diseño de los menús.

Los menús estarán sometidos a criterios dietéticos y religiosos, atendiendo a las necesidades en cuanto a cantidad, calidad y variedad.

Protocolos y registros

- Planificación semanal de menús.

8.3.2 Limpieza

- Incluye el orden, limpieza y desinfección de los distintos espacios, mobiliario y demás equipamiento del centro según la normativa vigente.
- Limpieza diaria de baños y zonas comunes. Planificación de espacios y tareas ordinarias y extraordinarias.
- Sistema de separación y eliminación de residuos. Se promoverá la participación activa de las personas usuarias.

8.3.3 Mantenimiento

- Incluye reparación y conservación ordinaria del local, sus instalaciones y mobiliario para mantenerlos en condiciones normales de prestación de los servicios, debiendo, a tal efecto, suscribir los contratos de mantenimiento oportunos.
- Reposición de material de escritorio, material de papelería, fotocopias, aplicaciones informáticas, material para actividades, material para talleres, material bibliográfico y otros materiales fungibles.
- 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.

Registros mínimos

Los requeridos por las fichas técnicas de control y la legislación vigente (desinsectación, desratización, etc.), prevención y control de legionelosis, así como el seguimiento de los requisitos incluidos en todos los protocolos de utilización de las instalaciones y equipos y las incidencias asociadas.

8.3.4 Seguridad

Incluye la elaboración de programas y protocolos que garanticen la autoprotección, las situaciones de emergencia y evacuación de todas las personas usuarias que estén en el centro, así como de las instalaciones.

Para ello será necesaria la formación teórico-práctica del personal y personas usuarias, con realización de simulacro anual, responsables de la ejecución, control de acceso a zonas de riesgo, sistemas de seguridad y seguimiento de equipos técnicos si los hubiera.

La información que se proporcione en lo relacionado con los distintos procedimientos de seguridad se presentará en un formato accesible a la persona.

Protocolos y registros

- Protocolo de prevención de riesgos laborales: Medidas preventivas de manipulación de productos.
- Protocolo de actuación en situaciones de emergencia y evacuación del centro.
- Realización de simulacro anual. Elaboración de Acta con integrantes e incidencias.

8.4. Áreas de atención

Las actividades y acciones que se lleven a cabo en el CRPS deberán cubrir las siguientes áreas de manera transversal, adaptándose específicamente a las necesidades de cada persona usuaria y a sus objetivos recogidos en su PAICP:

- Psicoeducación, competencia personal y afrontamiento.
- Actividades de la vida diaria.
- Relaciones interpersonales.
- Ocio inclusivo.
- Itinerarios laborales.

- Apoyo a familias y figuras de apoyo.
- Psicoestimulación y psicomotricidad.
- Actividad física.

Se llevarán a cabo propuestas diferenciadas por servicio.

Todas las áreas de intervención tendrán como base la filosofía de conseguir la mayor inclusión y participación en la comunidad.

Se utilizarán las actividades cotidianas que tienen lugar en el recurso para lograr la aplicación de habilidades en contextos más naturales.

Se valorarán propuestas de atención concretas destinadas a colectivos con demandas y necesidades específicas o que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad.

8.4.1 Actividades de la vida diaria

El grado de competencia de la persona usuaria a la hora de llevar a cabo sus actividades de la vida diaria puede suponer en sí mismo un indicador del curso y pronóstico de su enfermedad, así como de la posibilidad de llevar una vida lo más normalizada posible. Mantener conductas más ajustadas en cuanto al sueño, alimentación, un estilo de vida menos sedentario, etc., puede contribuir a desarrollar una mayor competencia personal y social.

En general, consistirá en ayudar a las personas usuarias a establecer unos hábitos diarios que le proporcionen una mejor calidad de vida apoyando y facilitando la organización del tiempo, de manera que las personas puedan experimentar que los días tienen un sentido de utilidad y propósito.

La evaluación e intervención se realizarán en contextos naturales (ej. domicilio particular,) siempre que sea posible. Se llevarán a cabo sesiones individuales o grupales cuando se detecten o se demande por parte de las personas usuarias, áreas de interés comunes.

En el caso que sea necesario, se incluirá a familiares o allegados, previo consentimiento expreso de la persona usuaria o su figura legal de apoyo.

Se valorarán las iniciativas y el uso de enfoques basados en la utilización de nuevas tecnologías como medio de apoyo para la realización de actividades de la vida diaria.

Se incluirá la promoción y mejora de competencias personales o la ayuda en el establecimiento de apoyos, en las siguientes áreas, siempre en función de los objetivos que la persona usuaria, con el apoyo de los profesionales, establezca en su PAICP:

- Actividades de la vida diaria básicas (aseo, arreglo personal, etc.), hábitos de vida (alimentación, sueño, ejercicio físico, consumo de tóxicos, prevención de enfermedades, educación sexual, etc.).
- Actividades de la vida diaria instrumentales: vivienda, uso y manejo de medios de comunicación, nuevas tecnologías, medios de transporte, trámites y gestiones burocráticos, gestión económica, etc.
- Actividades de la vida diaria avanzadas: Actividades orientadas a la inclusión comunitaria, uso de recursos de formación y laborales, cuidado de otros, etc.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas.

- Protocolo de evaluación. Instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.
- Protocolo de intervención domiciliaria.
- Nº de intervenciones domiciliarias o en el entorno de la persona realizadas.

8.4.2 Psicoestimulación

Orientado a mantener y/o mejorar aquellos aspectos de la esfera cognitiva que puedan estar afectados en las personas usuarias y que repercuten en su funcionamiento diario. Se valorará la utilización de enfoques y metodologías con evidencia científica. Se incluirán como mínimo las siguientes áreas de trabajo: orientación, procesos atencionales, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje y cognición social.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación. Instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.

8.4.3 Psicoeducación, competencia personal y afrontamiento

Incluye aquellas actuaciones dirigidas a desarrollar competencias de afrontamiento ante la enfermedad, así como hacia el desarrollo de habilidades y estrategias de control de la ansiedad, autocontrol ante situaciones estresantes y mejora de la autoimagen y autoestima. Incluirá, como mínimo los siguientes aspectos:

- Información sobre la enfermedad y factores de riesgo que aumentan la probabilidad de recaída, así como proporcionar herramientas para el control de dichos factores.
- Técnicas de control de ansiedad y de relajación.
- Autoestima.
- Manejo emocional.
- Técnicas de afrontamiento y solución de problemas.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas.

- Protocolo de evaluación. Instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.

8.4.4 Relaciones interpersonales

Apoyará a la persona en el desarrollo de habilidades y estrategias que le permitan desenvolverse de forma adecuada y adaptada en las distintas situaciones sociales. La atención se orientará a lograr una mayor competencia y seguridad en la persona usuaria que facilite el control del estrés derivado de este tipo de situaciones y minimice las conductas de evitación que pudieran producirse por falta de recursos personales.

Las áreas mínimas que se incluyen son:

- Habilidades de comunicación: verbal y no verbal.
- Expresión de emociones y asertividad.
- Autoafirmación y solución de problemas.
- Relaciones de pareja y sexualidad.

Se utilizará formato individual y/o grupal en función de las demandas recogidas y detectadas.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación: instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.

8.4.5 Ocio y tiempo libre

Incluye el apoyar, acompañar y empoderar a la persona en la organización y ocupación de su tiempo libre de un modo significativo. Este proceso puede incluir la recuperación de intereses previos o la exploración y adquisición de nuevas aficiones. Se seguirá un enfoque comunitario, primando el uso de recursos normalizados siempre que sea posible.

- Orientación individualizada para la organización del ocio y tiempo libre.
- Oferta de actividades de ocio grupal.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación: instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.

8.4.6. Atención a familias

Incluirá la información, formación, asesoramiento y el apoyo individualizado necesario para proporcionar los recursos y capacitar a las familias en la resolución de las situaciones diarias que puedan generar sobrecarga, con el objetivo último de mejorar la convivencia y contribuir a mejorar la calidad de vida tanto de la persona con TMG como de su propia familia. Asimismo, se buscará implicar a la familia como un recurso activo en el proceso de rehabilitación e inclusión de las personas usuarias.

Se tendrán en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:

- Orientación y apoyo familiar.
- Escuelas de familias.
- Capacitación en técnicas de resolución de problemas
- Desarrollo de grupos de autoayuda y asociaciones entre personas con enfermedad mental crónicas y/o familiares o allegados.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria y su familia, en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación: instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados.

8.4.7. Actividad física

Incluye todas aquellas acciones orientadas a favorecer la participación de las personas usuarias en actividades físicas o deportivas como parte de su rutina habitual.

Se seguirá un enfoque comunitario, primando el uso de recursos normalizados siempre que sea posible.

Protocolos y registros

El PAICP será el instrumento donde se recojan los objetivos en esta área. Se elaborarán todos aquellos registros individualizados que puedan resultar de utilidad para la persona usuaria y su familia, en el proceso de logro de sus objetivos y metas. En estos registros se incluirán los indicadores necesarios para valorar evolución.

- Protocolo de evaluación: instrumentos utilizados.
- Indicadores asociados

9. GESTIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN

9.1 Formación del personal

- Plan de formación inicial al profesional en la tipología de personas usuarias y en la dinámica del servicio, que deberá tener un mínimo de 8 horas de duración.
- Incentivación y mantenimiento de la formación del personal mediante programas de formación continuada tanto interna como externa, que contribuyan a mejorar la práctica profesional y la calidad de vida de las personas usuarias, por medio de un plan de formación anual por categorías y un análisis de necesidades.
- Establecimiento de medidas que favorezcan la estabilidad de la plantilla.

Protocolos y registros mínimos

- Protocolo de formación laboral: Programación anual y cursos básicos y opcionales.
- Protocolo de acogida y formación inicial al trabajador en las características del servicio y modelo de atención a las personas usuarias.
- Protocolo de prevención de riesgos laborales (medidas preventivas de manipulación de productos, etc.).
- Registros mínimos asociados: cursos por empleado, análisis de necesidades y grado de cumplimiento del plan de formación.

9.2 Coordinación

- Estructura organizativa. Horario tipo.
- Registro general diario de incidencias que se hayan detectado en cada servicio, con causas, actuación y seguimiento. Supervisiones periódicas realizadas.
- Descripción de reuniones o grupos de trabajo con tareas específicas. Establecimiento de un cronograma realista de reuniones, que garantice, al menos, una reunión semanal del equipo. Descripción de la metodología a utilizar.
- Descripción de los sistemas de coordinación y participación del equipo multidisciplinar.

Registros mínimos

- Calendario de todos los perfiles profesionales.
- Reuniones y actas. Relación de integrantes de los grupos de mejora.

10. GESTIÓN EN RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA

10.1 Proceso de acogida

El objetivo de este primer proceso es facilitar la acogida de la nueva persona usuaria, para ello se facilitará la información y se realizarán las adaptaciones oportunas tanto en el procedimiento como en el entorno. Por lo general, comprende el primer mes a partir de la fecha de entrada en el centro.

En todo momento, la información que se proporcione, tanto verbalmente como por escrito, debe estar adaptada y ser comprensible y entendible para la persona usuaria y, si procede, por su familiar o persona allegada.

Protocolo de pre ingreso:

Incluirá como mínimo las siguientes acciones:

- Entrevista previa con la futura persona usuaria y, si procede y autoriza, su familia o persona de referencia. Se proporcionará la información de manera que resulte comprensible a la persona usuaria sobre la documentación y requisitos necesarios previos a su incorporación al servicio. Se podrá realizar fuera del centro en el caso de personas con especial reticencia a acudir.
- Información sobre características del servicio: tiempo de permanencia, servicios a los que tiene derecho. Entrega de tríptico informativo.
- Información sobre normas de funcionamiento, servicios y tarifas si procede.
- Entrega del Reglamento de Régimen Interno del centro y aceptación por escrito de las condiciones de incorporación al servicio, de acuerdo a la normativa legal.
- Información sobre los cauces de participación de la persona usuaria y/o familia; Consejos de Participación, reuniones, procedimiento de quejas, sugerencias y reconocimientos.
- Descripción y visita de las instalaciones.

Protocolo de acogida y atención:

Incluirá, además de aquellos aspectos recogidos en el DF 92/2020 o normativa vigente, la siguiente información:

- Primer contacto: Personas o profesionales responsables de la acogida.
- Si procede, coordinación e información de los aspectos relativos al transporte.

10.2 Personal de referencia

Supone el o la principal referente para un grupo pequeño de personas usuarias y sus respectivas familias.

La vida cotidiana de las personas que viven en servicios residenciales puede convertirse en una sucesión de rutinas que hacen iguales los días y las semanas. Los y las profesionales de referencia constituyen un factor clave para evitarlo. Su conocimiento y conexión con la persona residente y su familia resultan centrales para que las personas continúen decidiendo, eligiendo y viviendo, en definitiva, la vida que desean.

Para el pleno desarrollo de este rol de profesional de referencia en los servicios puede ser necesario que la entidad o empresa adjudicataria lleve a cabo acciones que lo faciliten: desarrollo de actividades formativas, sistemas de reuniones, medidas que favorezcan la estabilidad de la plantilla, etc.

10.2.1 Funciones del personal de referencia en relación con la persona usuaria

a) Establecer con la persona usuaria una relación de apoyo, constituyendo para ella una figura de referencia en el centro, para la atención, canalización y resolución de sus problemas y demandas.

b) Intervenir activamente en el Plan individual centrado en la persona usuaria, en las reuniones para su diseño, seguimiento e implantación del mismo, sirviendo de cauce de comunicación de la persona usuaria con el equipo interdisciplinar.

c) Facilitar la coordinación diaria de todas las actuaciones relativas a la persona, la ejecución y el desarrollo de las actividades en las que participe, adecuándolas a los objetivos previstos en su plan individual centrado en la persona y orientándolas en beneficio de su desarrollo personal y social.

d) Apoyar el desarrollo del proyecto de vida y las actuaciones concretas que integren el mismo de cada persona asignada, llevar a cabo el seguimiento continuado de la persona y proponer cuando proceda, las adaptaciones pertinentes en dicho plan de atención.

e) Servir de enlace y referencia de la familia, en su caso.

f) Asegurar el registro puntual y completo de las incidencias, datos y observaciones sobre la persona usuaria y su evolución. Recopilar información sobre ella, incorporándola a los informes que hayan de ser elaborados sobre la evaluación y seguimiento, compartiendo con el resto del personal la información disponible.

10.2.2 Designación del profesional de referencia.

Se atenderá en la medida de lo posible su adecuación a las necesidades o condiciones específicas que pueda presentar la persona usuaria.

Para su designación se consultará tanto con la persona residente para saber cuáles son los/las profesionales con quienes siente mayor afinidad o a quienes prefiere dirigirse cuando tiene un problema, como con los/as profesionales para conocer con qué residentes tiene un trato más cercano o con los que les resulta más agradable trabajar.

Se realizará una asignación inicial de esta figura al ingreso que podrá modificarse en función de las preferencias y establecimiento de relaciones posteriores. Se buscará la máxima coincidencia posible en cuanto a preferencias de residentes y profesionales, considerando que cada profesional tendrá asignadas un máximo de seis personas usuarias en los centros residenciales y de doce en el caso de los servicios de atención diurna.

Se informará a la familia de la asignación realizada, así como de los cauces y vías establecidos para la comunicación.

La permanencia durante un largo periodo de tiempo atendiendo a las mismas personas mejora el conocimiento de las mismas, la atención a sus necesidades, la visión de sus capacidades, generando un mayor compromiso, autonomía y satisfacción de las y los profesionales. La menor rotación del personal de atención directa facilita también el trabajo en equipo, la comunicación con las familias y el consenso en cuanto a criterios de intervención.

10.3 Plan de Atención Individualizado centrado en la persona

El Servicio de CRPS atenderá de manera integral las distintas necesidades de la persona. Esta atención integral se abordará mediante el Plan de Atención Individualizado centrado en la persona. (PAICP)

Se estructurará en tres fases:

1. De conocimiento de la persona (de sus intereses, preferencias, deseos y objetivos vitales) y valoración desde un modelo global de salud y bienestar (necesidades de apoyos, contextos, etc.).

2. De consensuar con la persona, y si procede la familia o figura legal de apoyo, un Plan de apoyos y actuaciones donde la persona identifique sus intereses, preferencias y objetivos para lograr una vida significativa y satisfactoria estableciendo los apoyos necesarios para ello.

3. De revisar con la persona, y en su caso, la familia o figura legal de apoyo, el logro de sus objetivos con los apoyos establecidos para ello, para, en su caso, actualizar el plan. Deberá incluir una valoración global, definición de objetivos generales y concretos, elaboración de planes de acción, asignación de personal de referencia y evaluación de resultados.

Deberá tener un formato accesible para la persona usuaria. Se valorarán propuestas que supongan una mejoría en la accesibilidad del PAICP o faciliten el seguimiento de los objetivos por parte de la persona.

La elaboración del PAICP debe recoger, como mínimo, los siguientes aspectos:

Condiciones mínimas:

- Elaboración del Plan de atención individual centrado en la persona en los dos primeros meses del inicio de la prestación del servicio. El plan se elaborará junto con la persona usuaria, figura legal de apoyo o familiares y /o personas de referencia o apoyo. Implantación y seguimiento de las medidas, recursos y acciones establecidas. Se actualizará y documentará al menos una vez al año o cuando se detecten cambios significativos.
- Establecimiento de un profesional de referencia para cada persona usuaria, que conocerá los detalles del Plan de Atención Individual Centrado en la persona, sus circunstancias personales y su percepción subjetiva. Participará de modo activo en las decisiones del Plan de Atención Individual Centrado en la persona y las revisiones del mismo.
- Participación y colaboración de las figuras profesionales que atiendan a las personas usuarias en el desarrollo de los programas individuales, establecidos por el personal técnico correspondiente.
- El Plan de Atención individual centrado en la persona se entregará a la persona usuaria en un formato que le resulte accesible, favoreciendo así que pueda ejercer su liderazgo, y por escrito a su familiar de referencia o persona de apoyo.
- Evaluación. Elaboración de informes. Se actualizará y documentará cuando se detecten cambios significativos por los profesionales o como mínimo cada seis meses en programa de rehabilitación o un año en programa de centro de día).
- Se prestará especial la importancia de las fases de vinculación, acogida y desenganche.

Contenidos mínimos del Plan de Atención Individual Centrado en la Persona (PAICP)

DATOS ADMINISTRATIVOS

Fecha de alta en el servicio.

Fecha del PAICP (realizado antes de dos meses).

Fecha de revisión del PAICP (cuando haya cambios significativos. Revisión mínima cada seis meses en programa de rehabilitación o un año en programa de centro de día).

Datos personales básicos.

Familiares de referencia y/o figura legal de apoyo.

Porcentaje de discapacidad y tipo, si procede.

Cobertura sanitaria.

Profesional de referencia en el centro.

Profesionales que intervienen en el PAICP. Se detallará la aportación de cada profesional.

CONOCIMIENTO DE LA PERSONA

Intereses y valores.

Preferencias y deseos de la persona usuaria.

Círculo de relaciones y personas de apoyo.

Proyecto de vida.

VALORACIÓN GLOBAL

Resultado de la valoración global de la persona: funcional, cognitiva, emocional y socio familiar de la persona, educativa/formativa (cuando proceda), percepción de calidad de vida, y sus vivencias en cuanto a la sexualidad cuando las hayan querido transmitir.

Identificación de las necesidades principales de la persona en cada dimensión valorada.

Identificación de las capacidades de la persona en cada dimensión.

Determinación de las necesidades de apoyo y recursos disponibles.

PROPUESTA Y PUESTA EN PRÁCTICA DEL PLAN

Elaboración de una propuesta de plan personalizado de intervención definiendo objetivos generales y concretos, priorizando acciones y actividades a realizar junto con la persona.

Presentación del PAICP consensuado con la persona y/o familia. Versión accesible.

Elaboración y puesta en marcha de acciones según las áreas de intervención: describiendo actividades, recursos y metodología a utilizar, así como personal responsable de la intervención.

Seguimiento establecido: Revisión del PAICP, cuando se produzcan cambios significativos en la persona usuaria y al menos una vez cada seis meses en el programa de rehabilitación y un año en el de centro de día.

Registro de la evaluación de los resultados.

Introducción de modificaciones al PAICP, en función de la evaluación y establecimiento de nuevos objetivos o alta/fin del servicio.

10.4 Plan para la despedida de la persona usuaria

Toda intervención requiere de una conclusión y así ocurre también con los procesos de rehabilitación. Todos los profesionales implicados en la atención a personas con TMG deben trabajar para acercarse a este momento y nunca perderlo como referente. Es importante también, para las personas atendidas, entender que el proceso de rehabilitación tiene un final que es la consecución y el mantenimiento de los objetivos consensuados con ellos a lo largo del proceso de atención.

Dentro del proceso de atención y acompañamiento a la persona usuaria, es necesario garantizar la desvinculación progresiva del recurso y los profesionales una vez esté prevista la baja, siendo un aspecto clave establecer la vinculación con otros recursos o redes formales y/o informales de atención.

Este aspecto resulta especialmente importante en el servicio de rehabilitación, dado su carácter temporal y transitorio.

En el caso de traslado a otro servicio o alta voluntaria, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Protocolo de traslado o baja voluntaria. Informe de derivación: PAICP y toda la información necesaria para garantizar la continuidad de la atención.
- Trámites administrativos: alta del servicio, documentación, comunicaciones.

11. SERVICIOS EXIGIBLES A LA ENTIDAD GESTORA POR PARTE DE LAS PERSONAS USUARIAS NO INCLUIDOS EN EL CONTRATO

Se refiere básicamente a lo que se podría considerar servicios que aportan un entorno de mayor calidad. Se consideran de obligada prestación, aunque su financiación se realizará de forma directa por las personas usuarias al margen de la tarifa de concertación abonada por el servicio, aplicando el régimen de tarifas que el centro establezca previa comunicación y autorización de la ANADP.

- Organización del acompañamiento a centros hospitalarios y/o consultas programadas o no urgentes, con especial atención a los casos que carecen de familia o personas de referencia.
- Cafetería/máquina expendedora de bebidas, si procede.

12. PLANTILLA EXIGIDA DE PERSONAL

Las categorías profesionales cumplirán la normativa vigente, exigiéndose la titulación correspondiente y siguiendo criterios de adecuación profesional.

LOTE 1. CRPS ESTELLA/LIZARRA

CRPS	PERSONAL EQUIVALENTE	
	CRPS	CD
Dirección	1	
Auxiliar administrativo/a	1	
Psicólogo/a	1	
Trabajador/a Social	1	
Terapeuta ocupacional	1	
Formador/a laboral ¹	1	
Educador/a-Monitor/a (TIS) ²	4	
Limpieza	0,5	

¹ Con formación de base o específica en Inclusión Laboral de personas con enfermedad mental. En caso de cese de la relación contractual por cualquier motivo, se deberá informar a la ANADP quien valorará la continuidad de dicha figura profesional o su sustitución por otra.

² TIS= Técnico/a de Integración Social

LOTE 2. CRPS TUDELA / 2 VIVIENDAS BAJOS APOYOS

CRPS	PERSONAL EQUIVALENTE	
	CRPS	CENTRO DE DÍA
Dirección	1	
Auxiliar Administrativo/a	1	
Psicólogo/a	1	
Terapeuta ocupacional	1	
Trabajador/a Social	1	
Formador/a laboral ¹	1	
Limpieza	0,5	
Educador/a-Monitor/a ²	4	

Viviendas bajos apoyos	Días trabajo al año	Horario mañana	Horario tarde	Total horas
Coordinación ³	Lunes a viernes			10 horas/semana
Educador/a-Monitor/a (TIS) ²	Lunes a viernes	3,50 horas	4,50 horas	2920 horas anuales
	Vacaciones, festivos y fines de semana	4 horas	4 horas	
Servicio limpieza	Lunes (cada 15 días)			8 horas/día

Las exigencias de personal establecidas para las viviendas se reparten entre las dos.

¹ Con formación de base o específica en Inclusión Laboral de personas con enfermedad mental. En caso de cese de la relación contractual por cualquier motivo, se deberá informar a la ANADP quien valorará la continuidad de dicha figura profesional o su sustitución por otra.

² TIS= Técnico/a de Integración Social

³ Titulación mínima de Grado Universitario o Diplomatura equivalente en el ámbito de las Ciencias Sociales o de Ciencias de la Salud.

Consideraciones generales

La entidad adjudicataria enviará a la ANADP la relación completa del personal destinado al funcionamiento y atención a prestar en los recursos objeto del presente contrato, con indicación de la jornada laboral, cualificación y funciones, y dará a conocer, con antelación suficiente las sustituciones, suplencias, bajas o nuevas contrataciones de personal que se produzcan.

El órgano de contratación, a la vista de las necesidades producidas y del informe presentado, podrá autorizar o denegar dicha variación. La facultad de autorización o denegación a que se refiere el presente apartado podrá atribuirse, por el órgano de contratación, a la unidad gestora del contrato.

La entidad contratista deberá garantizar la atención a las personas usuarias y familiares en distintos horarios, a lo largo de la semana y según la organización de la empresa, a través del personal técnico competente, quedando el horario de aquél supeditado a las necesidades del servicio contratado. Los cambios que se produzcan en el horario del personal y que puedan repercutir en la prestación del servicio y/o en el estricto cumplimiento de los pliegos deberán ser previamente comunicados y autorizados por la ANADP.

En ausencia de un determinado perfil, sus funciones deberán ser asumidas por el resto del equipo multidisciplinar, en la medida que sea posible en virtud de la normativa de aplicación.

De igual forma, podrán concurrir en una sola persona varios perfiles profesionales diferentes en la medida en que sea posible en virtud de la normativa de aplicación.

Las categorías profesionales cumplirán la normativa vigente, exigiéndose la titulación correspondiente y siguiendo criterios de adecuación profesional. Para las categorías profesionales que no se correspondan con titulaciones oficiales se fijarán los perfiles profesionales más acordes con las funciones que deban realizar y que estén basados en la cualificación o la experiencia de acuerdo al tipo de actividad y personas usuarias del centro.

Las funciones a realizar por los distintos perfiles profesionales serán aquellas reflejadas en la legislación vigente y, en su defecto, por las direcciones de los servicios, de acuerdo a su capacidad profesional.

La dirección, supervisión y seguimiento estará a cargo de los responsables de la entidad disponiendo de los servicios profesionales; propios, concertados o públicos, con los perfiles e intensidades recogidas en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. En aquellos casos en los que los servicios sean prestados desde el ámbito público, las condiciones y la intensidad del servicio serán determinadas por el Departamento responsable de los mismos.

Sustituciones

- Al inicio del contrato la dirección del centro comunicará a la Sección de Inspección del Departamento de Derechos Sociales, Economía Social y Empleo el calendario anual con el horario y jornadas de trabajo. Una vez comprobado el cumplimiento de las horas anuales establecidas en la plantilla exigida, las sustituciones serán obligatorias desde el primer día.
- El incumplimiento no justificado de las presencias en el puesto (desocupación, circunstancias excepcionales como servicios mínimos en huelga, etc.) podrá ser motivo de aplicación de penalidades de acuerdo a lo establecido en las cláusulas administrativas del contrato.
- El personal será de obligada sustitución desde el primer día, cuando se prevea una baja, licencia o permiso superior a 15 naturales.
- Las reducciones de jornada por cualquier causa serán de obligada sustitución. No obstante, de no ser posible la sustitución debido al porcentaje de jornada reducido o al horario establecido, previa autorización de la ANADP, se podrán acumular las horas reducidas para la sustitución en ese mismo perfil en jornadas completas o parciales. De no contar con la autorización de la ANADP, la no sustitución se considerará un incumplimiento de la plantilla establecida y será objeto de penalidades de acuerdo a lo establecido en las cláusulas administrativas.
- Los incumplimientos en la plantilla exigida, además de ser objeto de penalidades de acuerdo a lo establecido en las cláusulas administrativas, supondrá el reintegro o regularización de la cuantía correspondiente al salario no sustituido.

13. MEDIOS MATERIALES EXIGIDOS

La empresa gestora deberá garantizar que los servicios en el CRPS proporcionen un ambiente cálido y acogedor, con diversos ambientes o espacios que propicien estar en grupo, estar solo/a, etc.

Se dispondrá de los siguientes requisitos en cuanto a local y equipamiento:

Local

Los locales donde se van a desarrollar los servicios deberán ser aportados por la adjudicataria del presente contrato. Deben estar situados en un entorno comunitario normalizado y accesible, ofreciendo la infraestructura y equipamientos necesarios para la prestación de un servicio global a las personas a las que va dirigida.

La disposición y organización de los distintos espacios reflejará los principios del Modelo de Recuperación y del trabajo interdisciplinar. Para ello se destinarán espacios comunes para el trabajo profesional, para la atención individual y salas multiusos para la realización de las acciones contenidas en el este pliego técnico.

Son exigencias mínimas:

- Superficie mínima 225 m².
- Ventilación, iluminación natural.
- Libre de barreras arquitectónicas.
- Localización céntrica.
- Accesible con transporte público.
- Espacios destinados al trabajo profesional, salas multiusos para la realización de actividades, baños, comedor.

Se establecerán zonas de convivencia comunes, con baños y aseos en número suficiente para que puedan ser utilizados por las personas usuarias de Centro de Día y Rehabilitación psicosocial, con zonas específicas y diferenciadas para ambos servicios. Todas las zonas han de cumplir los requisitos establecidos reglamentariamente en materia de accesibilidad.

Equipamiento

El equipamiento mínimo para la puesta en marcha del CRPS con los servicios de rehabilitación psicosocial y de centro de día será el siguiente:

- Cocina: electrodomésticos y menaje básico.
- Comedor: mesas de 4 comensales con sus respectivas sillas.
- Salas multiusos: sillas, ordenadores, mesa de actividades, colchonetas, aparato de música, equipos informáticos, material de psicomotricidad. Sala de descanso
- Espacios para el trabajo profesional: mesas, sillas, ordenadores, armarios, mesa reuniones y archivadores.

El mantenimiento del centro y su mobiliario correrán a cargo de la entidad gestora del mismo y deben asegurarse unas óptimas condiciones de conservación. La ANADP podrá requerir a la entidad la reparación o sustitución de los desperfectos o deficiencias detectadas en el equipamiento que deberán ser subsanadas en el menor plazo posible. El incumplimiento de dicho

requerimiento, podrá ser objeto de las sanciones contempladas en las condiciones administrativas.

Vivienda de bajos apoyos

Una de las viviendas objeto de este contrato es propiedad del Gobierno de Navarra. La otra deberá proporcionarla la empresa adjudicataria.

Las viviendas se situarán en un entorno comunitario normalizado y accesible, que ofrezca la infraestructura y equipamientos necesarios para la prestación de un servicio global a las personas a las que va dirigida.

Proporcionarán alojamiento en habitación individual.

El mantenimiento de las viviendas y su mobiliario correrán a cargo de la entidad gestora de la misma y deberán asegurarse unas óptimas condiciones de conservación. La ANADP podrá requerir a la entidad la colocación de elementos o sustitución de las deficiencias detectadas en el equipamiento que deberán ser subsanadas en el menor plazo posible. El incumplimiento de dicho requerimiento, podrá ser objeto de las sanciones contempladas en las condiciones administrativas.

La empresa adjudicataria utilizará el software ResiPlus en la gestión del centro objeto de este contrato.

14. ASIGNACIÓN DE PERSONAS USUARIAS

Las solicitudes para ocupar una plaza en cualquiera de los servicios para personas con TMG se presentarán ante la ANADP a través de los Centros de la red de Salud Mental dependientes de la Gerencia de Salud Mental.

En la solicitud de plaza de Centro de día se hará constar si la ocupación es a media jornada o a jornada completa, así como el compromiso por parte de la persona a realizar dicha ocupación.

Corresponde a la ANADP determinar las personas que han de ocupar las plazas objeto de la gestión de los servicios para la atención de personas afectadas por TMG, comprometiéndose expresamente la entidad adjudicataria a aceptar a las personas usuarias designadas por la ANADP para ocupar las plazas objeto del contrato.

El ingreso de la persona propuesta, con envío del expediente al centro, se realizará en un plazo no superior a 10 días desde la designación y comunicación al servicio, salvo causas que justifiquen la demora.

Los requisitos necesarios previos a la incorporación a los servicios serán los reflejados en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, así como los que la ANADP estime oportunos.

La adquisición de la condición de persona usuaria de las plazas, así como la pérdida de la misma, se efectuará mediante resolución de la persona que ostente la gerencia de la ANADP. En el caso de ocupar transitoriamente una plaza, en la resolución de ingreso, la ANADP fijará la fecha de inicio y de finalización de dicho ingreso temporal.

14.1 Periodo de adaptación

Se considera período de adaptación el tiempo que precise el servicio para adaptarse a la persona usuaria. Como norma general, se establece un mes de duración, pero siempre teniendo en cuenta que este periodo debe ser flexible y adaptado a las necesidades de cada persona.

Durante dicho periodo, la ocupación de dicha plaza se realizará de acuerdo al plan de acogida establecido, pudiendo realizarse una ocupación parcial a lo largo de dicho periodo, si ello fuera necesario, para facilitar una adaptación satisfactoria.

Si durante dicho periodo se apreciase circunstancias que impidan la atención de la persona usuaria en el recurso, éste deberá ponerlo en conocimiento de la ANADP mediante informe justificativo, siendo vinculante la resolución que al respecto adopte la citada Agencia.

Transcurrido el período de adaptación, la persona usuaria consolidará su derecho a la ocupación de la plaza y estará obligada a su ocupación completa en tanto esté en vigencia el contrato, permanezcan los requisitos que se acreditaron para su admisión.

En el caso del Servicio de Rehabilitación Psicosocial, el tiempo de permanencia en el Centro se establecerá de acuerdo con el Plan de Atención individualizado centrado en la persona, con un tiempo máximo de 2 años a partir de la fecha de ingreso fijada en la Resolución. Excepcionalmente y con un informe justificativo del CRPS, en coordinación con el centro de salud mental, podrá solicitarse una única prórroga extraordinaria por un máximo de un año.

14.2 Altas, bajas e incidencias

La entidad gestora del servicio notificará por escrito a la ANADP las incidencias que se produzcan respecto de la incorporación de las personas usuarias al recurso asignado, así como las ausencias de las mismas.

A tal efecto, se considerarán ausencias la *no asistencia o la ocupación parcial no autorizada de la plaza del servicio en atención diurna*.

En cualquiera de los siguientes supuestos se requerirá de la notificación previa a la Agencia con un mínimo de 72 horas y de informe motivado para proceder a la autorización de dichas ausencias.

1. Incidencias con pérdida de condición de persona usuaria:

- Renuncia expresa o tácita a la plaza.
- Ausencia igual o superior a 15 días naturales consecutivos sin causa justificada.
- La ausencia superior o igual a 60 días a lo largo del año natural, consecutivos o alternos, sin causa justificada ni informe motivado que avale dicha ausencia.
- Ausencia por ingreso en Unidades hospitalarias o de Rehabilitación en las que se prevea una estancia de media-larga duración, considerándose prioritaria su incorporación al CRPS cuando éste finalice, si permanece la idoneidad.
- Cambio de las circunstancias que motivaron el reconocimiento de la condición de persona usuaria.
- No superar el periodo de adaptación.
- Fallecimiento de la persona usuaria.

2. Incidencias con derecho a reserva de plaza:

- Ausencia obligada por ingresos hospitalarios de la red de salud mental de hasta un máximo de 90 días laborables.
- Respecto de las ausencias por aplicación de un expediente disciplinario, la entidad gestora del servicio deberá notificar cualquier tipo de sanción que, en aplicación del Reglamento de Régimen Interno del servicio, suponga la suspensión temporal del servicio. Al respecto, se observará lo recogido en la normativa vigente. En todo caso debe realizarse mediante resolución de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas.

El proceso de baja se planificará con la persona usuaria y otros agentes implicados de manera que se garantice la continuidad de prestación de apoyos. Este proceso resulta especialmente relevante en el programa de rehabilitación por su carácter temporal, en las plazas de rehabilitación será relevante el diseño de la fase de desvinculación del recurso, con acciones y cronograma asociado.

La entidad enviará mensualmente la ocupación del servicio en el formato que desde la ANADP se determine.

15. EXPEDIENTE INDIVIDUAL, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS

Cada persona deberá contar con un expediente individual que recoja, organice y archive toda la información y documentación correspondiente a su proceso de atención y rehabilitación. De esta forma, la adjudicataria quedará obligada a preparar y organizar adecuadamente estos expedientes actuando como encargada de tratamiento de los datos personales necesarios, de conformidad con lo establecido en las condiciones particulares del contrato (apartado 22 letra D “CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS”) de acuerdo al siguiente detalle:

Datos personales objeto de tratamiento:

- Identificativos: Nombre apellidos, NIF, NIE, pasaporte, contacto (domicilio y teléfono), nº seguridad social.
- Datos especialmente protegidos: Salud, discapacidad, dependencia e historia de vida.
- Características personales: Fecha y lugar nacimiento, estado civil, edad, sexo, nacionalidad, datos de la unidad familiar.
- Datos económico-financieros: Datos económicos, bancarios y cuentas.

Colectivos de personas interesadas cuyos datos van a ser tratados:

- Personas usuarias del servicio afectadas de trastorno mental grave.

Tratamientos de datos a efectuar por la persona o entidad adjudicataria:

- ☒ Recogida
- ☒ Registro
- ☒ Organización
- ☒ Estructuración
- ☒ Conservación
- ☒ Consulta
- ☒ Utilización
- ☒ Comunicación por transmisión

Categorización de seguridad de los datos:

- Confidencialidad: MEDIA
- Integridad: MEDIA
- Disponibilidad: MEDIA
- Autenticidad: MEDIA
- Trazabilidad: MEDIA

Así mismo, la adjudicataria y el personal encargado de ejecutar los programas y actividades guardarán secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tengan acceso o conocimiento durante la vigencia del presente contrato, y específicamente no podrá dar información sobre las personas atendidas ni sobre las actividades realizadas a ninguna persona o entidad sin el permiso explícito de los responsables de la ANADP.

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

16. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DE MEMORIAS

Los centros deberán disponer de un sistema de evaluación que se aplicará como mínimo una vez al año, que abarcará todos los aspectos comprendidos en el proyecto presentado y que se desarrollarán en la memoria anual que los recursos deberán presentar a la ANADP, en soporte informático, en la forma y plazo señalado en el pliego de condiciones económico administrativas.

A la hora de evaluar los servicios objeto de este contrato se tendrán en cuenta los indicadores de evaluación que establezca la ANADP.

La memoria será presentada de forma que facilite la comprobación del cumplimiento de las bases exigidas en los pliegos técnicos y administrativos y del Proyecto Técnico contratado.

Asimismo, la ANADP establecerá los indicadores a recabar periódicamente para facilitar el seguimiento del recurso.

BASES PARA LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO TÉCNICO

La entidad deberá presentar un proyecto técnico de acuerdo con el siguiente formato:

- Documento en soporte informático, tamaño DIN A4.
- Extensión máxima del documento (sin considerar portada e índice): 100 páginas numeradas, impresión a dos caras (50 folios). No se leerán ni valorarán las hojas que superen este límite, es decir no se valorará a partir de la página 101.
- Márgenes del documento:
 - Inferior y superior: superior de 2,5 cm; inferior de 2 cm.

- Izquierdo-derecho: Izquierdo de 2,5 cm; derecho de 1,5 cm.
- Interlineado mínimo 1,15. Tipo de letra: Arial o Times New Roman con tamaño mínimo 11. Este tamaño de letra mínimo se aplicará a todos los elementos del documento.
- Se evitará la utilización de elementos que dificulten la lectura del proyecto presentado (imágenes en segundo plano con ilustraciones, identificación de la empresa, etc.).
- Se acogerá explícitamente a las condiciones reflejadas en la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales y en el Decreto foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones y en segundo lugar, al presente condicionado técnico.
- Las empresas licitadoras estarán obligadas a describir en su propuesta técnica los distintos enfoques establecidos en este pliego, los cuales se llevarán a cabo con la intensidad mínima recogida en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. Asimismo, para cada una de las áreas de atención establecidas en el pliego, la entidad adjudicataria diseñará una guía que estructure globalmente el proceso de intervención.
- Se detallarán y concretarán las actividades individuales y grupales a desarrollar dentro de los enfoques propuestos; modo en que serán organizadas y ejecutadas.