

## CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y LA ENTIDAD ASPRONA BIERZO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO INTECUM EN LA COMARCA DEL BIERZO (LEÓN).

En Valladolid, a 1 de octubre de 2023

### REUNIDOS

De una parte, el Ilmo. Sr. D. Carlos Raúl de Pablos Pérez, en representación de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León en virtud de su cargo de Gerente de Servicios Sociales nombrado por Acuerdo 58/2015, de 16 de julio, de la Junta de Castilla y León, teniendo atribuida competencia para la firma del presente Convenio por el artículo 2 del Decreto 34/2009, de 21 de mayo, por el que se reforma la desconcentración de competencias del Presidente del Consejo de Administración de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y determinadas disposiciones.

De otra parte, D. Valentín Barrio Diez, en representación de la entidad Asprona Bierzo, con CIF G24274664, actuando en calidad de Director General, con capacidad para realizar en su nombre este tipo de actos, de acuerdo con los estatutos de la entidad y la escritura de apoderamiento otorgada en Ponferrada, el 18 de octubre de 2018.

La entidad Asprona Bierzo, acogida a la Ley 13/2002, de 15 de julio, de Fundaciones de Castilla y León, está inscrita en el Registro de entidades, centros y servicios de carácter social de Castilla y León, con número 24112E.

Las partes se reconocen plena capacidad para firmar el presente Convenio, actuando en el ejercicio de sus competencias, a cuyo efecto,

### EXPONEN

 Que el artículo 49 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos la realización de una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad física, sensorial y psíquica, a los que prestará la atención especializada que requieran y los amparará especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I de la Constitución otorga a todos los ciudadanos.

Que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia reconoce el derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Que la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en virtud del artículo 70.1.10º del Estatuto de Autonomía aprobado por Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, reformado por Ley Orgánica 11/1994 de 24 de marzo, Ley Orgánica 4/1999 de 8 de enero y Ley Orgánica 14/2007 de 30 de noviembre, tiene encomendadas competencias exclusivas en materia de asistencia social, servicios sociales y desarrollo comunitario.

Que la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León recoge, entre sus principios rectores, la promoción de la autonomía personal para contribuir a la efectiva inclusión y participación en el medio social de las personas con necesidades de apoyo para su autonomía. Incluye asimismo como principio rector, la atención integral para dar respuesta a las necesidades de tipo personal, familiar y social. En esta Ley se configura un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, en el que se integran los servicios sociales de titularidad pública y los de titularidad privada financiados total o parcialmente con fondos públicos, remarcando así la importancia de la iniciativa privada y del tercer sector, en cuanto agentes que complementan la actuación de los poderes públicos.

Que la Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León, establece el marco jurídico de actuación de los poderes públicos de Castilla y León, en orden a prestar atención integral y continuada a las personas mayores, especialmente a aquellas que se encuentren en situación de dependencia, procurando su bienestar físico, psíquico y social, a través de programas, recursos y servicios que se adapten a sus necesidades y a apoyar a la familia y personas que intervengan, bien de forma individual, bien a través de fórmulas asociativas, en la atención a las personas mayores.

Igualmente, y como principio rector que ha de regir el sistema, se encuentra la participación que ha de ser fomentada, facilitada y garantizada por los poderes públicos a todos los niveles, de los ciudadanos, las entidades de iniciativa social, los agentes sociales y las instituciones, así como las personas usuarias.

Que la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León tiene atribuidas funciones y servicios en materia de Servicios Sociales en relación con las personas en situación de dependencia, las personas mayores y las personas con discapacidad, cuyo ejercicio le corresponde en virtud de la Ley 2/1995, de 6 de Abril, desarrollada en el Reglamento General de la Gerencia de Servicios Sociales, aprobado por Decreto 2/1998, de 8 de enero.

Que en el mes de junio de 2017 se aprobó, mediante Acuerdo de la Junta de Castilla y León, la Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo. El análisis sociodemográfico contenido en la misma ha sido relevante de cara a proponer un conjunto de experiencias innovadoras, que serán lideradas por la Gerencia de Servicios Sociales y desarrolladas en coordinación y colaboración con otros sectores de la administración regional y local, según el caso, y con la colaboración del sector privado. En el marco de esta última estrategia se plantea la necesidad de abordar la experiencia innovadora "Atención integral a la persona en la fase final de la vida. INTecum"

El proyecto INTecum pretende investigar los elementos necesarios y los procesos e instrumentos de atención para poder garantizar que las personas afectadas por una enfermedad en fase avanzada/terminal puedan permanecer en su domicilio o en un hogar alternativo de su elección, ofreciéndole cuidados continuados de calidad adaptados a las distintas fases de su proceso, con el objetivo fundamental de mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

El proyecto INTecum es una experiencia de atención sociosanitaria integrada, pensada para dar soporte a personas que, habiéndose incluido como usuarios del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de Castilla y León, optan por recibir los apoyos tanto sanitarios como sociales en su propio domicilio.

El ambicioso despliegue de servicios y la rapidez de respuesta en cualquier vivienda de la provincia donde se pilota, hace que la elección de la entidad que colabora con la Junta de Castilla y León, en este caso a través de la Gerencia de Servicios Sociales, sea especialmente relevante y crítica, pues esa respuesta es la base de todo el sistema en el pilotaje.

El artículo 95 de la Ley 16/2010, de 20 de diciembre establece que las administraciones públicas de Castilla y León podrán establecer convenios con entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro para la provisión de prestaciones del catálogo de servicios sociales en aquellos supuestos en los que razones de urgencia, la singularidad de la actividad o la prestación de que se trate, o su carácter innovador y experimental aconsejen la no aplicación del régimen de concierto y así se motive.

Confluyen para la ejecución de INTecum, razones de urgencia, la singularidad de la actividad y el carácter innovador y experimental de las actuaciones que lo integran.

Razones de urgencia porque diariamente el sistema sanitario público incluye en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos a personas en situación de final de vida que necesitan un acompañamiento social no disponible. De acuerdo con los datos el 20% de las personas en situación de final de vida carecen de cualquier soporte de la red natural de apoyos, por lo que sin la intervención del sistema de servicios sociales, el retorno del hospital al domicilio o la permanencia en domicilio son inviables.

La singularidad de la actividad se concreta en la capacidad de dar respuesta inmediata a la situación de la persona de forma que pueda mantener su estilo de vida hasta el final. Apoyo a su proyecto de vida en el domicilio como lugar elegido, promoviendo autonomía e independencia y calidad de vida. Se exige un proveedor experto que de forma inmediata con independencia de la ubicación del domicilio y de la intensidad de los apoyos que se precisen: preste el servicio de asistencia personal, suministre ayudas técnicas, garantice la ejecución de adaptaciones del hogar, todo ello supervisado por un gestor de caso entrenado en la filosofía de vida independiente.

El carácter innovador y experimental se centra en un único proveedor que garantiza con los fundamentos de vida independiente y atención dirigida por la persona, el apoyo a su proyecto de vida hasta su fallecimiento, con independencia de su edad y domicilio, incorporando a la familia y dándose especial importancia a las ayudas técnicas, potenciándose el desarrollo de productos de apoyo.

El proyecto INTEcum se puso en marcha en 2019 en la provincia de Palencia, a través de un Convenio entre la Gerencia de Servicios Sociales y la Fundación San Cebrián. Esta entidad que hasta ese momento estaba dedicaba a prestar apoyos a personas con discapacidad intelectual, que tenía completamente interiorizado en su actuación un sistema de apoyos desde la Atención Centrada en la Persona y que, contaba con una amplia implantación en el medio rural y en la capital, prestando entre otros el servicio de asistencia personal, se consideró como la única entidad que cumplía requisitos para culminar con éxito el pilotaje en la provincia de Palencia. Esta experiencia es única en España y hasta donde se ha podido investigar, no hay referentes conocidos en el resto de sistemas de protección a nivel internacional, que podamos tomar como modelo.

Desde el inicio se puso de manifiesto que INTECUM no podía restringirse a personas mayores, derivando el sistema sanitario público a personas incluidas en su Proceso Asistencial Integrado de Cuidados paliativos con independencia de su edad.

En el desarrollo del piloto, desde el ámbito de los servicios sociales se ha comprobado que el acceso al mismo incorpora a dos de cada tres usuarios sin el reconocimiento de dependencia, que acceden a una prestación de los servicios sociales por primera vez, por lo que no hay información ni social ni económica de los mismos, lo que ha obligado a agilizar algunos procesos.

No se conoce a la mayoría de los usuarios del proyecto, el acceso se realiza desde el sistema sanitario público que deriva a personas de cualquier edad de muy diferente perfil, la mayoría de los casos (el 64% hasta la fecha) tienen su domicilio en el medio rural, la adhesión al programa se realiza cuando las personas se encuentran con una necesidad de apoyos muy importantes (la duración de los apoyos, excluido el apoyo en el duelo) es de 50 días de media, y el despliegue de los apoyos sociales se debe garantizar de forma inmediata. Todas estas indefiniciones dificultan la utilización de instrumentos jurídicos que exigen términos absolutamente cerrados desde su inicio.

Por los motivos expuestos y por lo que se refiere a las potenciales entidades que pueden pilotar INTECUM, se precisa de una entidad con presencia en el territorio por la titularidad y gestión de diferentes recursos, que tengan por objeto diferentes prestaciones del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública dirigidas a personas en situación de dependencia o discapacidad. Entidad con acreditada experiencia tanto en la prestación del servicio de asistencia personal a personas de cualquier edad, como en el desarrollo de productos de apoyo. Entidad que tenga entre sus objetivos la innovación constante y el uso de nuevas tecnologías, que

garanticen la puesta a disposición de las personas participantes de INTECUM, de ayudas técnicas o productos de apoyo que promuevan los mayores niveles de autonomía e independencia posibles. Entidad comprometida con el territorio en el objetivo de lucha contra la despoblación contribuyendo a fijar población, formando y contratando para generar bolsa de asistentes personales a personas residentes en el medio rural de la provincia.

Que los resultados positivos de la experiencia realizada que inició la atención de casos en Palencia en febrero de 2019, avalan la oportunidad de extender este nuevo modelo de atención a las personas afectadas por una enfermedad en fase avanzada/terminal a otros territorios de la Comunidad Autónoma para completar la obtención de evidencias acerca de su eficacia, sostenibilidad y asequibilidad.

Que el desarrollo de las actuaciones de carácter social asumidas por la Gerencia de Servicios Sociales para el desarrollo del Proyecto "INTecum" en la comarca del Bierzo (León) se realizará en colaboración con la entidad Asprona Bierzo.

Que la entidad ASPRONA BIERZO es una entidad sin ánimo de lucro que comparte entre sus fines la defensa de la dignidad y los derechos de las personas y el apoyo a las familias para conseguir mejorar su calidad de vida y la de sus miembros, así como la misión de contribuir, desde su compromiso ético, con apoyos y oportunidades, para que las personas puedan desarrollar su proyecto de vida, respetando los deseos y preferencias de cada persona y ofreciendo oportunidades y alternativas que posibiliten la calidad de vida del núcleo familiar.

Que la entidad ASPRONA BIERZO puede acreditar una amplia experiencia en la prestación, a las personas que lo necesitan, de los apoyos requeridos para la realización de sus proyectos de vida, desde la base de los principios éticos, respetando los deseos y preferencias de cada persona y ofreciendo también, oportunidades y alternativas que posibiliten la calidad de vida del núcleo familiar.

Que dentro de este contexto, la Gerencia de Servicios Sociales y la entidad ASPRONA BIERZO hacen coincidentes sus objetivos dirigidos a la atención de las personas afectadas por una enfermedad en fase avanzada/terminal, para ofrecer los apoyos necesarios y cuidados continuados de calidad adaptados a las distintas fases de su proceso que les permita permanecer en su domicilio o en un hogar alternativo de su elección, con el objetivo fundamental de mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

Por lo que, sobre la base de cuanto antecede, las partes acuerdan suscribir el presente Convenio con arreglo a las siguientes:

## ESTIPULACIONES

### PRIMERA.- OBJETO DEL CONVENIO

El presente Convenio tiene por objeto articular la colaboración entre la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y la entidad ASPRONA BIERZO con el fin de implementar el proyecto "INTecum" en la **comarca** del Bierzo (León), cuyas actuaciones están dirigidas al desarrollo de proyectos de investigación sobre instrumentos de intervención, nuevas tecnologías y puesta en marcha de acciones y servicios, que hagan posible, mediante la prevención y la intervención proactiva, que las personas afectadas por una enfermedad en fase avanzada/terminal, puedan permanecer en su domicilio o en un hogar alternativo de su elección, ofreciéndole cuidados continuados de calidad adaptados a las distintas fases de su proceso, transformando su hogar en un hogar seguro y abordando la fase de duelo, desde una perspectiva de calidad de vida.

### SEGUNDA.- OBLIGACIONES DE LA GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES

La Gerencia de Servicios Sociales, en el marco de colaboración establecido en el presente Convenio, asume los siguientes compromisos:

- Facilitar a la entidad que suscribe el presente convenio información necesaria sobre las personas que van a participar en el Proyecto, conforme a los criterios establecidos y de la manera que se especifica en el Anexo II "Tratamiento de datos personales".
- Coordinar y garantizar de acuerdo con las obligaciones asumidas por la Gerencia de Servicios Sociales para la implementación y desarrollo del Proyecto "INTecum" que la actuación de la entidad que suscribe el presente Convenio se ajusta al proceso definido en el Anexo I.
- Colaborar en la financiación de los gastos que genere la ejecución del Proyecto, mediante la aportación de la cuantía máxima de 990.000,00 €, con cargo a la aplicación presupuestaria 09.21.231B04.25003 de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Esta cuantía se distribuirá, con carácter orientativo, en las siguientes anualidades:

2023	2024	2025	TOTAL
100.000,00 €	440.000,00 €	450.000,00 €	990.000,00 €

La Gerencia de Servicios Sociales realizará el abono de las cantidades señaladas, previa presentación por parte de la entidad y análisis, de la documentación acreditativa del cumplimiento del objeto del Convenio, según lo establecido en la estipulación cuarta.

### **TERCERA.- OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD**

La Entidad asume la obligación de ejecutar las acciones de atención de las personas que se adhieran al proyecto.

Sus funciones serán las siguientes:

- Evaluación del hogar de la persona desde la perspectiva de accesibilidad y seguridad.
- Elaboración del plan de acción, tiempo de ejecución, implantación y coste.
- Elaboración del plan de apoyos provisional y del plan de apoyos definitivo.
- Elaboración de la historia de vida, de la propuesta de apoyo al proyecto de vida y de sus modificaciones.
- Gestión de caso.
- Provisión de ayudas técnicas y adaptaciones del domicilio.
- Servicio de asistencia personal
- Apoyo a la familia o entorno próximo: grupos de autoayuda, formación para el buen cuidado.
- Selección y formación de los profesionales, preferentemente del entorno, que intervengan en la atención directa a las personas participantes en el proyecto.
- Atención al duelo de la familia tras el fallecimiento de la persona, con un seguimiento regular a lo largo de un año, ofreciendo información, recursos y apoyo emocional básico. En los casos de duelo de riesgo se ofrecerá, además, información sobre psicoterapias específicas.
- Participar en la Comisión de Seguimiento del Proyecto.



#### CUARTA.-OTRAS OBLIGACIONES.

1.- La entidad informará a la Gerencia de Servicios Sociales, con una periodicidad mínima de un mes, sobre el desarrollo de las actividades realizadas, mediante la presentación de la siguiente documentación:

- Memoria de las actuaciones realizadas, sellada y firmada por el representante de la entidad.
- Memoria económica de los gastos efectuados para el desarrollo del proyecto integrada por:
  - Relación clasificada de los gastos realizados, firmada por un representante de la entidad. En la misma, constará el nº de documento, fecha de emisión, explicación del gasto, importe total e importe imputado a las actividades realizadas en el marco del Convenio.
  - Original o copia compulsada de las nóminas, facturas (ordinarias o simplificadas) o documentos que las sustituyan, correspondientes a los gastos realizados derivados del desarrollo del Convenio, con el recibí correspondiente o documento justificativo de haberse efectuado el pago y el sello de imputación.
  - Certificación, de un representante de la entidad, que acredite el destino de la aportación de la Gerencia de Servicios Sociales.
  - Relación detallada de otras aportaciones económicas recibidas para el cumplimiento del objeto del Convenio, con indicación, en su caso, de la procedencia, el importe y el destino al que se aplica e indicando que la suma de ingresos no supera el 100% del coste total de la actividad.

2.- Los gastos que se podrán realizar con cargo a la financiación aportada por la Gerencia de Servicios Sociales son los siguientes:

- Personal. Tendrán esta consideración, el pago de las retribuciones y el coste de las cuotas sociales del personal de la Entidad vinculado a este programa mediante contrato laboral o mediante contrato de arrendamiento de servicios, respetando los siguientes límites establecidos en el “Convenio colectivo para el personal laboral de la Administración General de la Comunidad de Castilla y León y los Organismos Autónomos dependientes de ésta” o sus sucesivas actualizaciones:



CATEGORIA	COSTE SALARIAL ANUAL
GRUPO I (con funciones de dirección o coordinación)	55.611,85 €
GRUPO I	46.687,08 €
GRUPO II (con funciones de dirección y/o coordinación)	40.289,01 €
GRUPO II	36.217,25 €
GRUPO III	30.056,69 €
GRUPO IV	23.500,77 €
GRUPO V	22.631,87 €

Los importes señalados estarán referidos a una jornada semanal de 40 horas. Para jornadas inferiores, se realizará el cálculo proporcional.

Los medios personales necesarios para la ejecución del programa son los siguientes, en la jornada que se requiera en función de la situación y del número de personas usuarias del mismo. En todo caso, el número de gestores de caso y de asistentes personales estará en función del número de personas participantes en el proyecto.

Categoría	Número	Funciones
Grado Máster	1	Dirección y coordinación del proyecto
Auxiliar/administrativo	1	Administración
Técnico Grado	-	Gestor de caso
Cuidadores técnicos asistenciales o equivalentes	-	Asistente personal

- Dietas (manutención y alojamiento) y gastos de desplazamiento o locomoción deberán acomodarse como máximo, en su cuantía y criterios, a los establecidos para los distintos grupos en el Decreto 252/1993, de 21 de octubre, sobre indemnizaciones por razón del servicio en la Administración de la Comunidad de Castilla y León, teniendo en cuenta las modificaciones introducidas por el Acuerdo 1/2007, de 18 de enero, de la Junta de Castilla y León, y deberán acompañarse de las correspondientes facturas.
- Alquiler, suministros y comunicaciones de las instalaciones para la coordinación y gestión del programa.
- Obras de accesibilidad y otros gastos necesarios para la mejora de las condiciones de seguridad de los hogares de las personas que participan en el proyecto así como la adquisición de productos de apoyo y ayudas técnicas, con los límites de financiación detallados en el Anexo I.

- Gastos de acciones formativas relacionadas con la ética, el modelo de atención centrada en lo importante para la persona y todos aquellas temáticas que se consideren de interés para la mejora de la calidad de los apoyos ofrecidos.

El pago del profesorado se realizará conforme a lo que se establece en la ORDEN PRE/1310/2019, de 16 de diciembre, por la que se regulan los diferentes tipos de colaboración no permanente en las actividades organizadas por la Escuela de Administración Pública de Castilla y León (ECLAP), y se determina el régimen de indemnizaciones por esta colaboración y las cuantías correspondientes.

- Otros gastos necesarios para la atención a las personas: desplazamiento para traslados, distribución de EPIS, catering y otros de análoga naturaleza.
- Otros gastos directamente relacionados con el programa.

La entidad podrá subcontratar, hasta un límite del 20%, la ejecución de los compromisos asumidos.

En su caso, la contratación realizada en el marco del convenio deberá ajustarse a lo establecido en el Acuerdo 147/2015, de 23 de diciembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueban directrices vinculantes para los órganos de contratación de la Administración General e Institucional de la Comunidad de Castilla y León en materia de contratación administrativa, respecto a la obligatoriedad de solicitar tres ofertas para suministros y servicios de más de 3.000 €, o para obras de más de 6.000 €.

3.- Tendrán la consideración de gastos no elegibles los siguientes:

- Los intereses deudores de las cuentas bancarias.
- Los intereses, recargos de mora y sanciones administrativas y penales que sean impuestos a la entidad.
- Los gastos de procedimientos judiciales.
- Los gastos derivados de acciones que tengan por objeto promocionar a la institución en sí misma.
- Los impuestos indirectos cuando sean susceptibles de recuperación o compensación ni los impuestos personales sobre la renta.

4.- La entidad pone a disposición del proyecto los siguientes recursos:

- Local oficina.
- Vehículo/s, en su caso
- Productos de apoyo

La entidad elaborará, además, una memoria anual que deberá contener la valoración de todas las actuaciones realizadas.

Presentará, así mismo, Cuenta de ingresos y gastos de programa, cerrada a la finalización de la vigencia del convenio y, cualquier otra documentación establecida por la normativa de aplicación o acordada por la Comisión de Seguimiento a la que se refiere la cláusula sexta de este Convenio.

#### **QUINTA.- PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Las partes que suscriben el presente Convenio se comprometen a cumplir lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Reglamento Europeo de Protección de Datos y demás disposiciones complementarias, así como su normativa de desarrollo y a tratar los datos personales con la finalidad exclusiva de la realización del Proyecto "INTecum"

Para el cumplimiento del objeto de este Convenio la Fundación que lo suscribe deberá tratar los datos personales de la manera que se especifica en el Anexo II "Tratamiento de datos personales". En dicho Anexo se describen los datos personales a proteger, así como tratamiento a realizar y medidas a implementar por las partes encargadas del tratamiento.

#### **SEXTA.- COMISIÓN DE SEGUIMIENTO**

El seguimiento de las actividades se realizará a través de una Comisión de seguimiento creada específicamente para esta finalidad, que se regirá en lo no previsto en este Convenio por lo dispuesto en la Sección 3ª, Capítulo II, Título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público y en el Capítulo IV del Título V de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La Comisión de Seguimiento estará formada por tres representantes de la Gerencia de Servicios Sociales (dos del Servicio de Concertación y uno de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de León) y dos representantes de la Entidad. La presidencia corresponde al titular del Servicio de Concertación y la secretaría a la persona de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de León, designada por el titular de la Gerencia Territorial, que asume la coordinación y gestión de la parte de servicios sociales de INTecum en la provincia. A dicha Comisión podrán asistir, por ambas partes, con voz y sin voto, los asesores que se consideren necesarios en función de los temas a tratar.

Las funciones de la Comisión de Seguimiento son las siguientes:

- a) Coordinación, orientación e impulso de las acciones convenidas tendentes a mejorar la efectividad y máxima eficacia de los objetivos previstos.

- b) Seguimiento del cumplimiento de las obligaciones de cada una de las partes firmantes de este Convenio, y el seguimiento técnico de las actuaciones y programas objeto del mismo.
- c) Seguimiento y comprobación de las variaciones de las altas y bajas de los usuarios de los programas.
- d) Resolución de las incidencias que surjan en la ejecución de este Convenio y proponer a las partes las modificaciones que a su juicio servirían para lograr la finalidad principal.

#### **SÉPTIMA.- CAUSAS DE RESOLUCIÓN**

El presente Convenio podrá resolverse:

- Por transcurso del tiempo establecido, sin haberse acordado prórroga.
- Por acuerdo unánime de todos los firmantes.
- Por incumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos por parte de alguno de los firmantes.
- Por decisión judicial declaratoria de la nulidad del convenio.
- Por cualquier otra causa distinta de las anteriores prevista en las leyes.
- Por denuncia de cualquiera de las partes, siendo necesario, en este caso, la notificación de la denuncia a la otra parte firmante del convenio con el plazo de preaviso de tres meses.

En caso de resolución anticipada del mismo, será la Comisión de Seguimiento la encargada de establecer la forma de finalizar las actuaciones en curso, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 52 de la Ley 40/2015, de 1 octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

#### **OCTAVA.- PERIODO DE VIGENCIA**

El presente Convenio tendrá vigencia desde la fecha de su firma hasta el 31 de diciembre de 2025, pudiendo prorrogarse, por acuerdo entre las partes firmantes, por un periodo total no superior a 4 años. La prórroga, en su caso, estará condicionada a la existencia de crédito adecuado y suficiente en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León para los sucesivos ejercicios presupuestarios.

Durante el periodo de vigencia del presente convenio, en función de la consecución de los objetivos previstos en el mismo y las acciones desarrolladas, podrán llevarse a cabo las modificaciones precisas, por acuerdo expreso de ambas partes.

#### **NOVENA.- IDENTIDAD CORPORATIVA**

Las entidades que suscriben el presente Convenio se comprometen a cumplir con lo establecido en el Acuerdo 27/2020 de 4 de junio de la Junta de Castilla y León por el que se establecen las Directrices sobre difusión de la identidad corporativa de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, así como el Decreto 119/2003 de 16 de octubre, por el que se aprueba la Identidad Corporativa de la Junta de Castilla y León respecto a la imagen institucional.

#### **DÉCIMA.- JURISDICCIÓN COMPETENTE**

Todas aquellas cuestiones que no hayan podido ser resueltas en el seno de la comisión de seguimiento y que pudieran ocasionar litigio entre las partes, se someten a la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Y en prueba de conformidad, los reunidos firman el presente Convenio, por cuadruplicado ejemplar, en el lugar y fecha al principio indicados.

**EL GERENTE DE SERVICIOS  
SOCIALES DE CASTILLA Y LEÓN**



Carlos Raúl de Pablos Pérez

**EL DIRECTOR GENERAL DE  
ASPRONA BIERZO,**

  
**ASPRONA  
BIERZO**  
**Plena  
inclusión**  
Castilla y León

Valentín Barrio Díez

## ANEXO I

### 1.-Descripción del Proyecto INTecum - “Atención integral a la persona en la fase final de la vida”-

#### Finalidad

El proyecto INTecum tiene como finalidad actuar, de forma proactiva, desde el momento de la inclusión en el PAI de CP de una persona con enfermedad en fase avanzada/terminal ofertándole los apoyos que precise para que el proceso de la evolución de la enfermedad pueda realizarse en el hogar elegido por la persona afectada, todo ello, mediante un proceso socio sanitario integrado, ofreciendo un acompañamiento respetuoso y fomentando la participación social activa.

#### Objetivos generales

- Aplicar los principios de la planificación centrada en la persona para el desarrollo de su proyecto de vida hasta el final.
- Consolidar la coordinación socio sanitaria así como entre entidades públicas y privadas, que posibilite que las personas puedan permanecer en su domicilio, con garantías de calidad en la etapa final de la vida.
- Apoyar a la red natural de las personas afectadas, para capacitarles en el desempeño de sus tareas de cuidado y prevenir los riesgos asociados a las mismas.
- Promover el desarrollo de la cohesión social, para favorecer entornos protectores y acogedores para la persona afectada y sus familias, que les acompañen de forma positiva hasta el final y sean un soporte significativo en el proceso de duelo.

#### Resultados esperados

- Facilitar que todas las personas afectadas tengan acceso a un proyecto de vida individualizado.
- Proporcionar apoyo emocional y espiritual a las personas afectadas que les ayuden a afrontar el deterioro ligado al progreso de la enfermedad.
- La coordinación efectiva entre el sistema sanitario y los servicios sociales, para que desde ambos sistemas garanticen que las personas afectadas dispongan de atención programada y de urgencia en su propio domicilio.
- Facilitar a las personas afectadas las adaptaciones y ayudas técnicas que precisen para promover su autonomía y autocuidado.

- Dotar de cuidados sanitarios y de carácter social en intensidad y cobertura suficiente para que las personas puedan permanecer en su domicilio, manteniendo hasta donde sea posible, su estilo de vida.
- Dotar a los cuidadores (formales o informales) de las personas afectadas, de los conocimientos suficientes para manejar los cuidados así como los aspectos emocionales ligados al proceso de la enfermedad.
- Implicar a la comunidad para generar redes vecinales que contribuyan a la promoción del voluntariado a fin de ofrecer apoyos a las personas afectadas que residan en su domicilio y se encuentren solas.
- Prestar atención integrada a la persona cuidadora, ofreciéndole periodos de descanso, trabajando la corresponsabilidad de otros cuidadores, favoreciendo la creación de grupos de cuidadores, acompañamiento en el proceso del duelo, etc.
- Adaptar el proceso asistencial y la provisión de servicios en el medio rural para que tengan un nivel similar de intensidad y calidad a los del medio urbano.

## 2.-Marco conceptual

El proyecto INTecum está sustentado en el marco conceptual y en los principios rectores de la Estrategia de Prevención de la Dependencia para las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Activo en Castilla y León 2017-2021. No obstante, con el fin de aclarar conceptos se relacionan los siguientes preceptos y referencias:

- **Calidad de vida.** Los apoyos ofrecidos a las personas y los resultados se valorarán desde el modelo de calidad de vida descrito por Robert L. Schalock y Miguel Ángel Verdugo.
- **Atención centrada y dirigida por la persona.** Las características definitorias del modelo se van a aplicar para la atención de las personas afectadas que residen en su domicilio, siendo la base para trabajar el proyecto de vida, así como los apoyos necesarios para su realización, teniendo en cuenta:
  - Aspectos relacionados con la autonomía, los apoyos personales que precisen así como con los cuidados sanitarios, todos ellos bajo la fórmula de la planificación centrada en la persona.
  - Organización de los servicios y de los profesionales que los prestan.
  - Elementos relacionados con la accesibilidad y seguridad del hogar.
  - **Proyecto de vida.** Es el instrumento que estructura de forma operativa la proyección vital. Es individual de cada persona en las diferentes dimensiones de su desarrollo personal y social: valores, preferencias, particularidades, elecciones, metas y deseos. El proyecto de vida conforma la propia manera de entender el bienestar, de abordar la vida y organiza los apoyos consensuados que posibiliten su desarrollo. Lo integran:

- La identificación de necesidades, capacidades, expectativas y preferencias.
- El plan de apoyos sociales.
- El plan de intervención de CP sanitarios incluyendo las instrucciones previas.
- **Hogar Seguro (HS).** Es aquel que cuenta con las adaptaciones necesarias de la vivienda y las ayudas técnicas. Tiene los servicios de proximidad activados para que la persona incluida en el programa de cuidados paliativos dependiente, pueda permanecer en el hogar, en condiciones de calidad de vida, sin que esto atente contra su seguridad.
- **Hogar en Riesgo (HR).** Es el que está compuesto por una o varias personas en situación vulnerable debido a su discapacidad o situación de dependencia para las ABVD, necesitan apoyos para desarrollar su proyecto de vida mediante un sistema de intervención programado. Ante los diferentes niveles de riesgo (ver la Tabla 1) se necesitan servicios de proximidad o bien una supervisión por posibles situaciones de emergencia.
- **Niveles de riesgo (NR)** Los niveles de riesgo tienen relación directa con la necesidad o no de apoyos intensos para las ABVD en el momento de la inclusión de la persona dentro del perfil de cuidados paliativos por el sistema de salud. Esta circunstancia tiene relación con los planes de apoyos y de cuidados sanitarios que se deben desplegar para hacer efectiva una intervención de calidad desde los sistemas públicos. En base a este nivel de riesgo, y en el momento del diagnóstico se realizará una clasificación inicial en dos niveles:

Nivel de riesgo básico. Es aquel que presenta una persona incluida en el proceso de paliativos sin dependencia para las ABVD, o con dependencia para las ABVD pero con un soporte de cuidados informales amplio y suficiente que no necesita de servicios complementarios o en todo caso basta con intervenciones profesionales puntuales.

Nivel de riesgo intenso. Es aquel que se identifica con la necesidad de dotar con apoyos generalizados por presentarse conjuntamente en la persona incluida en el programa de cuidados paliativos la dependencia para las ABVD y la ausencia de soporte de cuidados informales suficiente.

- **Cuidador Viable** Es el cuidador que tiene unas condiciones personales, sociales, emocionales, familiares y de salud, que le posibilitan prestar los apoyos que necesitan las personas con dependencia o enfermedad crónica a las que cuida, en el marco de su proyecto de vida.

También se considera viable el cuidador que, no teniendo habilidades o conocimientos suficientes para desarrollar de manera óptima sus tareas de cuidado, pueden adquirirlos mediante su participación en las acciones de capacitación que prevé este proyecto.

En los hogares con cuidador viable, se diferencian dos situaciones:

- El cuidador que ofrece una atención suficiente y adecuada.

- El cuidador que ofrece una atención insuficiente, bien por el tiempo de dedicación, por tener a su cargo a otras personas que también requieren cuidados, o bien por otras circunstancias.
- **Cuidador Frágil** Es el cuidador que por su avanzada edad, situación de dependencia, condiciones de salud, estado emocional u otras situaciones personales o sociales, no puede ofrecer a la persona afectada los apoyos y/o cuidados que necesita para desarrollar su proyecto de vida o satisfacer sus necesidades básicas, aunque sí puede realizar tareas de supervisión, alerta u otras como administrar medicación, avisar en caso de accidentes, acompañamiento a espacios de ocio, etc.

### 3.-Destinatarios

Personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, con un pronóstico de vida limitado inferior a 6 meses.

En el supuesto que el pronóstico no se ajuste al perfil de necesidad detallado en el presente proyecto porque sobreviva al pronóstico, según la persona presente dependencia para las actividades básicas de la vida diaria o no, se establecerá un plan de apoyos de larga duración que incluya la valoración y resolución de la situación de dependencia y se la dará de baja del proyecto.

### 4.-Metodología

El proyecto se desarrolla en varias fases entre los años 2023 a 2025.

#### 4.1. Ámbito territorial:

El Proyecto se llevará a cabo en la comarca del Bierzo (León).

#### 4.2. Destinatarios:

Pacientes incluidos en el PAI de CP, tanto en AP (Atención Primaria) como en AH (Atención Hospitalaria) por orden de inclusión.

### 5.-Gestión de la provisión:

#### 5.1. Fase preparatoria de la información.

Incluye la fase de información y adhesión de las personas participantes y la remisión de información del sistema sanitario al sistema de servicios sociales y de este a la Corporación Local y al proveedor de servicios.

## **5.2. Identificación de necesidades.**

Se realizará una valoración inicial social, del hogar y de su entorno, identificación de demandas de la persona usuaria, necesidades de apoyo y formación a los cuidadores, aparte de la prestación inmediata de los apoyos que se precisen en las situaciones de urgencia.

## **5.3. Adaptación del hogar y elaboración del plan provisional de apoyos.**

El Plan provisional de apoyos se realizará siempre de acuerdo con la persona y se prestará en tanto se reúne información suficiente para poder elaborar el proyecto de vida.

## **5.4. Elaboración del Plan de apoyos al Proyecto de Vida.**

En el plazo no superior a un mes desde el comienzo de la aplicación del plan provisional de apoyos, todas las personas contarán con un Plan de apoyos a su proyecto de vida en el que se especifiquen sus motivaciones, deseos, preferencias y los apoyos que precisan y aceptan. Se incluirán las acciones de capacitación y apoyo a los cuidadores no profesionales, siempre y cuando estén contempladas en el proyecto de vida. El proyecto de vida incluirá el plan de apoyos sociales y el plan de cuidados sanitarios.

## **5.5. Revisión de los planes de apoyo al proyecto de vida.**

La revisión de los planes de apoyo al proyecto de vida se realizará siempre y cuando la persona afectada lo solicite, o cuando los profesionales que realizan los apoyos o los cuidados sanitarios, aprecien cambios en la situación que así lo aconsejen.

## **6.- Órganos de coordinación y ejecución.**

### **a) Coordinador del proyecto**

La persona coordinadora del proyecto será el responsable del Servicio de Concertación de la Gerencia de Servicios Sociales. Sobre esta coordinación recaerá la toma de decisiones que sean precisas para el desarrollo proyecto. Sus funciones serán:

- Aprobar la propuesta de adaptación del hogar, superadas las cuantías establecidas en la cartera de servicios.

- Aprobar los planes de apoyo que supongan una modificación del paquete de servicios de las personas usuarias, en aquellos casos en los que éste no se corresponda con el tipo de hogar de riesgo que se le haya adjudicado.
- Convocar a la Comisión de Desarrollo y Valoración para debatir y acordar aquellas cuestiones que considere necesario.

b) Comisión de Desarrollo y Valoración

Estará compuesta por dos representantes de la Gerencia de Servicios Sociales (uno de servicios centrales y otro de la Gerencia Territorial) que actuarán como presidente y secretario, dos representantes de la Gerencia Regional de Salud, dos representantes de la Diputación Provincial de León y dos representantes del Ayuntamiento de Ponferrada. La presidencia corresponde al titular del Servicio de Concertación y la secretaría a la persona de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales que asume la coordinación y gestión de la parte de servicios sociales de INTecum en la provincia.

Sus funciones serán las de adecuar el documento que organiza la ejecución del proyecto a las circunstancias no previstas que aconsejen una toma en consideración de las mismas.

c) Profesional de Referencia de servicios sociales.

A efectos de este convenio, sus funciones serán las de información de carácter social sobre las personas adheridas al programa, validar el Plan provisional de apoyos y el Proyecto de vida, aprobar el incremento de las intensidades de los servicios, gestión del voluntariado, seguimiento y supervisión general del Proyecto de vida y de los cuidados recibidos por cada persona.

d) Coordinador/a de caso social o gestor/a de caso

A efectos de este Convenio, sus funciones son la elaboración de la propuesta de adaptación del hogar, del plan de apoyos provisional y del proyecto de vida, realizar las adaptaciones del hogar y provisión de ayudas técnicas y de servicios de proximidad, apoyo y capacitación de los cuidadores naturales, seguimiento y coordinación de la atención ofrecida a las personas y sus familias.

e) Coordinador /a de caso sanitario.

Sus funciones son la elaboración del plan provisional de apoyos sanitarios y del plan de cuidados, el seguimiento de la atención sanitaria recibida por cada persona, la coordinación con el centro de acción social y la entidad proveedora de servicios.

## 7.-Servicios necesarios.

Posibilitar que una persona afectada por enfermedad grave o proceso pluripatológico, que deriva en un pronóstico de pocos meses de vida, en la que se vislumbra un horizonte adicional de dolor, sufrimiento y dependencia, continúe viviendo en su domicilio, conforme a sus deseos y expectativas, requiere de un conjunto de servicios, prestados de forma organizada y coordinada, que ofrezca apoyos a la persona considerada desde un punto de vista holístico.

Los servicios que deben estar disponibles para el desarrollo de este proyecto, son los siguientes:

- **Asistente personal**, que apoyará en la realización de tareas personales, tareas de acompañamiento, tareas del hogar, apoyo para la participación social y, en general para el desarrollo del proyecto de vida, tareas de coordinación y apoyo en la toma de decisiones.
- **Apoyo a las familias**, a través de acciones formativas, grupos de autoayuda, periodos de descanso, etc. El tipo e intensidad de apoyos a ofrecer, estará en función, entre otras variables, de si el cuidador es viable y tiene capacidad para ofrecer unos cuidados adecuados, si sus posibilidades son insuficientes para las necesidades de la/s persona/s a su cargo o de si sus circunstancias hacen que deba ser considerado un cuidador frágil.
- **Centros Multiservicios**, desde los cuales se puedan ofrecer Servicios de Promoción de la autonomía personal, comedor o catering, lavandería, préstamos de ayudas técnicas,...
- **Ayudas económicas o subvenciones** para cubrir el incremento de las necesidades de apoyo, eliminación de barreras y adquisición o alquiler de ayudas para la comunicación y la movilidad.
- **Productos de apoyo**, incluyendo la teleasistencia avanzada con sistemas de localización, prevención de caídas y otros sistemas de seguridad en el domicilio, así como de apoyo en emergencias.
- **Servicios sanitarios**, incluyendo gestión emocional durante del progreso de la enfermedad, así como el seguimiento de enfermería, programado y a demanda, orientación sobre cuidados y pronóstico. Educación para la salud: autocuidado de la persona, información a la familia y a la comunidad.

## 8.-Financiación de los servicios:

Los servicios se financiarán conforme a lo que se determine en la prestación de dependencia de cada persona participante en el proyecto. El servicio de asistencia personal se financiará, en su caso, en todo o en parte, con la prestación económica de asistencia personal. A estos efectos, el precio de referencia a efectos de copago es el de 14,5 €/hora.

Si la persona participante no tiene reconocida la situación de dependencia, el copago que deberá aportar se determinará con arreglo a los criterios establecidos, en función de su capacidad económica y con un precio de referencia a efectos de copago de 14,5 €/hora.

Respecto a las adaptaciones del hogar se financiarán de acuerdo con las siguientes reglas:

- Hogar de riesgo básico: Se financiará el 50% del coste total de las obras realizadas y las ayudas técnicas adquiridas hasta un máximo de 2.700€ por hogar.
- Hogar de riesgo intenso: Se financiará el 50% del coste total de las obras realizadas y las ayudas técnicas adquiridas hasta un máximo de 4.500€ por hogar

En el caso de préstamo de ayudas técnicas, la financiación será del 100%, no suponiendo coste alguno para la persona usuaria. En caso de adquisición, el usuario asumirá al menos el 50% del coste.

#### **9.-Gestión del duelo:**

El programa de gestión del duelo tendrá una duración, con carácter general, de un año desde el fallecimiento de la persona objeto del programa, haciendo un seguimiento de su entorno con frecuencias decrecientes (a la semana, cada 15 días, al mes, en fechas señaladas). Estas frecuencias se adecuarán a la progresiva asunción del fallecimiento por parte del entorno más cercano.

Cuando este proceso de duelo no se ajuste a los tiempos que son habituales y se pueda intuir una gestión del duelo complejo, se pondrá en conocimiento de la Asociación Española contra el Cáncer

Handwritten signature and initials in blue ink, located in the bottom left corner of the page.

## ANEXO II

### CLAÚSULAS PARA EL ENCARGADO DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES Y ASPRONA BIERZO PARA EL DESARROLLO DEL “PROYECTO INTecum” EN LA COMARCA DEL BIERZO (LEÓN)

#### 1. Objeto del encargo del tratamiento

Mediante las presentes cláusulas se habilita a la entidad que suscribe el Convenio, encargada del tratamiento, para tratar por cuenta de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, responsable del tratamiento, los datos de carácter personal necesarios para desarrollo del Proyecto INTecum.

El tratamiento consistirá en: datos identificativos, de salud y de capacidad económica.

Concreción de los tratamientos a realizar:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Recogida (captura de datos) ..Registro     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Estructuración .....Modificación           | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conservación .....Extracción               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Consulta .....Comunicación por transmisión | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Difusión .....Interconexión                           | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cotejo .....Limitación                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Supresión .....Destrucción                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Comunicación                               |                                     |
| <input type="checkbox"/> Otros   |                                     |

#### 2. Identificación de la información afectada

Para la ejecución de las prestaciones derivadas del cumplimiento del objeto de este Convenio, la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, responsable del tratamiento, pone a disposición de la entidad que lo suscribe, encargada del tratamiento, la información que se describe a continuación:

- Datos generales: personales, familiares...
- Datos especiales: de salud, discapacidad...

Todos ellos datos referidos a personas adheridas voluntariamente al Proyecto “INTecum”

#### 3. Duración

El presente acuerdo tiene una duración hasta el 31 de diciembre de 2025, coincidente con el plazo de vigencia del convenio y prorrogable en los mismos términos que el convenio, sin perjuicio de las responsabilidades dimanantes del mismo (por vulneración de las previsiones del RGPD por el encargado del tratamiento) y la confidencialidad a la que el encargado de tratamiento y sus trabajadores se encuentran sujetos.

Una vez finalice el convenio, el encargado del tratamiento debe devolver al responsable los datos personales y suprimir cualquier copia que esté en su poder, sin perjuicio de lo dispuesto en el último punto del apartado 4º. Cuando exista una previsión legal que obligue a su conservación, deberán ser devueltos al responsable, que garantizará su conservación mientras tal obligación persista.

#### 4. Obligaciones del encargado del tratamiento

El encargado del tratamiento y todo su personal se obliga a:

- a. Utilizar los datos personales objeto de tratamiento, o los que recoja para su inclusión, sólo para la finalidad objeto de este Convenio. En ningún caso podrá utilizar los datos para fines propios.
- b. Tratar los datos de acuerdo con las instrucciones del responsable del tratamiento.

Si el encargado del tratamiento considera que alguna de las instrucciones infringe el RGPD o cualquier otra disposición en materia de protección de datos de la Unión o de los Estados miembros, el encargado informará inmediatamente al responsable.

- c. Llevar, por escrito, un registro de todas las categorías de actividades de tratamiento efectuadas por cuenta del responsable que contenga:
  1. El nombre y los datos de contacto del encargado o encargados y de cada responsable por cuenta del cual actúe el encargado y, en su caso, del representante del responsable o del encargado y del delegado de protección de datos.
  2. Las categorías de tratamientos efectuados por cuenta de cada responsable.
  3. Una descripción general de las medidas técnicas y organizativas de seguridad relativas a:
    - a) La seudonimización y el cifrado de datos personales.
    - b) La capacidad de garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y resiliencia permanentes de los sistemas y servicios de tratamiento.
    - c) La capacidad de restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos personales de forma rápida, en caso de incidente físico o técnico.
    - d) El proceso de verificación, evaluación y valoración regulares de la eficacia de las medidas técnicas y organizativas para garantizar la seguridad del tratamiento.
- d. No comunicar los datos a terceras personas, salvo que cuente con la autorización expresa del responsable del tratamiento, en los supuestos legalmente admisibles.

El encargado puede comunicar los datos a otros encargados del tratamiento del mismo responsable, de acuerdo con las instrucciones del responsable. En este caso, el responsable identificará, de forma previa y por escrito, la entidad a la que se deben comunicar los datos, los datos a comunicar y las medidas de seguridad a aplicar para proceder a la comunicación.

Si el encargado debe transferir datos personales a un tercer país o a una organización internacional, en virtud del Derecho de la Unión o de los Estados miembros que le sea aplicable, informará al responsable de esa exigencia legal de manera previa, salvo que tal Derecho lo prohíba por razones importantes de interés público.

e. Subcontratación.

Si está permitida la subcontratación y esta conlleva el tratamiento de datos de carácter personal, el encargado debe comunicarlo por escrito al responsable, identificando de forma clara e inequívoca la empresa subcontratista y sus datos de contacto. La subrogación podrá llevarse a cabo si el responsable lo autoriza.

El subcontratista que también tiene la condición de encargado del tratamiento, está obligado igualmente a cumplir las obligaciones establecidas en este documento para el encargado del tratamiento y las instrucciones que dicte el responsable. Corresponde al encargado inicial regular la nueva relación, de forma que el nuevo encargado quede sujeto a las mismas condiciones (instrumentos, obligaciones, medidas de seguridad...) y con los mismos requisitos formales que él, en lo referente al acuerdo de tratamiento de los datos personales y a la garantía de los derechos de las personas afectadas. En el caso de incumplimiento por parte del subencargado, el encargado inicial seguirá siendo plenamente responsable en lo referente al cumplimiento de las obligaciones.

Tanto el encargado como el subencargado del tratamiento, deben mantener el deber de secreto respecto a los datos de carácter personal a los que haya tenido acceso en virtud del presente encargo, incluso después de que finalice el objeto.

- f. Garantizar que las personas autorizadas para tratar datos personales se comprometan, de forma expresa y por escrito, a respetar la confidencialidad y a cumplir las medidas de seguridad correspondientes, de las que hay que informarles convenientemente.
- g. Mantener a disposición del responsable la documentación acreditativa del cumplimiento de la obligación establecida en el apartado anterior.
- h. Garantizar la formación necesaria en materia de protección de datos personales de las personas autorizadas para tratar datos personales.
- i. Asistir al responsable del tratamiento en la respuesta al ejercicio de los derechos de:
  - 1. Acceso, rectificación, supresión y oposición.
  - 2. Limitación del tratamiento.
  - 3. Portabilidad de datos.
  - 4. A no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas (incluida la elaboración de perfiles).

A tales efectos, comunicará al responsable del tratamiento inmediatamente, y sin dilación indebida, cualquier requerimiento que realice un interesado en relación con el ejercicio de sus derechos o cualquier otra cuestión relativa a la protección de datos.

j. Derecho a la información

El encargado del tratamiento, en el momento de la recogida de datos, debe facilitar la información relativa a los tratamientos de datos que se van a realizar. La redacción y el formato en que se facilitará la información se debe consensuar con el responsable antes del inicio de la recogida de datos.

k. Notificación de violaciones de la seguridad de los datos.

El encargado del tratamiento notificará al responsable del tratamiento, sin dilación indebida, y en cualquier caso antes del plazo máximo de 7 días, y a través de correo postal, las violaciones de la seguridad de los datos personales a su cargo de las que tenga conocimiento, juntamente con toda la información relevante para la documentación y comunicación de la incidencia.

No será necesaria la notificación cuando sea improbable que dicha violación de la seguridad constituya un riesgo para los derechos y las libertades de las personas físicas.

Si se dispone de ella se facilitará, como mínimo, la información siguiente:

1. Descripción de la naturaleza de la violación de la seguridad de los datos personales, inclusive, cuando sea posible, las categorías y el número aproximado de interesados afectados, y las categorías y el número aproximado de registros de datos personales afectados.
2. El nombre y los datos de contacto del delegado de protección de datos o de otro punto de contacto en el que pueda obtenerse más información.
3. Descripción de las posibles consecuencias de la violación de la seguridad de los datos personales.
4. Descripción de las medidas adoptadas o propuestas para poner remedio a la violación de la seguridad de los datos personales, incluyendo, si procede, las medidas adoptadas para mitigar los posibles efectos negativos.

Si no es posible facilitar la información simultáneamente, y en la medida en que no lo sea, la información se facilitará de manera gradual sin dilación indebida.

- l. Dar apoyo al responsable del tratamiento en la realización de las evaluaciones de impacto relativas a la protección de datos, cuando proceda.
- m. Dar apoyo al responsable del tratamiento en la realización de las consultas previas a la autoridad de control, cuando proceda.
- n. Poner a disposición del responsable toda la información necesaria para demostrar el cumplimiento de sus obligaciones, así como para la realización de las auditorías o las inspecciones que realicen el responsable u otro auditor autorizado por él.
- o. Implantar las medidas de seguridad siguientes:

Las medidas de seguridad serán las establecidas en el Registro Automatizado de Tratamiento de la Gerencia de Servicios Sociales referidas al Documento de Seguridad de la Gerencia de Servicios Sociales y las previstas en la Orden de creación del fichero de datos de carácter personal denominado "Registro único de personas usuarias del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública de Castilla y León".

En todo caso, deberá implantar mecanismos para:

1. Garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y resiliencia permanentes de los sistemas y servicios de tratamiento.
  2. Restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos personales de forma rápida, en caso de incidente físico o técnico.
  3. Verificar, evaluar y valorar, de forma regular, la eficacia de las medidas técnicas y organizativas implantadas para garantizar la seguridad del tratamiento.
  4. Seudonimizar y cifrar los datos personales, en su caso.
- p. Designar un delegado de protección de datos si fuera obligatorio y comunicar su identidad y datos de contacto al responsable. Si voluntariamente lo hubiera designado la empresa, deberá asimismo comunicar su identidad y datos de contacto al responsable.

q. Destino de los datos:

Devolver al responsable del tratamiento los datos de carácter personal y, si procede, los soportes donde consten, una vez cumplida la prestación.

La devolución debe comportar el borrado total de los datos existentes en los equipos informáticos utilizados por el encargado.

No obstante, el encargado puede conservar una copia, con los datos debidamente bloqueados, mientras puedan derivarse responsabilidades de la ejecución de la prestación.

## 5. Obligaciones del responsable del tratamiento

Corresponde al responsable del tratamiento:

- a) Entregar al encargado los datos a los que se refiere la cláusula 2 de este documento.
- b) Realizar una evaluación del impacto en la protección de datos personales de las operaciones de tratamiento a realizar por el encargado.
- c) Realizar las consultas previas que corresponda.
- d) Velar, de forma previa y durante todo el tratamiento, por el cumplimiento del RGPD por parte del encargado.
- e) Supervisar el tratamiento, incluida la realización de inspecciones y auditorías.

EL GERENTE DE SERVICIOS SOCIALES DE  
CASTILLA Y LEÓN

  
Carlos Raúl de Pablos Pérez

EL DIRECTOR GENERAL DE  
ASPRONA BIERZO,

  
Valentín Barrio Díez