

ANUNCIO DE LA CONSULTA PRELIMINAR Y ABIERTA AL MERCADO

Para la puesta en marcha de un servicio que garantice una ATENCIÓN ASISTENCIAL DE CALIDAD Y LIBRE DE SUJECIONES MECÁNICAS Y QUÍMICAS en Parc Sanitari Sant Joan de Déu ("PSSJD") en especial en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, en la Unidad de Hospitalización de personas con Discapacidad Intelectual; en la Unidad 6B de Hospitalización del Hospital General, en el área de pediatría y en el área de psicogeriatría, mediante un proyecto de Compra Pública Innovadora basado en resultados de salud.

1. Entidad adjudicadora y datos para la obtención de la información

- a. Organismo: Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD)
- b. Domicilio: Carrer Antoni Pujadas, 42, 08830 Sant Boi de Llobregat
- e. Teléfono: 936406350
- f. Fax: 936615208
- g. Dirección electrónica: CPI_CMzero@pssid.org
- h. Dirección del perfil de contratante residenciado en la Plataforma de servicios de contratación pública de la Generalitat de Catalunya:
[https://contractaciopublica.gencat.cat/ecofin_pscp/AppJava/cap.pscp?reqCode=viewD
etail&idCap=58662032&cap=Parc%20Sanitari%20Sant%20Joan%20de%20D%E9u](https://contractaciopublica.gencat.cat/ecofin_pscp/AppJava/cap.pscp?reqCode=viewDetail&idCap=58662032&cap=Parc%20Sanitari%20Sant%20Joan%20de%20D%E9u)
- i. Persona de contacto: Antoni Serrano Blanco, Adjunto a la Dirección de Salud Mental del PSSJD

2. Objeto del contrato, valor estimado e información asociada:

- a. Objeto: Creación de un servicio que garantice una atención asistencial de calidad y libre de contenciones mecánicas (CM) y químicas en todos los servicios del PSSJD con el fin de mejorar la calidad asistencial.
Proponemos desarrollar un servicio que facilite a nuestros dispositivos de hospitalización, la transición de una atención con CM a otra sin ellas y que, a la vez, garantice la seguridad de los pacientes y de su entorno a través de la compra de un servicio que desarrolle las acciones necesarias incluyendo el desarrollo de tecnología que facilite la adaptación y el uso de los espacios asistenciales para la obtención de los objetivos del proyecto.
- b. Valor estimado del contrato: 323.400€
- c. Ámbito geográfico: Catalunya.
- d. Fecha prevista de inicio de los procedimientos de licitación: julio 2020

3. Programa de compra pública de innovación

Esta iniciativa ha sido aceptada en el marco de la convocatoria para el año 2017 de la línea de ayudas a proyectos de compra pública de innovación impulsados por entidades titulares de centros pertenecientes al sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (ref. BDNS 358200), y forma parte del **Programa de Compra Pública de Innovación de la RIS3CAT** (de ahora en adelante Programa de CPI) que se enmarca en el Plan Nacional de Compra Pública de Innovación, aprobado por el

Gobierno el 28 de junio de 2016, y concretamente en los ejes 1 y 3 de la estrategia RIS3CAT:

- **Eje 1.** Impulso de los siete ámbitos sectoriales líderes que, por su peso y potencial, pueden actuar como activadores de la recuperación económica y de la reorientación de la economía catalana hacia un modelo de crecimiento más inteligente, sostenible e integrador, encajando en este eje las industrias de la salud y ciencias de la vida.
- **Eje 3.** Apuesta por las tecnologías facilitadoras transversales como principal instrumento transformador del tejido productivo y generador de nuevas oportunidades científicas, tecnológicas y económicas. Las seis tecnologías facilitadoras transversales prioritarias de la RIS3CAT son: TIC, nanotecnología, materiales avanzados, fotónica, biotecnología y manufactura avanzada.

El Programa de CPI, coordinado desde la Dirección General de Promoción Económica, Competencia y Regulación, tiene como **objetivo principal** impulsar la demanda de innovación por parte de la Administración Pública mediante el diseño y la ejecución de proyectos piloto demostradores e innovadores que:

- tengan un impacto medible y relevante en la mejora de la eficacia y la eficiencia del gasto sanitario público de Cataluña y en la mejora de los servicios públicos de salud,
- tengan escalabilidad a otras administraciones públicas de Cataluña u otros territorios,
- tengan un impacto medible y relevante en la mejora de la competitividad y la capacidad innovadora,
- tengan en cuenta todo el ciclo de vida del producto o servicio,
- sean viables técnica y financieramente.

Esta iniciativa contará con la **financiación del FEDER**, que se enmarca en la estrategia de la RIS3CAT y en el programa operativo FEDER Cataluña (2.014 hasta 2.020); dado que cumple el objetivo específico 1.2.1: impulso y promoción de actividades de I + D lideradas por las empresas, apoyo a la creación y consolidación de empresas innovadoras y apoyo a la CPI, que está incluido dentro de la prioridad de inversión PI 1.2 y el objetivo OT 1, el que pretenden potenciar la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación.

Con el fin de llegar a una definición completa de la licitación, de acuerdo con los requisitos de la Compra Pública de Innovación, se procederá a realizar una **Consulta Abierta en el Mercado** (CAM) previa al proceso de licitación.

PSSJD prevé la realización de una licitación que tiene por **objetivo primordial** reducir el uso de CM y químicas hasta obtener prácticamente su total eliminación u obtener un resultado tendente a 0; reducir el número de caídas, especialmente las que tienen como consecuencia lesiones graves; un aumento del índice de calidad de vida de los pacientes atendidos; un aumento de la satisfacción de los pacientes y sus familias de la atención recibida; y un aumento de la satisfacción de los profesionales y una reducción del nivel de estrés laboral.

Los objetivos de esta CAM son:

- Informar sobre el proceso de licitación, con la finalidad de conseguir la mayor participación de las partes interesadas;
- Conocer las características técnicas y la calidad de las soluciones propuestas por el mercado;
- Permitir a los interesados formular comentarios y sugerencias que serán consideradas por el órgano de contratación en la preparación de la licitación.

4. Objetivos del proyecto

Objetivo general

Puesta en marcha de **un nuevo modelo asistencial**, que integre los recursos de los centros asistenciales y del/de los adjudicatario/s (*partner/s* técnicos y/o tecnológico/s), dirigido a la población atendida en el área sociosanitaria, en la unidad de agudos de psiquiatría, en la unidad de hospitalización de personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental, y en el hospital general, con la finalidad de mejorar la actual calidad asistencial medida en términos de eficacia, eficiencia y seguridad.

Objetivos específicos

1. Reducir el uso de CM y químicas hasta obtener prácticamente su total eliminación u obtener un resultado tendente a 0 en los servicios asistenciales del PSSJD implicados en el proyecto.
2. Reducir el número de caídas, especialmente las que tienen como consecuencia lesiones graves en los servicios asistenciales del PSSJD implicados en el proyecto.
3. Reducir el número de incidentes por hetero o autoagresividad en los servicios asistenciales en los servicios asistenciales del PSSJD implicados en el proyecto.
4. Aumento de los índices de calidad de vida de los pacientes atendidos en los servicios asistenciales del PSSJD implicados en el proyecto.
5. Aumento de la satisfacción de los pacientes y sus familias con la atención recibida en los servicios asistenciales del PSSJD implicados en el proyecto.
6. Aumento de la satisfacción en relación con el manejo de la agitación/dolor/caídas del paciente de los profesionales en los servicios asistenciales del PSSJD implicados en el proyecto.

5. Contexto

Las CM y/o químicas se han considerado históricamente como medios terapéuticos que facilitan la atención a las personas en determinadas situaciones y en los diferentes servicios de salud y social. Las encontramos en servicios de atención 24 horas y en hospitales de día de personas mayores (residenciales y sociosanitarios), en servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual y física, en servicios de hospitalización de corta y larga duración para personas con problemas de salud mental y nos las encontramos también en los hospitales de agudos dirigidos a la atención de la salud del conjunto de la población. Las estrategias de CM siguen siendo de uso amplio en los contextos sanitarios y sociosanitarios en nuestro país. Está descrito que su utilización aumenta los costes sanitarios y que produce efectos secundarios en los que las reciben.

Varias organizaciones sanitarias y sociales implementan programas desarrollados por fundaciones que han construido estrategias para facilitar la transición desde una atención con contenciones a una sin ellas, garantizando en todo momento la seguridad de las personas.

Ejemplos de estas recomendaciones institucionales son:

- Fundación Dignito Vitae que desarrolla el programa “No sujetar”, dirigido a las organizaciones que trabajan con personas mayores.
- Fundación "Cuidados Dignos" que ha desarrollado la Norma LiberaCare. Se trata de un "modelo completo de atención" que se basa en la gestión, control y eliminación de sujeciones, basado en la atención centrada en la persona y la calidad de vida en cualquier servicio de atención social o sanitaria.
- Confederación española de organizaciones de mayores (CEOMA): el programa "desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer" tiene por objetivo establecer unas nuevas pautas de intervención que garanticen una atención libre de sujeciones físicas o químicas.
- El Hospital Sant Joan de Déu puso en marcha en 2015 un programa pionero destinado a minimizar la ansiedad y el dolor que puedan suponer para los niños intervenciones como la cura de una herida o la retirada de una vía. Se trata de un enfoque que incluye un conjunto de medidas, farmacológicas y de distracción, que se aplican de forma integral a todos los pacientes pediátricos del centro.

En el ámbito de la **Salud Mental** encontramos algunas experiencias a nivel internacional como, por ejemplo:

- En Ticino, Suiza, entre 2010 y 2015 se eliminaron las contenciones mecánicas por completo a través de un abordaje integral que aumentaba la ratio de profesionales por usuario y la implementación de programas educativos para médicos y enfermeros.
- En Estados Unidos, Canadá, Finlandia, Australia y el Reino Unido, la *National Association of State Mental Health Program Directors* promueve la estrategia SIX-CORE en unidades de hospitalización. Emplea las siguientes seis estrategias: 1. Liderazgo; 2. Empleo de datos para sustentar la práctica (Monitorización); 3. Formación del personal; 4. Uso de herramientas de prevención; 5. La involucración de los usuarios; y 6. Análisis post-incidente.
- En algunas regiones del Reino Unido se ha aplicado el modelo TIDAL de atención en enfermería de salud mental (<http://www.tidal-model.com>). Se basa en la conversación terapéutica (lenguaje del usuario, empatía, uso de metáforas y negociación), individual/grupal, estructurada y manualizada, de base constructivista basada en la recuperación, para facilitar el empoderamiento y la reconstrucción del relato personal.
- La política de “Primero No Forzar” es descrita cómo la extensión del modelo de recuperación que llevó a Recovery Innovations, una corporación sin fines de lucro que provee servicios de salud mental en los Estados Unidos y en Nueva Zelanda, a promover de forma activa la eliminación del uso de la fuerza por ser incompatible con los valores de recuperación. Sus acciones se ejercen mediante un cambio cultural de los profesionales, un enfoque en la recuperación y la participación

activa del paciente. <https://www.merseycare.nhs.uk/about-us/striving-for-perfect-care/no-force-first/>

- El modelo “Safewards” del Reino Unido trabaja un conjunto de dimensiones del paciente, estructura, servicio, etc para minimizar las situaciones de conflicto. <http://www.safewards.net>

Todas estas iniciativas han generado cambios tanto en la cultura de atención, como en los profesionales, las estructuras, los protocolos y también en los pacientes y sus familias. Por ejemplo, algunas de las **medidas utilizadas** para la reducción del uso de CM tienen que ver con la estimulación física, la estimulación cognitiva, la existencia de espacios seguros y tranquilizadores, la existencia de material ergonómico, el entrenamiento en abordaje basado en la contención verbal, los cambios posturales, el aumento de personal con más supervisión, el aumento de vigilancia nocturna, el trabajo con las familias, etc.

En algunas de las iniciativas concretas, como la **SIXCORESTRATEGIES**, se emplearon medios y herramientas específicamente desarrollados para prevenir la violencia y reducir la frecuencia de uso de la contención, tales como cuestionarios para identificar el riesgo de violencia, técnicas de valoración del trauma, planes de seguridad, “Habitaciones Sensoriales”, etc.

En la iniciativa “**PRIMERO NO FORZAR**” se realizan cambios a nivel cultural (Hacer pública la política “Primero No Forzar” y definir el uso de la coerción como un fracaso terapéutico), se dispone de un programa que incluya la formación del personal en desescalamiento y en la nueva política; el debriefing inmediato tras la ocurrencia de un incidente de coerción; la revisión de cada incidente de coerción; y el registro y seguimiento de todos los incidentes con feedback a las partes interesadas; entre otras iniciativas

A pesar de estas iniciativas, en nuestro país, algunas de las soluciones puestas en marcha para reducir y normativizar el uso de CM no alcanzan el objetivo de reducir su uso al mínimo. Estas soluciones, además, no consiguen mantener los resultados en el tiempo, ni garantizan la máxima seguridad para el paciente y para los profesionales de la atención directa.

Identificación de la necesidad no cubierta:

El año 2017 la Federació Veus, autogestionada por personas con enfermedad mental, reclamaba en el Parlamento de Cataluña, a través de la Comisión de salud, que se desarrollaran leyes que garantizaran la reducción drástica e incluso la total eliminación de las contenciones físicas y químicas antes del año 2025 en los centros geriátricos, sociosanitarios, centros residenciales de acción educativa (CRAE) y centros sanitarios, y en todos los centros que acojan a personas con discapacidad intelectual, destacando los efectos colaterales indeseables de esta práctica en forma de lesiones e incluso la muerte de la persona.

A su vez, el Parlamento de Cataluña en su resolución 776 / XI sobre la eliminación de las sujeciones mecánicas en el ámbito asistencial de Julio 2017 insta a "establecer los elementos que promuevan la eliminación de las sujeciones mecánicas y a incluir objetivos en la compra pública o en la concertación, según corresponda, vinculados a la reducción del número de sujeciones mecánicas".

Esta transformación de los servicios asistenciales no es sencilla, pero es imprescindible si queremos desarrollar un cambio de cultura permanente; de otra manera los cambios circunstanciales y puntuales pueden obtener resultados óptimos a corto plazo pero que no se sostendrán en el transcurso del tiempo.

Para alcanzar dicha transformación, debemos trabajar en diferentes ámbitos:

Formación: especialmente del personal de enfermería en: técnicas de gestión de conflictos (des-escalamiento, manejo de la ira), cuidados de enfermería para el estrés postraumático (“Trauma Informed Care”) y de habilidades que promuevan un ambiente terapéutico en la Unidad (conocimientos y actitudes sobre la “Recuperación”, habilidades para establecer una relación terapéutica, para poner límites sin confrontar de estilo *safewards*, etc.), técnicas de enfermería para contacto con niños (técnicas de comunicación, distracción, etc.), entre otras.

Análisis post-incidente: Analizar y reflexionar críticamente sobre los factores determinantes de cada incidente de contención inmediatamente después de acontecido.

Espacio Físico: Las características del entorno físico que influyen en las tasas de conflicto y contención incluyen la calidad (los entornos de mejor calidad evocan un mejor cuidado, son más cómodos y expresan un mayor respeto por los usuarios) y la complejidad (los entornos más difíciles de observar dificultan la supervisión por parte del personal, y esta supervisión es la que precisamente previene las alteraciones de conducta o los impulsos suicidas y potencia el autocontrol). Otras características del entorno físico que se relacionan más directamente con la contención en el entorno de sociosanitario o de salud mental, por ejemplo, tienen que ver con la existencia de una puerta de la unidad está cerrada (para aquellos usuarios que intentan salir), si hay una unidad de aislamiento disponible o una unidad de cuidados intensivos psiquiátricos, etc. También hay que tener en cuenta el grado en que el entorno físico puede ajustarse a las preferencias del usuario en cuanto al color y la decoración, y la posibilidad de personalizar los dormitorios o las camas. Esto último es aplicable a todos los entornos, si bien especialmente a pediatría.

Otro elemento a tener en cuenta es la dotación de las habitaciones de hospitalización de camas seguras pero no estigmatizantes. Podría ser interesante que la cama disponga de elementos tecnológicos tal y como sensores de movimiento (para mejorar el control y observación de los pacientes en todo momento), luz de cortesía para evitar caídas, elementos de aromaterapia, cronoterapia, musicoterapia (relajar con la luz, aromas, música...), etc.

Ambiente externo al hospital: utilizar equipos multimedia que mejoren la comunicación entre profesionales, entorno, paciente; y paciente - entorno extrahospitalario pueden ayudar a regular y preveer malas interpretaciones o dudas durante la comunicación exterior. También disponer de dispositivos que ayuden al profesional a conocer la red de amigos y familiares de los usuarios, junto con una apreciación del significado, la naturaleza y la importancia de dichas relaciones puede ayudar a mejorar la comprensión del entorno y la influencia de sus factores en el comportamiento del paciente.

Comunidad de usuarios: Si bien aquí solo está la formación del personal y evitar excesiva rotación de sus miembros, disponer de dispositivos, canales de comunicación claros y ágiles entre usuarios y profesionales para dar a conocer normas, reglas, expectativas mutuas puede ser de gran utilidad (Paneles informativos, trípticos descriptivos de reglas, normas, expectativas; recordatorios de estas normas por vía telefónica, televisiones, megafonías...).

Características del usuario: Disponer de sistemas de aviso precoz ante los puntos de tensión relevantes para los usuarios podrían incluir la detección de exacerbaciones o aumentos repentinos de síntomas, expresiones de síntomas o enfermedades graves. Poder disponer de sistemas tecnológicos que monitoricen el grado de contenido psicopatológico alterado (nivel de ansiedad y angustia, nivel de depresión, nivel de ideación suicida, productividad psicótica...) podría ser de utilidad. Otros elementos son la sensibilidad al dolor y su relación con la distractibilidad, que podrían permitir el uso de elementos distractorios en pediatría como alternativa al uso de sujeción.

6. Escenario real

La tabla siguiente describe la realidad asistencial de los pacientes atendidos en el PSSJD durante un año (2018):

Parámetro	Unidad de Agudos y Subagudos de Psiquiatría	UHEDI	Unidad 6B de Hospitalización	Pediatría	Psicogeriatría
Número de caídas	68	35	18		241
Pacientes contenidos	32	22	96*		0
Procesos de CM	72	320	104*	360 ⁺	0
Camas disponibles	75	24	36	12	59
Estancias realizadas	28.063	8.721	12.539	2.186	16.749

* Datos obtenidos por extrapolación registro mensual.

⁺ Datos correspondientes a "clínical holding", no a contención mecánica.

Sector Psiquiatría: Unidades de Agudos y Subagudos

Durante el año 2018, hubo 1.070 ingresos entre las 2 unidades, sólo un 3% de los pacientes precisaron contención mecánica en algún momento del ingreso.

NÚMERO TOTAL DE CM (2018)	
Nº de usuarios contenidos	32
en Unidad de Agudos	29

en Unidad de Subagudos	3
Nº de procedimientos de CM	72
en Unidad de Agudos	63
en Unidad de Subagudos	9

En los últimos años se ha visto un descenso en el número de usuarios que precisaron contención mecánica. En el año 2016 el número de usuarios que precisaron contención mecánica fue de 41 y en 2018 fueron 32.

Sector Psiquiatría: Unidad de agudos

- De las 910 personas ingresadas en 2018, 29 precisaron CM, realizándose un total de 63 procedimientos de CM. De los contenidos, 21 eran hombres (media de edad de 34,5 años) y 8 mujeres (media de edad de 45 años), en edades comprendidas entre los 19 y 79 años.
- La duración media de la CM fue de 7h.
- Número de contenciones realizadas en los diferentes turnos de enfermería: noche (52%) > tarde (30%) > mañana (18%).
- Motivos principales que han propiciado la realización de la CM:
 - 29% desorganización conductual con graves riesgos de lesión
 - 27% conductas heteroagresivas
 - 22% conductas autoagresivas
 - 19% alteración conductual con graves riesgos de lesión.
 - 3% ingresa con CM y se le mantiene
- Diagnósticos de las personas que precisan CM:
 - 31% Esquizofrenia
 - 28% Trastorno bipolar en fase maníaca
 - 21% Trastorno psicótico no especificado
 - 14% Trastorno esquizoafectivo
 - 3% Deterioro cognitivo
 - 3% Trastorno de la personalidad
- 7 de cada 10 de los pacientes que han precisado una contención mecánica eran consumidores de tóxicos.
- En 57 de las 63 contenciones ha sido posible realizar un abordaje verbal previo.
- En 40 de las contenciones se ha realizado previamente la contención farmacológica.
- En 5 de los casos se ha producido una agresión física a profesionales; en ninguno de los casos se ha producido una agresión a otros usuarios; y en 15 de los procedimientos se ha producido agresión a objetos.
- Se ha producido autoagresión física en 8 de los procedimientos realizados antes del momento en que se lleva a cabo la contención y en un caso durante la realización del procedimiento.
- Evolución de usuarios que precisaron CM: en el año 2016 un 5% de los ingresos (726) precisaron CM, en 2018 sólo fue del 3% (910 ingresos).

Sector Psiquiatría: Unidad de Subagudos

- De las 160 personas ingresadas en 2018, 3 (2%) precisaron CM con un total de 9 procedimientos de CM. De los contenidos, 2 eran hombres y 1 mujer, con edades comprendidas entre los 32 y 61 años.
- La duración media de la contención mecánica es de 5h 46minutos.
- Número de contenciones realizadas en los diferentes turnos de enfermería: noche (67%) > tarde (22%) > mañana (11%).
- Motivos principales que han propiciado la realización de la CM:
 - 6 (67%) desorganización conductual con graves riesgos de lesión
 - 2 (22%) conductas autoagresivas
 - 1 (11%) ingresa con CM y se le mantiene por riesgo de fuga
- Diagnósticos de los usuarios contenidos: Esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad y trastorno esquizoafectivo.
- Ninguno de los pacientes contenidos era consumidor de tóxicos.
- En 8 de los 9 procesos de CM fue posible realizar un abordaje verbal previo.
- En 6 de los procesos de CM se realizó previamente la contención farmacológica.
- En ninguno de los casos se produjo una agresión física a profesionales ni a otros usuarios, pero sí a objetos en dos de las CM realizadas.
- Se produjo autoagresión física en dos de los procedimientos realizados antes del momento en que se llevó a cabo la CM y en otros dos casos durante la realización del procedimiento.
- La última CM que se realizó en la unidad de subagudos fue el 28/8/2018. Hasta la fecha no ha habido más CM.

Sector Unidad de Hospitalización Especializada en Discapacidad Intelectual

La Unidad de Hospitalización Especializada para personas con Discapacidad Intelectual (UHEDI) es una unidad de ingreso hospitalario con un alto grado de especialización, orientada a la atención integral e intensa de procesos graves en los que se necesita organizar o revisar un plan global de atención integral estable a medio-largo plazo.

La UHEDI se define como un servicio socio-sanitario de media estancia (de manera excepcional de larga estancia), que atiende a personas adultas que, a concomitante a una discapacidad intelectual de nivel ligero, moderado o severo, presentan una grave enfermedad mental y/o trastornos de conducta altamente disruptivos, que precisan un contexto institucional contenedor, con un nivel de soporte completo, para su tratamiento, con el objetivo de devolverlas a equipamientos comunitarios de las redes de Salud Mental y Servicios Sociales

Esta unidad consta de 24 camas, con dos modalidades de plazas: 5 camas de corta estancia específica de UHEDI (3 a 6 meses) y 19 camas de media estancia específica de UHEDI (6 a 24 meses).

La cartera de servicios de la Unidad tiene la finalidad de asegurar la atención integral, teniendo en cuenta los factores biológicos, psicosociales y espirituales. Esta atención integral articula mediante las intervenciones coordinadas por un Programa Individual de Rehabilitación (PIR) del equipo multidisciplinar.

Durante el año 2018 se han aplicado en 320 ocasiones procesos de CM a un total de 22 personas con las siguientes características:

- 18 eran hombres y 4 mujeres.
- Las edades comprendidas de los usuarios eran entre los 20 y los 54 años.
- Ninguno de los usuarios era consumidor de tóxicos.
- En 230 ocasiones se realizó un abordaje verbal previo.
- En 157 ocasiones se realizó previamente contención farmacológica.
- Hay que destacar que, de los 320 procesos de CM, 157 fueron al mismo usuario (prácticamente el 50% del total).
- Antes de la CM, en un total de 30 ocasiones se produjo una agitación grave con heteroagresividad hacia el personal sanitario.
- Los motivos principales de CM fueron: Desorganización conductual, heteroagresividad hacia personas y objetos, y autoagresividad.
- Diagnósticos de los usuarios contenidos: Discapacidad intelectual y enfermedad mental grave.

Sector hospital general: unidad 6B

En la unidad 6B del Hospital General del PSSJD durante el periodo de un mes, del 11 de febrero al 11 de marzo del 2019, se ha realizado un registro de los pacientes que han precisado CM y/o química durante su ingreso:

- Durante este periodo se han contenido mecánicamente 8 pacientes en la unidad. Han sido pacientes que la CM ha sido intermitente, habiendo turnos que precisaban estar contenidos y turnos que no (disminución de la agitación, estar acompañados).
- El punto de CM más utilizado ha sido el de tres (EESS y EI). Otros utilizados también durante este periodo han sido el de EESS y EEII, ES y EI, EESS, EESS, EI y Abdominal.
- Hay que destacar que en el turno de mañana un número importante de pacientes se les colocaba sujeción abdominal en el momento de sedestar para evitar que los pacientes se resbalaran del sillón.
- Las causas por la que los pacientes han tenido que ser contenidos son:
 - Manipulación y arrancamiento de dispositivos (vías periféricas para tratamientos EV, vías centrales, SV, tracciones) y manipulación de apósitos quirúrgicos.
 - Episodios de agitación intensa.
 - Riesgo de caídas.
- Los diagnósticos de los pacientes que han precisado contención son: fractura de fémur (4 pacientes), ITU (3 pacientes), celulitis brazo (1), IRC (1) y Crisis epiléptica (1).
- TABLA RESUMEN CONTENCIONES (1 mes)

	MECÁNICAS	QUIMICAS	MECÁNICA Y QUIMICA	TOTAL
Total	4	2	4	10

Sector hospital general: área de pediatría

El área de pediatría consta de 3 dispositivos de atención:

- Planta de hospitalización: 12 camas con un total de estancias (año 2018) de 2.186, 22 días.
- Consultas externas: 6 consultas diarias (mañana y tarde) realizándose en el año 2018, 2.837 primeras visitas y 2.454 segundas visitas.
- Urgencias: 6 boxes de atención inmediata y un área de evolución con 4 puntos de atención. En el año 2018 se realizaron 20.952 urgencias año.

En estos dispositivos se realizan, entre otros, los siguientes procedimientos: extracciones sanguíneas, inserciones/retiradas vías periféricas, punciones lumbares. Los niños tienen menos estrategias de afrontamiento a eventos estresantes como los procedimientos descritos, desarrollan percepciones más distorsionadas de la realidad, mala comprensión de aspectos complejos, sentimientos de culpabilidad y pueden acontecer reacciones de regresión de capacidades ya adquiridas, como el control de esfínteres. Aunque la CM entendida en su sentido más tradicional puede parecer no aplicable en un entorno hospitalario pediátrico (excluyendo salud mental pediatría ya que no está dentro de la cartera de servicios Pediatría PSSJD); con esta población, según el *Royal College of Nursing* británico (2019), la técnica más sencilla puede requerir de una inmovilización temporal (*clinical holding*) para una realización segura.

La opción de distraer al niño para minimizar miedo/estrés y dolor en éste, y en consecuencia el de sus padres/acompañantes, ha resultado ser una muy buena opción con excelentes resultados de efectividad y satisfacción del niño y su familia.

Los puntos de mejora a considerar:

- Considerar si el proceso es realmente necesario, y si la urgencia hace imposible la consideración de alternativas.
- Anticiparse y prevenir la necesidad de sujetar al niño con información, refuerzo positivo, y/o técnicas de distracción.
- Considerar la posibilidad de ofrecer al niño el tiempo necesario para expresar su miedo, angustia.
- En la medida de lo posible obtener el consentimiento/asentimiento del niño para sujetarlo, si no hay emergencia.
- Obtener consentimiento de padres/persona al cuidado del menor
- Pactar previamente con el niño/padres/tutores los métodos a utilizar en la inmovilización "clinical holding", y durante cuánto tiempo.
- Asegurar la presencia y participación de padres/tutores en el procedimiento, con información previa de cómo puede reaccionar el niño ante la sujeción, y refuerzo positivo posterior.

Sector Psicogeriatría

El perfil del usuario de la Unidad de Larga Estancia Geriátrica presenta diferencias con otras unidades similares de nuestro entorno. Por un lado, está el paciente que tiene habitualmente un diagnóstico de trastorno mental grave y ha presentado un

envejecimiento que hace que suponga un aumento de las cargas sociosanitarias. Por otra parte, se añaden aquellos pacientes de la comunidad que por la vía reglamentaria acceden a nuestro servicio.

Así los usuarios de la Unidad de Larga Estancia Geriátrica son:

- Pacientes con Trastorno mental grave envejecidos, que provienen del programa de Salud Mental y Adicciones.
- Pacientes con secuelas neurológicas y traumatológicas de Asistencia Primaria.
- Pacientes con síndrome de inmovilismo (cardiopatías, EPOC, II.QQ.).

En el momento actual, en la unidad de Larga Estancia Geriátrica se ha establecido un programa de hospitalización libre de sujeciones con éxito, el programa Libera-Care. No obstante, sigue siendo necesaria la innovación en evitación de caídas. El número de caídas es alto (241 caídas en un año afectando a 59 pacientes) debido sobretodo a no poder realizar una supervisión – vigilancia continúa a los pacientes con alto riesgo de caídas. Disponer de dispositivos de aviso, de monitorización y/o de prevención de daños en caso de caída sería un paso decisivo para evitar estos sucesos.

7. Proyecto para la puesta en marcha

El presente proyecto tiene el propósito de **incorporar elementos singulares y procesos asistenciales innovadores**, que en la actualidad o bien no se encuentran consolidados en el mercado o bien se hallan en fase piloto o de crecimiento, a partir del establecimiento de sinergias con la industria para la puesta en marcha, conjuntamente, de **estrategias disruptivas** que puedan contribuir a la mejora asistencial del paciente agitado o con riesgo de caídas en el ámbito sanitario y sociosanitario, a la mejora del abordaje del dolor y el estrés en el paciente pediátrico, contribuyendo todo ello a tener un sistema sanitario más sostenible.

7.1. Descripción general

A partir del análisis efectuado, se plantea el desarrollo de un proyecto **“Hospital libre de Contención Mecánica”**, consistente en el desarrollo de un cambio sustancial en los procesos de atención, adoptando los principios y la metodología de la atención centrada en la persona, además de incorporar elementos técnicos y de estructura.

El nuevo modelo asistencial debe **aportar valor** (Value-Based Healthcare), maximizando una atención de calidad libre de sujeciones, centrándose en las poblaciones de más riesgo (salud mental, pediatría y fragilidad). La eliminación de la CM debe realizarse siguiendo los mejores estándares de atención, de la mayor evidencia científica disponible y mejorando los actuales servicios en su eficiencia. Este proyecto, en cualquier caso, deberá llevar asociada una reducción en el número y gravedad de los incidentes de caídas de los usuarios, así como de auto y heterolesiones a las personas del entorno incluidos los profesionales asistenciales.

Deberá también de obtener una mejora en la calidad de vida de las personas atendidas en nuestros servicios asistenciales y un aumento de satisfacción por parte de los profesionales asistenciales en su actividad diaria.

La puesta en marcha del Hospital Libre de Contención Mecánica se instrumentaliza mediante un procedimiento de **Compra Pública Innovadora** para el establecimiento de una alianza entre el PSSJD y un/os partners tecnológico/s basada no solamente en la compra de tecnología sino también en la compra de servicio para la obtención de los mejores resultados de salud para un coste dado.

Se plantea cada sector como un lote diferente, aunque podrían tratarse conjuntamente en función de las capacidades de la empresa que oferte el servicio

7.2. Puntos críticos de mejora

A partir del análisis de las situaciones reales se han detectado una serie de **puntos críticos o de mejora** a los que quiere darse respuesta mediante soluciones innovadoras que garanticen el incremento de la calidad asistencial.

- Caídas con consecuencias evitables
- CM aplicadas para evitar alteraciones de conducta
- Baja tecnificación de la asistencia
- Dificultades de supervisión de pacientes en riesgo de caídas y/o de agitación
- Bajo nivel de información de riesgos de caídas y/o agitación entre turnos de enfermería
- Habitaciones con falta de elementos técnicos que eviten la CM en caso de agitación
- Camas de las habitaciones poco adaptadas a los riesgos de caídas y al control del paciente inquieto/agitado.
- Técnicas de exploración y/o tratamientos en niños que suponen un estrés y dolor evitable y actualmente requieren de CM

7.3. Elementos del proyecto

7.3.1. Marco de relación asistencial:

El modelo asistencial del PSSJD recoge los diferentes puntos como modelo asistencial:

- La creación de **procedimientos de participación activa de la persona atendida** y su familia en la toma de decisiones respecto a los objetivos y planes de intervención así como en las actividades del día a día de la organización.
- La construcción de un tipo de **relación asistencial** basada en la transparencia, la honestidad, la confianza, a través de una comunicación efectiva y afectiva con las personas atendidas y sus familias. Esto incluye la utilización escrupulosa del "consentimiento informado" y los pactos con el usuario como herramienta de trabajo incluida en el Plan de Tratamiento y conocida por todo el equipo que interviene.
- Trabajar la prevención de riesgos y la búsqueda de las causas de las diferentes situaciones problemáticas mediante el **análisis sistemático** de los factores intervinientes.

- Realizar una **observación estructurada de los pacientes** que permita el posterior análisis **de la conducta** de las personas atendidas.
- Desarrollar **planes de atención individualizados y personalizados**, centrados en las necesidades, preferencias y derechos de las personas.

7.3.2. Especificaciones funcionales:

7.3.2.1. Lote 1: Psiquiatría:

- Adaptación del entorno como, por ejemplo:
 - **Camas adaptadas y seguras:**
 - que puedan bajarse a ras de suelo
 - que no dispongan de elementos desmontables
 - que no sean estigmatizantes
 - que aporten elementos de soporte somático (p.ej. sensores) y elementos de información de riesgo (p.ej. caídas).
 -

7.3.2.2. Lote 2: Discapacidad intelectual:

- Llevar a cabo la dotación de **espacios de abordaje específico** para personas con discapacidad intelectual como, por ejemplo:
 - Salas tipo Snoezelen:
 - Estimulación propioceptiva.
 - Estimulación vibratoria.
 - Estimulación vestibular.
 - Estimulación acústica.
 - Estimulación tàctil.
 - Estimulación visual.
 - Estimulación de la comunicación.
 - Relajación.
 - Adecuación del jardín:
 - Elementos de disfrute del espacio externo, interactivos, juegos.
 - Organizar una zona lúdica con elementos de seguridad y confort en todos sus elementos: suelo, vallado, vegetación estimulen los sentidos, teniendo en cuenta tanto los elementos horizontales como verticales
 - Adaptación del entorno:
 - Sillas y sillones bajos con apoyabrazos.
 - Cojines especiales que ayuden a controlar el movimiento.
 - Sistemas de alarma (habitaciones y baños); puertas exteriores.
 - Sensores de movimiento vinculados a un sistema de avisos a determinados profesionales.
 - Elementos que favorezcan la comunicación aumentativa y la incorporación a nuevas tecnologías, de forma grupal e individualizada (24 pacientes), con elementos adaptados para la superación de barreras lingüísticas en personas con Discapacidad Intelectual.

7.3.2.3. Lote 3: Hospital General (Unidad 6B Hospitalización):

- **Adaptación del entorno:** Llevar a cabo diferentes acciones espaciales y de diseño que favorecen la seguridad de los pacientes y de los profesionales en un trabajo asistencial sin sujeciones como, por ejemplo:
 - Camas adaptadas y seguras:
 - que puedan bajarse a ras de suelo
 - que no dispongan de elementos desmontables
 - que aporten elementos de soporte somático (p.ej. sensores) y elementos de información de riesgo (p.ej. caídas)
 - Butacas que permitan realizar rehabilitación (movimientos extremidades) durante sedestación
 - Sensores de movimiento
 - Videocámaras inteligentes para habitaciones
 - Adaptación de baños
 - Cambio de suelos deslizantes
 - Adaptación lumínica

7.3.2.4. Lote 4: Pediatría:

- Adaptación de las técnicas pediátricas mediante **elementos que proporcionen**, por ejemplo:
 - música relajante,
 - juegos terapéuticos,
 - tarjetas de distracción,
 - realidad virtual,
 - dispositivos que atenúen el dolor con vibración.
 - Otras medidas no farmacológicas

7.3.2.5. Lote 5: Psicogeriatría:

- Llevar a cabo diferentes **acciones espaciales y de diseño** que favorecen la seguridad de los pacientes y de los profesionales en un trabajo asistencial sin sujeciones como, por ejemplo:
 - Sensores de movimiento
 - Videocámaras inteligentes para habitaciones
 - adaptación de baños,
 - eliminación de desniveles,
 - cambio de suelos deslizantes,
 - adaptación lumínica,
 - barras en los pasillos,
 - bancos en pasillos largos,
 - habitaciones habilitadas para evitar riesgos,
 - adecuación de diversos espacios asistenciales.

- Barras en los pasillos

7.1.1. Plan de implementación:

El proyecto se desarrollará en diferentes fases a lo largo de 4 años (2020-2023):

1. Fase I: Creación de un grupo interdisciplinar que defina las necesidades del proyecto. En este grupo se integran profesionales como enfermería y auxiliares, además de médicos y psicólogos, trabajadores sociales además de la empresa que desarrolle el proyecto. Se buscará el espacio y metodología adecuados para incorporar también a pacientes y familiares. Este grupo se creará para atender las necesidades en donde desarrollará el proyecto: sociosanitario; agudos salud mental; discapacidad intelectual y Hospital General.
2. Fase 2: La(s) empresa(s) que asuma(n) el proyecto desarrollará(n) por ámbitos el contenido del proyecto y la tecnología necesaria para alcanzar los objetivos.
3. Fase 3: Se ejecutará una prueba piloto en espacios concretos de cada uno de los ámbitos y se evaluarán respectivamente.
4. Fase 4: Se implementará el proyecto al resto de servicios de servicios implicados y se evaluará.
5. Fase 5: Expansión del modelo a otras entidades del sector salud que esté interesadas.

8. Criterio de éxito

Se entenderá que el sistema es adecuado si cumple con los siguientes **indicadores de evaluación** para cada uno de los ámbitos clínicos (Psicogeríatría, Salud Mental, Hospitalización General, Discapacidad intelectual y Pediatría):

- Índice de contenciones mecánicas inferior al 5% y tendente a 0.
- Reducir el índice de caídas en un 80%.
- Reducir el índice de caídas graves en un 95%.
- Reducir los episodios de auto o heteroagresividad en un 80%.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes y las familias con la atención recibida.
- Aumentar la satisfacción de los profesionales.

9. Educación sanitaria y empoderamiento del paciente

Es una propuesta que quiere implementar el Modelo de atención centrada en la persona en las diferentes líneas de atención y el modelo de Recuperación en Salud Mental.

Promueve la participación de las personas atendidas y sus familias en los planes de tratamiento e intervención; fomentando la autonomía y la toma de decisiones compartida.

Desarrolla un tipo de intervención proactiva y preventiva trabajando las causas de caídas y episodios de auto y heteroagresividad en los contextos asistenciales, en lugar de enfocar la atención de manera únicamente reactiva.

Hace hincapié y desarrolla acciones basadas en el respeto a los derechos y deberes de las personas en relación a su salud y la atención sanitaria

10. Plan de comunicación del proyecto

Dado el impacto del proyecto y, a fin de contribuir a su escalabilidad, la comunicación del mismo es esencial. Por lo tanto, conjuntamente, el PSSJD y la/s empresa/s adjudicatarias deben realizar un plan de comunicación que debe contener los recursos, estrategias y canales para que la comunicación interna y externa sea efectiva y ayude a difundir el proyecto con éxito.

11. Plan de gestión de riesgos

Para poder garantizar la buena ejecución de los trabajos y poder prever y gestionar adecuadamente los riesgos, contratiempos o incidencias durante el proyecto se pedirá un **plan de gestión de los riesgos** al proveedor/es que deberá ser entregado y consensuado al inicio de los trabajos del proyecto.

Este documento debe contener un listado con los posibles riesgos que el/los proveedor/es puedan prever, así como los riesgos que el hospital o equipo de atención primaria ponga de manifiesto, una valoración de la probabilidad de que estos riesgos puedan ocurrir, el impacto que pueden tener, qué medidas se tomarán en caso de que se produzcan los riesgos y cómo informar de los mismos a todos los actores del proyecto que estén implicados.

12. Plan de gestión del cambio

La gestión del cambio deberá contemplar un plan detallado que deberá facilitar y ejecutar el/los proveedor/es y que incluirá cómo se llevará a cabo la implementación de nuevos procesos, gestión de las personas, adquisición de nuevas habilidades y competencias para que la implementación del proyecto sea un éxito.

13. Formación

A nivel formativo habrá que contar que los profesionales deben conocer de forma teórica y práctica todas las nuevas herramientas y material que se aplica a este proyecto. Por lo tanto, esta actividad se llevará a cabo durante todo el proyecto.

14. Método de contratación: la Compra Pública de Innovación

Tal como se deja constancia en el apartado introductorio, este proyecto se encuadra en el marco de la convocatoria para el año 2017 de la línea de ayudas a proyectos de compra pública de innovación impulsados por entidades titulares de centros pertenecientes al sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (ref. BDNS 358200) y forma parte del **Programa de Compra Pública de Innovación de la**

RIS3CAT, que a su vez se enmarca en el Plan Nacional de Compra Pública de Innovación, aprobado por el Gobierno el 28 de junio de 2016. Esta iniciativa cuenta con la **financiación del programa operativo FEDER 2014-2020**.

15. Resultados esperados y propiedad intelectual.

Como consecuencia de la realización de este proyecto, en un marco de Compra Pública Innovadora, se esperan obtener los siguientes resultados:

- Un **nuevo modelo asistencial** centrado en la persona, que logre reducir a 0 el uso de medidas de sujeción física y química, sin que esto tenga impacto en garantizar la seguridad del paciente.
- Un **nuevo modelo de financiación**, basado en una transferencia de riesgo al proveedor tecnológico. Por ejemplo, uso de sensores de movimiento y cámaras para monitorización para evitar caídas.

En la licitación que se produzca estableceremos una relación con el/los proveedor/es basada en un modelo de riesgos compartidos. Se hará un seguimiento exhaustivo de la evolución del proyecto y se bonificará según los resultados obtenidos.

Con el fin de construir la solución de servicios, la empresa adjudicataria de la licitación precisa del traspaso de conocimiento de los profesionales asistenciales del PSSJD. Nuestra entidad entiende este proyecto como un desarrollo a medida, sobre unos requerimientos especificados. Una vez finalizado el proyecto será el propio PSSJD que contratará a la empresa licitante o en otra empresa, los mantenimientos correctivos y evolutivos de la plataforma. La empresa adjudicataria contribuirá intelectualmente al proyecto aportando su propio conocimiento, el sistema, la definición de requerimientos y especificaciones, y las validaciones y la creación de manuales. De cara a la comercialización futura de los productos/soluciones desarrolladas, el PSSJD se beneficiará de condiciones especiales para el uso de las soluciones desarrolladas conjuntamente, si bien la/s empresa/s podrán comercializar libremente los productos en los mercados que consideren. En aquellos desarrollos donde el desarrollo intelectual/industrial se considere de relevancia significativa por parte de los profesionales del PSSJD, se negociará de buena fe la propiedad industrial del producto desarrollado.

16. Metodología y condiciones de la Consulta Abierta al Mercado

El PSSJD quiere poner de manifiesto que esta consulta no es vinculante a efectos contractuales. El **plazo** para participar en la consulta finalizará a las 15 horas del día **30 de junio de 2020**.

Los interesados pueden participar en la consulta rellenando total o parcialmente el **cuestionario** incluido en este documento y enviándolo por correo electrónico a la dirección CPI_CMzero@pssjd.org. En caso de que el archivo sea de grandes dimensiones, se aceptará la entrega en soporte digital en **horario de mañanas** en el área de **secretaría de la Dirección General del PSSJD** (Carrer Antoni Pujadas 42, Sant Boi de Llobregat).

La secretaria de la dirección general del PSSJD **se ubica dentro del área de Dirección**

de dicho centro, en la 2ª planta del edificio Sant Josep. También pueden enviar documentación técnica complementaria al cuestionario para informar a la autoridad contratante sobre las últimas innovaciones y tecnologías que puede ofrecer el mercado u otros datos que permitan mejorar la definición de los criterios técnicos del pliego de licitación y/o facilitar la evaluación de los resultados.

Toda la información que se envíe se utilizará (de manera no vinculante) exclusivamente para el propósito de la realización de esta consulta en el mercado. El PSSJD, salvo lo dispuesto a continuación sobre el tratamiento de datos personales, se compromete a no revelar a terceros la información recogida en el presente documento.

Desarrollo de la consulta preliminar abierta al mercado

La consulta tendrá de la siguiente forma:

- a) **Consulta previa al mercado:** Se publica en la plataforma del contratante del PSSJD la documentación relativa a la consulta. Dentro del plazo de un mes desde la publicación de la consulta, los participantes podrán hacer llegar sus aportaciones. Sin embargo, para la resolución de cualquier duda durante el período de esta consulta, los interesados la podrán formular por escrito, enviando un correo electrónico a CPI_CMzero@pssjd.org del PSSJD. Es necesario que en el correo indiquen: persona de contacto, teléfono y correo electrónico.
- b) **Sesiones posteriores.** El PSSJD se pondrá en contacto con todas las empresas para concertar una reunión individual en la que cada empresa podrá hacer una presentación de la propuesta de 15 minutos. Estas reuniones tendrán lugar durante la **primera quincena del mes de julio** y su convocatoria será publicada en la Plataforma de contrataciones de la Generalitat. Asimismo, en este periodo, los técnicos responsables de la consulta podrán solicitar aquella documentación complementaria que consideren necesaria.
- c) Se elaborará también un **resumen final** que será publicado en la misma página web del perfil del contratante (Plataforma de contrataciones de la Generalitat). El resumen expondrá las conclusiones y no contendrá menciones a marcas, fabricantes, productos o cualquier tipo de información marcada como confidencial en la información proporcionada por los participantes.

17. Información relativa al tratamiento de datos de carácter personal

En cumplimiento del Reglamento General (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD-UE) y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE así como de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se deja constancia de los puntos siguientes:

- a) La documentación requerida para participar en esta Consulta abierta al Mercado (CAM) contiene únicamente los datos de carácter personal necesarios para participar, y la finalidad y motivo de tratamiento reside en las gestiones propias de la CAM.

- b) En cuanto a los datos de carácter personal de personas físicas (trabajadores, personal técnico, colaboradores, etc.) que contenga la información presentada por las entidades interesadas, los participantes garantizan que previamente han obtenido el consentimiento de las personas afectadas por facilitar la información completa con el fin de participar en esta CAM.
- c) Los datos de carácter personal relativos a los interesados o su representante, en caso de que sea una persona jurídica, así como las de terceros que deriven de la presentación de ofertas, tienen la finalidad de obtener los datos suficientes para llevar a cabo el procedimiento objeto de esta CAM. Las entidades responderán de la exactitud y la veracidad de todos los datos personales facilitados.
- d) Las personas interesadas o afectadas pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición dirigiendo un escrito al responsable del tratamiento de los datos mencionado en la dirección indicada en el anuncio previo, adjuntando al escrito una copia del DNI o cualquier otro documento oficial que acredite la identidad de la persona que ejerce el derecho. También puede ejercerse enviando un correo electrónico a proteccio_dades@pssjd.org adjuntando una copia del DNI o cualquier otro documento oficial que acredite la identidad de la persona que ejerce el derecho.
- e) Así mismo, las personas interesadas o afectadas pueden dirigir las reclamaciones derivadas del tratamiento de sus datos de carácter personal en primera instancia al Delegado de Protección de Datos del PSSJD en la misma dirección postal que se menciona en el apartado anterior, o por correo electrónico a oficina_dpd@pssjd.org. En segunda instancia pueden reclamar ante la *Autoritat Catalana de Protecció de Dades* (<https://apdcatt.gencat.cat/es>) o ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).
- f) Los datos se conservarán durante todo el período de vigencia de la CAM. Una vez finalizado el plazo de la Consulta, los datos se conservarán debidamente bloqueados durante el plazo de prescripción de las acciones derivadas de la Consulta para la formulación, ejercicio o defensa de reclamaciones y para el cumplimiento de las obligaciones legales aplicables. Este plazo de conservación se determinará con arreglo a la legislación aplicable en cada momento.

Las entidades se obligan a cumplir todas las obligaciones establecidas en el marco legal de protección de datos vigente, RGPD-UE y la LOPD-GDD.

Con la remisión del cuestionario usted acepta el tratamiento de los datos personales enviados.