

INFORME FINAL DEL RESULTADO DE LA CONSULTA PRELIMINAR DEL MERCADO (CPM)

Para la puesta en marcha de la **UNIDAD DE EXCELENCIA EN DIABETES TIPO 1** un proyecto de Compra Pública Innovadora basado en resultados de salud cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional de la Unión Europea.

Versión 3:
Informe final de la CPM
Excluye información confidencial

1. INTRODUCCIÓN

Descripción general de proyecto

El Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat (en adelante HSJD) y la Corporació Sanitària Parc Taulí (en adelante CSPT) entidad gestora del Hospital de Sabadell (en adelante HS) prevén la realización de una licitación que tiene por **objetivo primordial la mejora de la calidad asistencial de la población pediátrica afecta de diabetes tipo 1** a través de un nuevo modelo de atención integral que incluya la implementación de nuevas tecnologías digitales, sistemas inteligentes de ayuda a la toma de decisiones y nuevos procesos de trabajo que personalicen la atención a las necesidades específicas de los distintos subgrupos de la población diana.

Marco de adscripción administrativa y financiera del proyecto

Tal como se reflejaba en el anuncio de la CPM, 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 y en el marco del Programa Operativo FEDER de Cataluña 2014-2020. Objetivo de inversión en crecimiento y ocupación.

Marco jurídico de la CPM

El Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) y el Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT) pusieron en marcha un proceso de Consulta Preliminar de Mercado al amparo de las dicciones del artículo 115 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, en consonancia con el artículo 40 de la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE, con el objetivo de obtener información para la mejor confección de los pliegos de licitación para el diseño e implementación de un nuevo modelo de atención, que integre los recursos de los centros asistenciales y del adjudicatario, dirigido a la población pediátrica afecta de diabetes tipo 1 atendida por el HSJD y por el HS, con la finalidad de mejorar la actual calidad asistencial medida en términos de eficacia, eficiencia y seguridad.

Procedimiento de Consulta preliminar del mercado para la puesta en marcha de la Unidad de Excelencia en DM1

Con la finalidad de conseguir una definición completa de la licitación y de acuerdo con los requisitos de la Compra Pública de Innovación, el pasado 8 de julio de 2019 se emitió una Consulta preliminar del mercado (CPM), previa al proceso de licitación, consistente en la publicación del anuncio de la CPM (ver anexo 1) y del cuestionario asociado (ver anexo 2).

La **publicación de la CPM** se realizó en:

- El perfil del contratante del HSJD
<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/perfil-del-contratante>
- El perfil del contratante del CSPT
<https://www.tauli.cat/tauli/seu-electronica/perfil-del-contractant>
- El perfil del contratante de la plataforma de contratación pública de la Generalitat de Catalunya
https://contractaciopublica.gencat.cat/ecofin_pscp/AppJava/es_ES/notice.pscp?reqCode=viewCtn&idDoc=49608789&lawType

Durante el periodo abierto de presentación de respuestas al cuestionario de la CPM se recibieron tres **preguntas** por parte de las entidades del mercado, relativas a algunas dudas específicas sobre el anuncio de la CPM (ver anexo 3), que fueron atendidas por el órgano de contratación publicando la respuesta directamente a través de la plataforma de contratación pública de la Generalitat de Catalunya, respetando el anonimato de la entidad remitente. Pueden también consultarse las preguntas y las respuestas en la siguiente dirección electrónica.

https://contractaciopublica.gencat.cat/ecofin_pscp/AppJava/questionsView.pscp?reqCode=viaw&cn=49608789&type=ctn

Relación de participantes

A la finalización del plazo para la presentación de respuestas a la CPM, que finalizó a las 15 horas del 8 de agosto de 2019, se habían recibido 10 respuestas al cuestionario. El contenido de estas respuestas se resume en el presente informe, respetando el anonimato de las mismas y obviando la información confidencial.

FECHA	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
1 Agosto 2019	Abbott Laboratories, S.A.
1 Agosto 2019	Ascensia Diabetes Care Spain, S.L.
2 Agosto 2019	SocialDiabetes, S.L.
6 Agosto 2019	Menarini Diagnósticos, S.A.
6 Agosto 2019	Medtronic Ibérica, S.A.U.
7 Agosto 2019	Roche Diabetes Care Spain, S.L.U.
7 Agosto 2019	Novalab Ibérica, S.A.U.
7 Agosto 2019	Johnson & Johnson, S.A.
7 Agosto 2019	Deloitte Consulting, S.L.
8 Agosto 2019	Insulcloud, S.L.

Entrevistas de la CPM

Las empresas participantes en la CPM fueron invitadas a una entrevista presencial, al objeto de poder presentar su entidad y hacer aportaciones con respecto a la creación de la Unidad de Excelencia en DM1 y del propio procedimiento de licitación.

El protocolo establecido para el desarrollo de las entrevistas fue el siguiente:

- 15 minutos para la presentación en formato libre por parte de la empresa participante en la CPM;
- 15 minutos de turno de preguntas por parte del organismo para profundizar en la comprensión sobre aspectos concretos directamente vinculados a la presentación.

El anuncio de convocatoria se realizó de manera individualizada para cada empresa, en tres envíos sucesivos por correo electrónico, con un mismo texto común para todas las empresas, en el que se anunciaba, de manera progresiva, la fecha y hora de programación y las condiciones del formato de las entrevistas. Estas condiciones consistieron en:

- Grabación de la imagen y sonido de la entrevista y presentación, para poder acreditar la transparencia y uniformidad de trato entre las empresas participantes. La grabación fue autorizada por escrito por parte de un representante de la empresa al inicio de la entrevista en todos los casos (ver anexo 4: modelo del documento de grabación de la entrevista).
- Para garantizar los criterios de equidad, el organismo declinaba poder responder en el curso de la entrevista cualquier pregunta que la empresa pudiera hacer respecto del proyecto y del procedimiento de licitación. De esta manera se recogieron las preguntas formuladas para poder ser respuestas a través de la plataforma pública de contratación.

Finalmente, se anunció en la convocatoria de las entrevistas que los promotores lanzarían a todas las entidades 2 cuestiones comunes, referentes:

- (i) a la participación de las familias y/o cuidadores en el proyecto de la creación de la Unidad de Excelencia de DM1 y de una manera específica al rol que podrían desempeñar en el rediseño del proceso asistencial y,
- (ii) al posicionamiento de la empresa respecto de la hipotética posibilidad de que finalmente el procedimiento de licitación contemplara la definición de un lote único.

A las entrevistas asistieron por parte del organismo, representantes de la dirección, asesoría jurídica, así como facultativos del HSJD y HS. El calendario de las entrevistas realizadas fue el siguiente:

FECHA	HORA	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
4 Setiembre 2019	14:30	Johnson & Johnson, S.A.
4 Setiembre 2019	15:30	SocialDiabetes, S.L.
4 Setiembre 2019	16:30	Roche Diabetes Care Spain,
12 Setiembre 2019	09:00	Novalab Ibérica, S.A.
12 Setiembre 2019	10:00	Abbot Laboratories, S.A.

12 Setiembre 2019	11:00	Ascencia Diabetes Care Spain, S.L.
12 Setiembre 2019	12:00	Menarini Diagnósticos, S.A.
12 Setiembre 2019	15:30	Insulcloud, S.L.
12 Setiembre 2019	16:30	Medtronic Ibérica, S.A.U.
13 Setiembre 2019	14:30	Deloitte Consulting, S.L.

En el desarrollo de las entrevistas se recogieron 6 preguntas relativas al proyecto y al proceso de licitación que se respondieron a través de las plataformas públicas de contratación. El anexo 5 muestra las preguntas y las respuestas publicadas.

Criterios empleados en la confección del Informe de la Consulta preliminar del mercado

Este informe presenta de manera estructurada las propuestas innovadoras incluidas en las respuestas recibidas por parte de las entidades del mercado. El objetivo final es poder incluir en la licitación definitiva todas aquellas aportaciones que se consideren adecuadas para la puesta en marcha de la UNIDAD DE EXCELENCIA EN DIABETES TIPO 1, con un modelo asistencial innovador, que mejore la actual calidad asistencial medida en términos de eficacia, eficiencia, seguridad y experiencia del paciente.

No es el objetivo de este documento hacer ninguna evaluación respecto de las aportaciones recibidas ni su inclusión en el informe final presupone ninguna preferencia, ni criterio valorativo alguno por parte del organismo.

Respecto del contenido:

- Las aportaciones de las distintas entidades se presentan estructuradas en apartados conceptuales con la finalidad de dar al documento una estructura lógica. En consecuencia, no existe ningún otro criterio de ordenación de la información resumida.
- En algunas ocasiones, cuando no hay reserva de confidencialidad, se mantiene el redactado original de la propuesta recibida. Se da, sin embargo, la circunstancia de que diversas propuestas de distintos proveedores son muy similares entre sí, en cuyo caso se recurre habitualmente a la elaboración de un redactado propio, representativo de todas ellas.
- Algunas de las aportaciones presentadas tienen reserva explícita del derecho de confidencialidad de distintos apartados concretos. En ocasiones, se da la circunstancia de que, para esos mismos apartados, en la respuesta de otros proveedores, se ofrecen propuestas similares sin reserva de confidencialidad. En este caso, es posible que el informe final recoja la aportación.
- De acuerdo con el anuncio de la CPM, en todo el documento resumen, de manera explícita, se ha omitido cualquier mención a marcas, fabricantes, modelos de productos o cualquier otro tipo de información confidencial e identificativa.

Inclusión de las aportaciones en el contenido de los pliegos de licitación

Esta Consulta Preliminar de Mercado, de acuerdo con su propósito inicial, se ha mostrado de gran utilidad para orientar algunos aspectos específicos de la propia licitación.

Algunas de las propuestas recibidas por distintas entidades del mercado no son compatibles entre sí o con la estrategia general del proyecto, y por dichos motivos no se podrán trasladar todas ellas a la redacción definitiva de los pliegos. En alguna otra ocasión, la propuesta recibida, a pesar de su interés, tiene un coste asociado elevado que no permite ser tenida en cuenta.

2. INFORME RESUMEN DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO DE LA CPM

2.1. APORTACIONES RELATIVAS A UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL INNOVADOR

Un modelo asistencial integrado

La finalidad última del proyecto es conseguir la excelencia en la atención al paciente afecto de Diabetes tipo 1.

La excelencia se puede definir como: lograr una mejoría sustancial en la calidad de vida del paciente, una mayor adherencia al tratamiento, un incremento del volumen de población atendida sin mayor consumo de recursos (eficiencia) y, todo ello, de una manera sostenible y segura.

Relevancia de la coordinación asistencial

Existe un consenso unánime en el abordaje multidisciplinar, por parte de un equipo formado por médicos, enfermeras-educadoras, psicólogos y nutricionistas.

Respecto de la reingeniería de los procesos asistenciales

- La aparición de nueva tecnología en DM1, especialmente la monitorización continua de glucosa (MCG) conjuntamente con el uso de las nuevas TICs abre una gran oportunidad a la innovación a través de la reingeniería del proceso asistencial.
- El cambio respecto al paradigma anterior reside en la posibilidad de acceder de manera remota a un gran volumen de datos de monitorización y a poder realizar una gestión automatizada y a tiempo real de este volumen ingente de información. Todo ello abre la oportunidad para el paciente de una atención personalizada en cualquier momento y lugar, a la vez que permite obtener una perspectiva poblacional de la enfermedad y del programa.
- Se propone una fase inicial de consultoría, en la que el profesional, el adjudicatario y el paciente participen en el nuevo modelo asistencial (diseño participativo o cooperativo, que tiene efectos positivos en la implicación), en la que se proceda a la detección de áreas de mejora, en el diseño de las intervenciones adecuadas y en la determinación de los indicadores de resultados a aplicar. Se propone el uso de la metodología LEAN. Las asociaciones de pacientes y el programa de “paciente experto” pueden colaborar en su definición (en una segunda fase).
- La reingeniería de los procesos asistenciales debe orientarse a los objetivos siguientes: al empoderamiento (capacitación), a conseguir una mayor autogestión de la enfermedad (basado en el mejor conocimiento de la enfermedad e información sobre su situación clínica), a incrementar la adherencia en base al establecimiento de objetivos educacionales y motivacionales, a minimizar desplazamientos del paciente y familias (limitación de costes, reducción absentismo escolar y laboral), a la mejora de

la efectividad (mejores resultados), a la mejora de la eficiencia, a la mejora de la experiencia del paciente y a la mejora de la seguridad.

- El nuevo proceso asistencial debe:
 - Ajustar la toma de decisiones a las recomendaciones de las actuales guías clínicas.
 - Poder actualizarse de manera continuada de acuerdo con la nueva evidencia clínica generada.
 - Definir de manera objetiva un algoritmo de segmentación de la población atendida (grupos de agregación, estratificación) de la población atendida en función del patrón y/o parámetros clínicos del paciente.
 - Promover un seguimiento continuo de los pacientes. Para ello deben definirse los nuevos criterios de prestación de la atención presencial especializada en el hospital y/o en centros comunitarios (menor coste), así como los criterios de atención remota (telemedicina), para cada uno de los segmentos de la población atendida. Estos criterios deben actualizarse a lo largo de la ejecución del proyecto con base en la evidencia generada, tal como se detalla en el punto 2. En general, a mayor estabilidad clínica mayor proporción de seguimiento remoto.
 - Definir cuál debe ser la participación del proveedor en la provisión de servicios.

Consultoría telemática

- Es el ámbito asistencial que gestiona la interacción con el paciente a través de una plataforma electrónica inteligente.
- Destinada mayoritariamente a la atención de los pacientes con mejor control metabólico.
- Por su propia naturaleza (virtual) puede no necesitar una ubicación física determinada.
- Funciones potenciales:
 - Seguimiento de la monitorización de los pacientes
 - Interacción entre paciente y profesional en la toma de decisiones
 - Modulación de la frecuencia de la atención presencial y por lo tanto debe tener acceso a las agendas de trabajo de los profesionales de los hospitales promotores.
 - Transmisión de imágenes y fotos
 - Recogida de cuestionarios personalizados
 - Seguimiento de las alertas del sistema
 - Seguimiento del cumplimiento del programa asistencial
 - Educación sanitaria al paciente y la familia
 - Actividades preventivas
 - Seguimiento del control de calidad del servicio

- Precisa de una infraestructura tecnológica específica y desarrollo de TIC que permita consulta telemática síncrona (estructurada y agendada en la agenda del profesional) o asíncrona (intercambio de mensajes sin necesariamente estar agendada en la agenda del profesional).

Reingeniería de los procesos logísticos

La estabilidad y regularidad del uso de los sensores y las bombas de infusión permite la planificación logística.

Se propone que el nuevo proyecto dé soporte a la gestión de stocks de consumibles y al suministro de los mismos que deberían llegar directamente al propio domicilio del paciente, evitando desplazamientos innecesarios.

Tecnología aplicada al proceso asistencial

La nueva tecnología ya no es tan sólo una nueva opción para algunos pacientes, sino que se ha convertido, en virtud de su utilidad, en un derecho.

Plataforma de integración de datos y soporte al proceso asistencial

Es la capa de inteligencia que se sitúa sobre los datos. Debería incluir las siguientes funcionalidades:

(Respecto de la integración de datos)

- Interoperabilidad. Plataforma abierta. Debe integrar de manera cronológica los datos procedentes de los diferentes dispositivos y sistemas de información: App del paciente, sistemas de monitorización remota (herramienta multimarca), bombas de insulina (herramienta multimarca), sistema de información (*back-end* y *front-end*), con los datos de la historia clínica del paciente (integración con HCIS), sistemas de comunicación, sistemas de laboratorio y sistemas de información hospitalario (datos demográficos, portal paciente HSJD, agenda, informes).
- Debe poder acoplar los datos de los dispositivos nuevos que aparezcan en el mercado en el futuro.
- Debe integrar en tiempo real las respuestas a los formularios contestados por el paciente.
- Al margen de los datos convencionales, debe identificar y registrar los hábitos de estilo de vida (ejercicio, alimentación), las capacidades de autogestión del paciente, parámetros de adherencia al tratamiento y al programa, hospitalizaciones, visitas al servicio de urgencias, etc.
- Debe poder exportar los datos primordiales a otros sistemas de información (integración con HCIS).

(Respecto del soporte al proceso asistencial)

- La plataforma garantiza una atención clínica más homogénea al conjunto de pacientes.
- Debe incluir un sistema automatizado, fiable y sencillo de descarga de datos por parte del paciente.
- Debe facilitar la estratificación inicial de la población, proponiendo la asignación de cada paciente al segmento poblacional que le corresponde en función del algoritmo clínico desarrollado, así como también realizar de manera proactiva la propuesta de cambio de asignación de nivel en cualquier momento.
- Debe proporcionar una atención personalizada y de intensidad variable según el segmento poblacional al que está asignado el paciente.
- Debe realizar una gestión inteligente del proceso asistencial previsto para cada tipología de paciente. Así, debe poder monitorizar el cumplimiento de las acciones

realizadas (descarga de datos, hábitos saludables, etc.) y recordar el cumplimiento de las acciones específicas del proceso asistencial previsto en cada paciente (calendario de descarga de datos, etc.).

- Debe poder analizar de manera inteligente y a tiempo real la situación clínica del paciente agregando todos los datos disponibles y estandarizando la información para presentarla al paciente y al profesional.
- Debe permitir visualizar (al paciente y al profesional) de forma global el proceso asistencial y dar una imagen organizada (amable) y consolidada de los datos y del estado del paciente y de sus necesidades continuas.
- Debe contener herramientas para el empoderamiento del paciente.
- Sistemas de Apoyo a las Decisiones Clínicas (SADC). Debe poder detectar patrones y proponer un plan de acción asistencial adaptado al perfil del paciente y a la situación clínica en que éste se encuentre. Este plan de acción debe incluir igualmente consejos sobre hábitos saludables.
- Debe poder identificar de manera predictiva las situaciones de descompensación grave y disponer de un algoritmo de actuación para hacer frente a este riesgo.
- La estandarización de la información debe permitir la emisión de manera automatizada y personalizada (según la situación clínica del momento y de acuerdo con el nivel de estratificación), a través de un canal telemático (SMS o correo electrónico): información (recordatorios y recomendaciones), formularios, alertas predictivas de eventos, así como la asignación de actividades y recursos en función de la situación clínica sin la intervención de los agentes (paciente o profesional).
- Debe permitir la intervención voluntaria del profesional sanitario en cualquier momento del proceso asistencial.

(Como herramienta de soporte a la gestión del programa)

- Debe tener herramientas de seguimiento de la actividad y consumo de recursos por centro, por profesional, por segmento de la población y por individuo.
- Debe generar informes clínicos individuales con un lenguaje adaptado para su comprensión (*health literacy*) por parte del paciente y su familia. Ésta es una herramienta primordial de empoderamiento del paciente ya que permite superar la dificultad para efectuar un adecuado análisis del número ingente de datos y ofrece una visión personalizada y agregada que permite entender mejor el metabolismo propio en relación con la enfermedad, la alimentación, el ejercicio físico u otros hábitos de vida. Los informes pueden responder a una etiqueta (p.e. ¿cómo me afecta el ejercicio?).
- Debe proporcionar la información relevante a los profesionales de manera directa sin tener que recurrir a otros sistemas de información.
- Debe contar con un sistema de información automatizada (cuadro de mando mensual), que periódicamente reporte, numéricamente y en formato gráfico, los indicadores y otros resultados y que esté orientado no solo a la mejora del proceso asistencial sino también a la gestión e investigación.

(Como herramienta de comunicación)

- Debe incluir un sistema de mensajería entre pacientes y profesionales sanitarios. El paciente debe poder intercambiar información en cualquier momento y lugar y recibir indicaciones concretas del programa (del profesional o de la plataforma).

(Premisas técnicas)

- Debe funcionar bajo criterios de alta disponibilidad (en cualquier momento y en cualquier lugar) (cloud).

- Las distintas funcionalidades deben ser operativas integrando la información y procesos a tiempo real.
- Debe cumplir con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).
- Sistema multiplataforma: web, PC, móvil, tableta.
- Debe poder enviar información a terceros que integran el proceso asistencial (atención primaria, servicios de urgencia, HCCC, etc.).

App

- Una App, como tecnología al alcance de la mano y de alta disponibilidad (autonomía de uso), es una herramienta que puede generar mayor adherencia a la población afecta de DM1, mayoritariamente familiarizada con este tipo de alternativa tecnológica.
- Debe poder interactuar también con la familia, especialmente en el caso de los pacientes de muy corta edad.
- Es el instrumento principal de interacción del paciente con la plataforma (ver funciones de la plataforma).
- Sirve como instrumento de descarga de datos.
- Debería incluir herramienta de recuento de carbohidratos.
- Su diseño debe orientarse desde una perspectiva motivacional
 - Proporcionando educación sanitaria para un mejor empoderamiento
 - Ofreciendo una interacción que potencie la adherencia al programa, como por ejemplo un entorno de gamificación o de realidad aumentada. También pueden apoyarse en el benchmarking (respecto a los objetivos propuestos del mismo paciente o respecto al conjunto de pacientes de su segmento).
 - Hacia la consecución de cambios de comportamiento (*behaviorial changes*) a través de suministrar información al paciente sobre la enfermedad y su manejo, proporcionar consejos de salud, su situación clínica, su proceso asistencial, mantener un canal de contacto permanente con los profesionales.
- Debe permitir el uso de cuestionarios que, entre otras aplicaciones, permite conocer la experiencia del paciente y de sus familiares

Dispositivos (prescripciones generales)

La elección de dispositivos para participar en el proyecto debería ser valorada de manera dinámica por un comité de profesionales. La indicación de una tecnología en un caso concreto debe depender del profesional médico.

Medidores de glucemia capilar

- Posibilidad de integrar en el sistema medidores de glucosa que, a través de un volcado a una app puedan, finalmente, integrarse en la aplicación de historia clínica del HSJD.
- La medición de glucemia capilar puede ser residual en algunos pacientes o habitual cuando se hace precisa la calibración diaria de un sensor.

Dispositivos de MCG

- Es un elemento imprescindible en el proyecto que se plantea.
- Libera al paciente de la carga de dedicación a su enfermedad.
- Los sistemas de MCG permiten identificar de manera temprana desviaciones de objetivos y tendencias con mayor nivel de riesgo de descompensación sin necesidad de acudir al centro sanitario.

- La integración del sensor con la bomba y la plataforma inteligente permite una gestión más eficiente, libera tiempo de profesional, evita desplazamientos, facilita la priorización.

Bombas portátiles de infusión de insulina

- Es un elemento imprescindible en el proyecto que se plantea.

Sistemas de Dosificación Automática de la Insulina (DAI)

- La integración del sensor y la bomba aporta el valor añadido como p.e. la suspensión de la infusión en caso de riesgo por hipoglucemia o el ajuste automático de la infusión de insulina según los niveles de glucosa del paciente. Así el futuro se dirige hacia sistemas closed-loop de infusión de insulina con mínima o ninguna intervención del paciente.

Dispositivo de traqueo del uso de la pluma de insulina

- Recoge y envía de manera remota datos del tipo y pauta de administración de insulina

Dispositivo para la medida de hidroxibutirato en sangre capilar

- Es un elemento imprescindible para el paciente portador de bomba de infusión de insulina con riesgo de sufrir cetoacidosis diabética, y en el resto de pacientes, como mínimo, tener tiras en orina.

Alineamiento estratégico hacia Value Basic Care

Abordaje conjunto, proveedor/es y hospitales, en el diagnóstico, elección del tratamiento y seguimiento.

Basado en la definición de indicadores de calidad, seguridad y experiencia del paciente que tengan relación con las actuaciones implementadas y que reflejen el valor para el paciente en las siguientes categorías de medida

Indicadores individuales

(Indicadores de proceso)

- Coste y consumos por paciente: por visita telemática, por visita presencial, por año.
- Contactos asistenciales presenciales y telemáticos
- Contactos presenciales innecesarios
- Contactos telefónicos per emergencias
- Visita en el servicio de urgencias
- Tiempo de atención telemático
- Incidencias
- Número de controles *
- Adherencia al plan de autocuidado
 - % de información del sensor capturada
 - Número de escaneos al día
- Grado de cumplimentación de formularios
- Medio de locomoción para las visitas presenciales
- Distancia al centro de trabajo para las visitas presenciales
- Distancia al domicilio para las visitas presenciales

- Tiempo de espera para las visitas presenciales
- Tiempo de atención presencial (desagregado para los distintos profesionales)
- Grado de satisfacción con la visita (escala Likert)
- Actividades de formación realizada a pacientes y/o profesionales
- En pacientes con bomba de insulina
 - Número de bolos diario
 - Dosis máxima/mínima administrada
 - Frecuencia de los bolos
 - Cantidad de insulina diaria
 - Ratio bolo/basal diario

* de aplicación en pacientes con medidores de glucemia

(Indicadores de resultados)

- Peso
- Glucemia promedio (basal/pre/post) y desviación estándar *
- % HBA1c*
- % eHBA1c estimada por el sistema
- % Glicemias en rango *
- Tiempo en rango (70-180 mg/dl)
- % lecturas por debajo del objetivo
- % lecturas por encima del objetivo
- Tiempo medio por evento en hipoglucemia
- Hipoglucemia grave
- Cetoacidosis diabética
- Parámetros nocturnos
 - Variabilidad MCG
 - Mediana MCG
 - Valor más alto/bajo
 - Número de hipoglucemias
 - Glucemia antes de acostarse
- Otras complicaciones agudas
- Aparición y evolución de complicaciones crónicas
- Análisis de la variabilidad de la MCG

(valor percibido por el usuario; PREMs)

- Cuestionarios de satisfacción (p.e. DTSQ y DTSQc validados en catalán y español)
- Cuestionarios de calidad de vida (p.e. EuroQol 5D)

* de aplicación en pacientes con medidores de glucemia)

Indicadores poblacionales

(Proceso)

- % pacientes con terapia de infusión
- % visitas presenciales/total visitas
- Número de tiras consumidas para cada tipo de terapia (se puede relacionar con el % uso del sensor)

(Eficacia)

- % pacientes con HBA1c < 7,5%
- % pacientes con HBA1c < 7%
- % pacientes con HBA1c > 9%
- % pacientes con HBA1c > 10%
- % pacientes que consiguen el objetivo internacional de tiempo en rango >70%

- % pacientes que consiguen el objetivo internacional de tiempo en rango >70%, y a la vez consiguen el objetivo de tiempo en hipoglucemia nivel 1 <4% y el objetivo de tiempo en hipoglucemia nivel 2 <1%.
 - Porcentaje de pacientes que incrementan su TIR >5% y > 10%
 - THypo nivel 1 medio: <70mg/dl
 - THypo nivel 2 medio: <54mg/dl
 - THiper nivel 1 medio: >180 mg/dl
 - THiper nivel 1 medio: >250 mg/dl
- (Eficiencia)
- HBA1c media
 - Coste por paciente (puede relacionarse con resultados)
- (Seguridad)
- Tasa hipoglucemia grave
 - Tasa cetoacidosis diabética
 - Hospitalización
 - Visitas a urgencias

Indicadores potencialmente vinculables a la co-responsabilidad

El modelo de co-responsabilización en los resultados debe ser incentivador. Algunos de los resultados a los que se puede vincular el modelo de co-responsabilidad son:

- % pacientes con terapia de infusión
- % pacientes con HBA1c < 7,5%
- % pacientes con HBA1c < 7%
- % pacientes con HBA1c > 10%
- Tasa hipoglucemia grave
- Tasa cetoacidosis diabética
- Disminución lista espera 1ª visita
- Disminución lista espera visitas sucesivas
- Número de hospitalizaciones por paciente/año
- Número de visitas a urgencias por paciente/año

2.2. APORTACIONES REFERENTES AL PROCESO DE LICITACIÓN

Mayoritariamente se acepta, por la naturaleza innovadora del proyecto, promover una licitación de un modelo de aprovisionamiento vinculado a requisitos funcionales y no simplemente al suministro de tecnología. La contratación final derivada de la licitación debe ser una Prestación de Servicios que incluya la provisión de servicios (asistenciales, logísticos y de formación) y la incorporación abierta (variable según resultados) de tecnología.

Licitación integral del proyecto vs licitación por lotes

- En el supuesto de licitación integral
 - Esta estrategia puede requerir de la participación activa de varias empresas. Así, de optarse por un adjudicatario único, éste podría adoptar el rol de contratista principal que a su vez:
 - Pueda subcontratar determinadas prestaciones con terceros
 - Asuma el riesgo asociado a los resultados

- Lidere la integració de los elementos necesarios para asegurar el resultado
- En el supuesto de licitación desagregada por lotes
 - La contratación de la plataforma o software debería desvincularse de la contratación del suministro de productos. Si la plataforma es multiproducto esta premisa no debería ser un inconveniente. Ningún proveedor de sistemas de infusión está preparado para dar respuesta a todas las diferentes necesidades de los pacientes.
 - Propuestas de separación de la licitación por lotes. Se han recibido 3 propuestas concretas (2 de ellas confidenciales), de las que en este informe se expone solamente una, respetando el criterio de confidencialidad solicitado por las entidades participantes de la CPM.
- Propuesta 1
 - Lote 1: Mejora de procesos
 - Lote 2: Dispositivos de tecnología superior para el tratamiento de la DM1 y tecnología de conectividad entre paciente/familia y profesional
 - Lote 3: Sistema inteligente de soporte a la gestión asistencial y a la toma de decisiones
 - Lote 4: Consultoría telemática: proveedor experto en inteligencia artificial
 - Lote 5: Project Manager Office (PMO). Proveedor que lidere la reingeniería del proceso asistencial y que interaccione y gestione la contratación con los diferentes proveedores.

Respecto del sistema de contraprestación de la actividad

- Puede basarse en un pago mensual por paciente, con tarifa unitaria distinta para cada perfil de paciente.

Adaptación a propuestas emergentes del mercado

- Incluir opciones de adaptación continua a nuevos requisitos técnicos o cambios tecnológicos. En este sentido no es descartable que la tecnología siga cambiando en los años venideros y el actual proceso de licitación de CPI debe permitir integrarlos.

Co-responsabilidad (económica) en la generación de resultados

- La opinión mayoritaria expresada en las respuestas, a la luz de la naturaleza del proyecto, se alinea con la propuesta de contraprestación vinculada a resultados.

Sistema de penalización por incumplimiento de contrato

- Si existe, debe estar desvinculado del sistema de co-responsabilidad

Sistema de valoración de las ofertas

- Dar un elevado valor en la puntuación a la herramienta digital de gestión integrada

2.3. RIESGOS POTENCIALES DEL PROYECTO

Organización del proyecto

- Baja aceptación e involucración de los profesionales en un nuevo modelo asistencial
- Dimensionamiento no adecuado del alcance del proyecto
- Recursos humanos insuficientes
- Mala definición de los indicadores que modulan el pago por resultados
- Mala comunicación entre los agentes implicados
- Incumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos
- Multiplicidad de proveedores

Modelo asistencial

- Insuficiente atención a la reingeniería de procesos
- Bajo nivel de ajuste del proceso asistencial a las guías clínicas
- Uso inadecuado de la tecnología disponible

Profesionales

- Resistencia al cambio

Paciente

- Baja adherencia del paciente al programa y a la tecnología

Tecnológicos

- Imposibilidad de descarga de datos por parte de algunos los dispositivos obsoletos
- Complejidad y demoras en las integraciones de los sistemas de información
- Requerimientos tecnológicos cambiantes y que el proceso de licitación no recoja adecuadamente su inclusión al proyecto

Logísticos

- Rotura de stock de materiales fabricados por terceros
- Incidencias en la logística de transporte de material al domicilio del paciente

De la estrategia de licitación

- Restricciones de los modelos asociativos entre empresas del mercado
- Deficiente definición en los pliegos de licitación de los elementos a desarrollar por parte de las empresas ofertantes que dificulte el cálculo económico de la oferta y el planteamiento de riesgos compartidos.
- Sistema de co-responsabilización que no reconozca el esfuerzo real del proveedor

Económicos

- Insuficiencia de los recursos económicos

2.4. ELEMENTOS FACILITADORES DE LA GESTIÓN DEL CAMBIO

- Es primordial la definición adecuada de la arquitectura del cambio y de su secuencia.
- Establecer un Liderazgo claro del proyecto
- Generar espacios de co-creación entre proveedores-profesionales-pacientes.
- Gestión de la información adecuada, que permita el seguimiento clínico y la generación de nuevo conocimiento.
- Plan de Formación a profesionales, pacientes y familias como elemento de gestión del cambio de modelo asistencial, empoderamiento y herramienta para disminuir la variabilidad en el proceso de atención. La formación puede ser *on line* (newsletter o seminarios *on line*) o presencial. La formación *on line* elimina la dependencia de un profesional sanitario. Puede ser usada como complemento, de preparación o de refuerzo, a la formación presencial y puede asociarse a un servicio de soporte. La formación presencial adecuada es de tipo grupal.

El formato de formación al profesional debe ser teórico y práctico, orientado a la capacitación sobre nuevas tecnologías, protocolización y optimización de la gestión clínica. La formación al profesional se relaciona con su grado de implicación. El desarrollo de guías clínicas alineadas a la evidencia disponible permite la estandarización del proceso asistencial, la mejor efectividad y seguridad. La necesidad de formación incluye el necesario establecimiento de un modelo de colaboración entre el promotor y el adjudicatario basado en el código ético de la industria para facilitar esta formación y la asistencia a jornadas científicas y congresos en el ámbito de la diabetes pediátrica.

La educación del paciente (capacitación, empoderamiento) en la DM es uno de los pilares para un buen control. El contenido de la formación dirigida al paciente debe cubrir necesidades clínicas individuales y psicológicas, adaptarse al nivel y contexto cultural del paciente y familia y debe incluir el conocimiento de la DM1, manejo clínico (¿cómo analizar e interpretar sus propios datos?) y el manejo de la tecnología. El contenido debe ser elaborado con la participación de los profesionales sanitarios.

En cualquier caso, deben establecerse mecanismos de evaluación de las acciones formativas.

- Plan de comunicación. El objetivo es difundir las actividades y resultados (hacer partícipe de los logros). Debe dar respuesta al ¿POR QUÉ? (objetivos), ¿A QUIÉN? (públicos internos y externos), ¿QUÉ? (mensajes clave), ¿CÓMO? (a través de que canales y materiales) y ¿CUÁNDO? (planificación y calendarización de acciones). Comunicación interna bidireccional (institución-profesional-institución) como herramienta de gestión del cambio y comunicación, apoyada sobre los profesionales "Project Champions". Comunicación externa basada en: una identidad propia, explicación del cambio de "compra de producto" a compra de servicios", difusión científica y divulgativa de los resultados, difusión social. Difusión al paciente de los beneficios del nuevo modelo. La comunicación externa debe dirigirse a pacientes, familiares, asociaciones de pacientes al Consejo Asesor de DM de la Comunidad autónoma.

3. RESUMEN DE LAS APORTACIONES DE LAS EMPRESAS EN LA FASE DE ENTREVISTAS DE LA CONSULTA PRELIMINAR DE MERCADO

Las empresas participantes en las entrevistas aportaron presentaciones de su proyecto y mayoritariamente se ratificaron en las respuestas facilitadas en el cuestionario previo enviado por el organismo.

En referencia a las preguntas adicionales realizadas por los promotores:

- (i) *Participación de las familias y/o cuidadores en el proyecto de la creación de la Unidad de Excelencia de DM1 y de una manera específica al rol que podrían desempeñar en el rediseño del proceso asistencial.*

Todos los participantes indicaron la importancia del papel de las familias y/o los cuidadores, así como la posibilidad de que interactúen en las plataformas. El rol que pudieran desempeñar en el rediseño del proceso asistencial/grado de implicación variaba en función de las soluciones aportadas por uno u otro participante.

- (ii) *Posicionamiento de la empresa respecto de la hipotética posibilidad de que finalmente el procedimiento de licitación contemplara la definición de un lote único.*

Mayoritariamente las entidades que no disponen de la capacidad de dar respuesta íntegra a la licitación, manifestaron tener en marcha estrategias de colaboración con otros proveedores y por tanto su predisposición a participar en el proceso. No todos los participantes en las entrevistas garantizaron que pudieran participar en la licitación de un único lote.

Asimismo, en el marco de las entrevistas, se recogieron 6 preguntas por parte de las entidades del mercado, relativas a algunas dudas específicas sobre el proyecto y el anuncio de la CPM, que fueron atendidas por el órgano de contratación publicando la respuesta directamente a través de la plataforma de contratación pública de la Generalitat de Catalunya, respetando el anonimato de la entidad preguntante. El anexo 5 muestra las preguntas y las respuestas publicadas.

4. CONCLUSIONES

La Consulta Preliminar de Mercado (CPM) para la Creación de la Unidad de excelencia en DM1 inició el 8 de julio de 2019 y finalizó con las entrevistas a las empresas participantes el 13 de septiembre.

La CPM ha tenido una gran repercusión, toda vez que han participado en ella 10 empresas, entre las que se encuentran todas las referentes de este ámbito asistencial en nuestro país. Las entidades han respondido a todas las cuestiones planteadas en el cuestionario y todas ellas han participado también en la fase de entrevistas. Cabe decir que en las entrevistas las entidades mayoritariamente se ratificaron en los posicionamientos reflejados en la respuesta al cuestionario, y agradecieron la oportunidad de poder presentar la entidad y los argumentos expresados con una mayor proximidad.

El posicionamiento general de las entidades con respecto al proyecto es positivo, con un consenso amplio en la necesidad de hacer un abordaje innovador y multidisciplinar que incorpore la tecnología disponible y las TICs para establecer una reingeniería del proceso asistencial para acordar mutuamente, promotores y adjudicatario, un nuevo modelo

asistencial que mejore los resultados de salud individuales y poblacionales, la eficiencia, la seguridad y la experiencia del paciente y cuidadores.

Respecto de la **reingeniería de procesos** todas las aportaciones se reafirman en la necesidad de priorizar la atención remota siempre que sea posible, el uso de una plataforma tecnológica con sistema inteligente de soporte al proceso asistencial, el procesado automático de la información, la importancia de la formación y educación sanitaria y el uso adecuado (eficaz y sostenible) de la tecnología disponible y, en cualquier caso, siguiendo la mejor evidencia disponible.

Respecto de la **consultoría telemática** se destaca su relevancia dentro del nuevo modelo de atención, el especial protagonismo en el seguimiento de casos con mejor control metabólico y, por la naturaleza del servicio, la potencial posible ubicación en cualquier localización.

Respecto a la tecnología aplicada al proceso asistencial destaca el consenso sobre las condiciones técnicas de la **plataforma inteligente** por lo que respecta a la interoperabilidad, multi-soporte, necesidad de funcionamiento a tiempo real, integración de datos a los sistemas propios de los centros promotores y cumplimiento con los requerimientos de seguridad de acceso. Entre las funcionalidades de esta plataforma se incluyen la descarga de datos y el soporte al proceso asistencial por lo que respecta a la segmentación de la población atendida según el patrón el paciente, el seguimiento del protocolo asistencial dentro de cada segmento, la gestión predictiva de riesgos de descompensación, la gestión reactiva de las incidencias, el apoyo a las decisiones clínicas y la interacción continua con el paciente y cuidadores. Otras funcionalidades relevantes que se proponen hacen referencia al soporte de gestión del programa como la gestión de consumos y la presentación de la información individual y poblacional y, finalmente, como herramienta de comunicación entre los profesionales de la unidad y el paciente y cuidadores.

La plataforma inteligente debe poder interactuar con el paciente y familia y para ello existe un amplio consenso en que pueda efectuarse esta comunicación a través de una **app** específica. El informe describe las características básicas de esta app.

La CPM no aporta datos relevantes, respecto al contenido del anuncio, sobre el uso eficaz y eficiente de los dispositivos, sensores de monitorización y bombas de infusión, más allá de establecer un consenso de selección e indicación por parte de los profesionales y, en algunas respuestas, reconocer el sistema de integración bomba-sensor como un sistema de valor añadido en la población infantil. Finalmente destacar la aportación de una entidad específica sobre la posibilidad de incorporar sistemas de traqueo de infusión de insulina, que pueden ser de utilidad para el paciente utilizador de sistemas manuales de administración de insulina. Finalmente, una propuesta destacada fue la necesidad de que la licitación contemple la actualización de la tecnología delante de la aparición de nuevos dispositivos y cambios en la evidencia científica.

Respecto del seguimiento de resultados, se aporta un abanico amplio de indicadores individuales y poblacionales. Entre ellos se proponen algunos como potencialmente vinculables a la co-responsabilidad.

La estrategia del proceso de licitación ha motivado la aportación de múltiples y variadas propuestas. Entre ellas la valoración entre la opción de licitación integral del proyecto respecto de la oportunidad de licitación por lotes. La estrategia de licitación se considera un punto clave y por ese motivo se anunció una pregunta específica en la fase de entrevistas,

respecto del posicionamiento de la entidad con respecto a la posibilidad de licitación a lote único. La aportación mayoritaria al respecto fue destacar la complejidad en cualquiera de las opciones, así como confirmar la oportunidad de presentarse a la licitación en solitario o en colaboración entre proveedores. Una de las aportaciones diferenciadas fue apuntar la posibilidad de establecer un lote específico para la gestión operativa del proyecto.

Se prevé por parte de las entidades participantes de la CAM, que este proyecto pueda asociarse a **riesgos** en su implementación. Estos riesgos pueden tener relación con la organización del proyecto, sobre la definición del nuevo modelo asistencial, provenir del paciente o los profesionales, hacer referencia en aspectos tecnológicos, logísticos o de la propia estrategia de licitación y, finalmente, que puedan venir derivados de una insuficiencia financiera. Las distintas respuestas recibidas detallan estos riesgos y proponen elementos diversos **facilitadores de la gestión del cambio** entre los que destacan los aspectos relacionados con el liderazgo, la formación y la comunicación.

Los promotores del proyecto valoramos muy positivamente el procedimiento de la CPM que ha permitido contrastar el proyecto y tomar algunas nuevas opciones para la redacción definitiva de los pliegos de la licitación.

ANNEXO 1:

**ANUNCIO DE LA CONSULTA PRELIMINAR Y ABIERTA
AL MERCADO**

ANUNCIO DE LA CONSULTA PRELIMINAR Y ABIERTA AL MERCADO

Para la puesta en marcha de la **UNIDAD DE EXCELENCIA EN DIABETES TIPO 1** un proyecto de Compra Pública Innovadora basado en resultados de salud

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

- a. Organismo: Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) y el Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT)
- b. Domicili:
 - HSJD: Passeig Sant Joan de Déu 2, 08950 Esplugues de Llobregat
 - CSPT: Parc Taulí 1, 08208 Sabadell
- e. Telèfon: 936009751
- f. Fax: 936009771
- g. Adreça electrònica: cpi_dm1@sjdhospitalbarcelona.org
- h. Adreça del perfil de contractant residenciat a la Plataforma de serveis de contractació pública de la Generalitat de Catalunya:
https://contractaciopublica.gencat.cat/ecofin_pscp/AppJava/cap.pscp?department=17000&reqCode=viewDetail&keyword=&idCap=206894&ambit=1&
- i. Persona de contacte: Marta Ramon Krauel, Jefe de Servicio de Endocrinología Pediátrica HSJD

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

- a. Objeto: Puesta en marcha de **un nuevo modelo asistencial**, que integre los recursos de los centros asistenciales y del adjudicatario, dirigido a la población pediátrica afecta de diabetes tipo 1 atendida por el HSJD y por el HS, con la finalidad de mejorar la actual calidad asistencial medida en términos de eficacia, eficiencia y seguridad.
- b. Valor estimado del contrato: 4.599.544 €, que corresponde al 70% del Coste Total Subvencionable del presupuesto concedido de la intervención coordinada 001-P-001226, Unidad de Excelencia en Diabetes.
- c. Ámbito geográfico: Catalunya.
- d. Fecha prevista de inicio de los procedimientos de licitación: 1 de octubre de 2019.

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** (ver apartado 15 del presente documento), 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** (CPM) previa al proceso de licitación.

El Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat (en adelante HSJD) y el Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (en adelante CSPT) entidad gestora del Hospital de Sabadell (en adelante HS) prevén la realización de una licitación que tiene por **objetivo primordial la mejora de la calidad asistencial de la población pediátrica afecta de diabetes tipo 1** a través de un nuevo modelo de atención integral que incluya la implementación de nuevas tecnologías digitales, sistemas inteligentes de ayuda a la toma de decisiones y nuevos procesos de trabajo que personalicen la atención a las necesidades específicas de los distintos subgrupos de la población diana.

Los objetivos de esta CPM 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 de la Unidad de Excelencia en Diabetes tipo 1

Objetivo general

Puesta en marcha de **un nuevo modelo asistencial**, que integre los recursos de los centros asistenciales y del adjudicatario, dirigido a la población pediátrica afectada de diabetes tipo 1 atendida por el HSJD y por el HS, con la finalidad de mejorar la actual calidad asistencial medida en términos de eficacia, eficiencia y seguridad.

Objetivos específicos

- Mejorar el nivel de control metabólico de la Diabetes tipo 1.
- Mantener o mejorar la actual seguridad clínica del paciente.
- Puesta en marcha de un nuevo modelo asistencial innovador, basado en una atención de medicina personalizada, hacia un modelo que refuerce el proceso asistencial, promoviendo los procesos logísticos y de financiación. Esta colaboración se dirige a asegurar el uso adecuado de la actual tecnología disponible para el paciente afectado de Diabetes tipo 1.
- Mejorar la integración de los datos de los dispositivos usados por los pacientes (básicamente bombas de infusión de insulina y sensores de medición continua de glucosa) con los sistemas de información del HSJD y HS.
- Cambiar los procesos y modelo de relación con nuestros pacientes, aprovechando las nuevas tecnologías de la comunicación, en la búsqueda de la mejor innovación organizativa que mejore el empoderamiento, seguimiento y nivel de adherencia del paciente al tratamiento.
- Crear un modelo de referencia internacional que pueda constituirse como el epicentro de una futura red de colaboración entre instituciones y centros.

5. Contexto

5.1. La Diabetes tipo 1 (breve descripción)

La Diabetes tipo 1 (DM1) es una **enfermedad crónica y de alta prevalencia**, con una elevada carga social-familiar-personal y que implica un gasto importante de recursos en el sistema de salud.

Se caracteriza por el **aumento de los niveles de glucosa en sangre** (hiperglucemia), como consecuencia de la ausencia de síntesis de una hormona llamada insulina por parte de las células beta del páncreas.

El **origen** de la DM1 no es del todo conocido. Se trata de una enfermedad autoinmune, en la cual existe una predisposición genética sobre la cual actúan factores ambientales no identificados que generan, en términos finales, la destrucción de las células beta del páncreas. Por eso, su tratamiento consiste en la administración sustitutiva de insulina por vía subcutánea. La diabetes mellitus tipo 1 es la que afecta en la mayor parte de los casos a niños y adolescentes, aunque la edad de aparición puede prolongarse hasta alrededor de los treinta años de edad.

Gracias a la insulina el cuerpo utiliza la energía de la alimentación. En las personas con diabetes, la glucosa procedente de los alimentos no puede ser aprovechada de manera adecuada por las células de los tejidos debido a la ausencia de insulina, lo cual comporta

serios problemas metabólicos, que sin tratamiento sustitutivo pueden llevar a la muerte. Aún en presencia de tratamiento, con el tiempo, la glucosa elevada en la sangre puede dañar los vasos sanguíneos de pequeño calibre (condicionando graves problemas en retina, riñones y nervios periféricos) así como desarrollo de enfermedad macrovascular, directamente implicada en la mortalidad de las personas que la padecen.

El **impacto clínico** de la DM1 es muy elevado, así:

- Se estima que cerca del 8% de la población mundial tiene diabetes y hay más de 25 millones con diabetes tipo 1. En España se estima que existen unos 7.000 niños con diabetes tipo 1 menores de 14 años.
- Se estima que el gasto mundial sanitario destinado a esta enfermedad es de 673.000 millones de dólares (12% del gasto sanitario mundial, GSM).
- Exige dependencia total al tratamiento diario con insulina, y un control clínico y analítico continuo.
- Es una enfermedad asociada con complicaciones graves que suponen un riesgo importante.

La **carga social, familiar y personal** (“*disease burden*”) asociada a la diabetes es importante. Un estudio con encuestas¹ a personas de 7 países europeos constató que:

- 80% de los padres de niños con diabetes españoles siente que la vida de sus hijos está limitada.
- 20% de los niños ha tenido que abandonar la escuela a causa de su condición.
- 59% ha tenido que dejar de practicar deporte.
- 10% se siente diferente y alejado al resto de sus amigos.
- 70% de los padres aseguran que se sienten agotados debido a la presión que supone el cuidado de la diabetes de su hijo.
- 34% no va a trabajar regularmente para cuidar a su hijo.
- En el 50% de los padres la mayor preocupación son complicaciones a largo plazo que conlleva la diabetes.

El **modelo actual de atención** de un paciente afecto de DM1 está basado en:

- Realización del mismo procedimiento a todos los pacientes, independientemente de su nivel de control.
- Relación con los profesionales sanitarios basada mayoritariamente en la atención presencial.
- Sistemas de *Patient Remote Monitoring* mediante glucómetros, infusores y sistemas de monitorización continua de glucosa.

El **mercado de tecnologías** en el campo de la diabetes está en proceso de transformación constante. Actualmente, existen dos grandes grupos de tecnologías disponibles para el control y seguimiento de los pacientes con diabetes:

- Terapia con ISCI. La terapia con infusión continua subcutánea de insulina (ISCI) también denominada *bomba de insulina* es una modalidad de tratamiento efectiva, segura y adecuada para la edad pediátrica. Los beneficios asociados a la terapia ISCI en niños y adolescentes son múltiples e incluyen optimización del control glucémico, reducción de hipoglucemias, tanto las graves como las no graves recurrentes y la mejoría en la calidad de vida. La terapia con bomba de insulina permite

¹ Encuesta Europea de Diabetes, realizada por *Opinion Health* en enero de 2016

además una mayor flexibilidad y precisión en la dosificación de insulina y en los horarios de las comidas en comparación con la terapia con múltiples inyecciones de insulina. Los metaanálisis han demostrado ser una terapia costo efectiva, que se relaciona con una reducción en la hemoglobina glicosilada (el principal parámetro para monitorizar el control de la diabetes tipo 1 cuyo aumento se relaciona con un aumento de complicaciones a largo plazo) y de las hipoglucemias graves en relación con la terapia con múltiples inyecciones de insulina. Un estudio europeo que agrupó a 39 centros de referencia en diabetes pediátrica de 19 países (grupo SWEET) estimó un *grado medio de utilización de terapia con bomba de insulina en edad pediátrica del 44.4%*.

- Monitorización continua de glucosa. El análisis de la bibliografía demuestra que el uso de los Sensores de Monitorización Continua de Glucosa (SMGC-RT) consigue un mejor resultado metabólico a medio y largo plazo y previene la hipoglucemia grave si se promueve un grado de utilización adecuado.

Los principales *outcomes clínicos* asociados a la atención del paciente afecto de DM1 son:

- Hemoglobina glicada: Es el principal parámetro utilizado para monitorizar el cuidado de la diabetes, dado que se trata de un robusto marcador subrogado de complicaciones microvasculares. Su valoración será considerada básica para la evaluación del proyecto. El rango objetivo propuesto por la Sociedad Internacional de Diabetes Pediátrica y del Adolescente (ISPAD) en las Guías Clínicas del año 2014 fue de <7.5% para todas las franjas de edad, pero este valor se revisó a la baja en 2018 y de esta manera el actual objetivo ISPAD para la HbA1c es <7%. Aceptamos como pobre control metabólico un valor de HbA1c >10%.
- Tiempo en rango (TIR): Definido como el tiempo medido por monitorización continua de glucosa en el cual la glucosa del sensor se encuentra entre 70 y 180 mg/dl.
- Hipoglucemia grave: Se define como aquella hipoglucemia que va acompañada de síntomas neurológicos (coma, convulsiones) y/o precisa la administración de glucagón o glucosa intravenosa para su resolución.
- Cetoacidosis diabética: Se trata de una complicación metabólica consistente en hiperglucemia, con cuerpos cetónicos y acidosis metabólica. Para su atención se precisa de un ingreso hospitalario. Este parámetro se relaciona directamente con el riesgo de desarrollo de complicaciones crónicas y es la principal causa de muerte en niños y adolescentes con diabetes.
- PREMs: La implantación de un modelo tecnológico puede condicionar la mejora de parámetros relacionados con la experiencia del paciente y que incluyen mejora de la calidad de vida, de la satisfacción con el tratamiento y de capacidades individuales y familiares que contribuyan a mejorar el cuidado de la diabetes. Este tipo de parámetros no se miden en la práctica clínica habitual. Durante el desarrollo de este proyecto, pretendemos desarrollar cuestionarios validados para poder medir este tipo de variables y en una segunda fase implementarlos y valorarlos antes, durante y después del desarrollo del proyecto.

5.2. El HSJD y su unidad de diabetes

El **HSJD** es un hospital monográfico Materno-Infantil, perteneciente a la Orden Hospitalaria de los hermanos de San Juan de Dios. Es un centro de referencia para la alta especialización pediátrica a nivel de Catalunya, España a nivel Internacional, a la vez que el hospital terciario materno-infantil de un territorio en el que residen unos 3M de

habitantes (aproximadamente 300 mil menores de 18 años), que comprende la denominada Área Integral de Salud (AIS) Barcelona Esquerra², la ciudad de L'Hospitalet de Llobregat y las comarcas del Baix Llobregat, Alt Penedès, Garraf, Alt Urgell, Pallars Jussà, Pallars Sobirà y Alta Ribagorça.

La **Unidad de Diabetes del HSJD (UD-HSJD)** es una unidad de alta especialización en diabetes infantil tipo 1, líder en Catalunya, la mayor de España y una de las principales en Europa, tanto en volumen de pacientes atendidos (top 5) como en *outcomes* clínicos. Actualmente esta unidad atiende a más de 700 pacientes infantiles y juveniles, de los cuales:

- 731 pacientes con diabetes tipo 1
- 60 pacientes con otras formas de diabetes

En los últimos 10 años, la UD-HSJD ha promovido la introducción progresiva de la tecnología emergente, tanto por lo que se refiere a la tecnología asistencial (bombas de infusión y sensores) como al uso de las TIC (tele-monitorización remota de pacientes por vía telemática y no presenciales), así como la implementación de nuevas formas organizativas y, en especial, la asunción de un modelo de trabajo integral basado en un equipo multidisciplinar.

La evolución durante esta década, con esfuerzos dirigidos hacia nuevos modelos de excelencia, ha permitido posicionar la Unidad de Diabetes como uno de los centros líderes a nivel de Europa, así:

- Es el tercer hospital en Europa en volumen de pacientes tratados, dentro de los centros de la red europea SWEET que certifica centros de referencia en diabetes pediátrica.
- En resultados clínicos, se encuentra en las primeras posiciones, dentro de los centros con números elevados de pacientes (>700 paciente/año).

La UD-HSJD es uno de los 25 centros acreditados, del consorcio SWEET³, una red internacional de centros de referencia en diabetes pediátrica. Dicha acreditación supone el máximo grado de reconocimiento de esta entidad por la extensión y calidad de los datos recogidos y sometidos a análisis, auditorías y benchmarking con el resto de los centros que la constituyen.

5.3. El HS y su unidad de diabetes

El **HS** es un hospital comarcal que atiende a diversos municipios de la zona este del Vallés Occidental. Da cobertura a más de 430.000 habitantes de los municipios de Badia del Vallès, Barberà del Vallès, Castellar del Vallès, Cerdanyola del Vallès, Polinyà, Ripollet, Sabadell, Sant Llorenç Savall, Sentmenat, Palau-Solità i Plegamans y Santa Perpètua de Mogoda. Además, es centro de referencia de una población mayor en diferentes aspectos, como Síndrome de Angelman, síndrome de Prader Willy o cirugía oncológica de ovario.

El servicio de Pediatría del HS es uno de los más importantes en Cataluña, que cuenta con atención en todas las subespecialidades pediátricas. Además de su área de

² http://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/Arees_Integrals_de_Salut/ais-barcelona-esquerra/

³ www.sweet-project.org

referencia, da asistencia a pacientes en una mayor área de la Cataluña central en patologías como fibrosis quística, Sd. Prader Willi o cirugía pediátrica.

La **Unidad de Diabetes Pediátrica del HS (UD-HS)** cuenta con más de 25 años de historia en los que ha presentado un crecimiento exponencial tanto en personal asistencial como en pacientes atendidos. Se ofrece asistencia a niños con diabetes del área de referencia, aunque también se puede atender a pacientes con mayor complejidad o que requieran recursos específicos que no puedan ser cubiertos en su hospital de referencia. Se apuesta por el uso de nuevas tecnologías y dispositivos para el tratamiento, así como del uso de sistemas de monitorización remota y se promueve el uso de TIC en pacientes en los que se pueda prever un beneficio.

La UD-HS participa activamente en estudios que puedan suponer un beneficio para sus usuarios y mantiene una estrecha relación con la Unidad de Diabetes del Servicio de Endocrinología del mismo Hospital, nacionalmente reconocida por su implicación en el uso de nuevas tecnologías en el control de la diabetes. También está en contacto con otras unidades diabetes pediátrica en Cataluña como son la del Hospital San Joan de Déu, Hospital Vall d'Hebron i Germans Trias i Pujol, compartiendo intereses mutuos. Los profesionales de la UD-HS participan activamente en el grupo de diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.

6. Escenario real

La tabla siguiente describe la realidad asistencial de los pacientes afectos de DM1 de los centros promotores del proyecto:

Parámetro	Población HSJD	Población HS	Estándar Sweet
Número de pacientes afectos de DM1	731	149	-
% Pacientes con bomba insulina	18% (2018)	10% (2018)	38.3% (2018)
% Pacientes con HBA1c < 7,5%	42% (2018)	35% (2018)	38.5% (2018)
% Pacientes con HBA1c < 7%	18% (2018)	15% (2018)	21.7% /2018)
% Pacientes con HBA1c > 10%	4,3% (2018)	4,3% (2018)	12.1% (2018)
Tasa hipoglucemia grave *	2.5 (2018)	1.3 (2018)	1.8 (2018)
Tasa cetoacidosis diabética *	1.8 (2018)	0.6 (2018)	2.0 (2018)

* medido en episodios-100 paciente/año

El **modelo asistencial actual** de ambos centros, HSJD y HS, asienta sobre la realización efectiva de la actividad protocolizada al paciente afecto de DM1, habitualmente una media de 4-5 contactos presenciales al año, consistentes en consultas, sesiones de hospital de día, hospitalizaciones, visitas a urgencias según necesidad, etc.

7. Proyecto para la puesta en marcha de la Unidad de excelencia en Diabetes tipo 1

Se quiere poner en valor que este proyecto **tiene el propósito de incorporar elementos singulares innovadores** que en la actualidad o bien no se encuentran consolidados en el mercado o bien se hallan en una fase piloto o de crecimiento, a partir del establecimiento de **sinergias con la industria** para la puesta en marcha, conjuntamente, de soluciones disruptivas que puedan contribuir a la mejora asistencial del paciente con DM1 y a la sostenibilidad del Sistema de Salud.

7.1. Descripción general

A partir del análisis efectuado, se plantea el proyecto “Unidad de Excelencia en Diabetes tipo 1”, consistente la colaboración de los recursos asistenciales del HSJD y del HS y uno o varios proveedores tecnológicos para transformar la actual prestación asistencial de los servicios de diabetes infantil, logrando una medicina personalizada que ofrezca a cada paciente lo que necesita en función de sus características no sólo biológicas (datos clínicos) sino también biográficas (contexto social y nivel de adherencia clínica).

El nuevo modelo asistencial debe **basarse en el valor** (*Value-Based Healthcare*), maximizando el rendimiento de la atención presencial que, como normal general, debería concentrarse en las subpoblaciones de peor control metabólico y limitarse a los contactos indispensables según la mejor evidencia científica en los demás casos y, a la vez, promocionando la introducción y uso eficiente de la actual tecnología innovadora disponible para esta enfermedad: dispositivos asistenciales (sensores de medición, bombas de infusión continua), tele-monitorización de resultados y sistemas inteligentes de soporte a la gestión asistencial y a la decisión clínica para profesionales y pacientes. Este sistema debe garantizar en todos los casos el mantenimiento de la mejor continuidad asistencial.

La puesta en marcha de esta unidad de excelencia en diabetes tipo 1 se instrumentaliza mediante un procedimiento de **Compra Pública Innovadora** para el establecimiento de un proceso de colaboración entre los centros asistenciales y el operador económico, basado no en la compra de tecnología sino en la compra de servicio para la obtención de los mejores resultados de salud para un coste dado.

7.2. Puntos críticos de mejora

A partir del análisis de la situación real 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:

- Visitas presenciales de pacientes a los centros hospitalarios de bajo valor, especialmente para la población bajo control óptimo, fácilmente sustituibles por sistemas de soporte inteligente a la decisión clínica.
- Excesivo tiempo de dedicación profesional al mero análisis de los datos individuales de cada uno de los pacientes de la población diana.
- Prestación asistencial reactiva, más que proactiva, en función de los resultados de control metabólico.
- Bajo porcentaje de pacientes con sistema de infusión de insulina con respecto a los estándares internacionales.
- Sistema de prevención de las complicaciones asociadas de la DM1 (hipoglucemias graves y cetoacidosis diabética) paciente-dependiente y que a menudo se escapa al seguimiento por parte de la familia y del propio sistema asistencial.
- Baja incidencia del modelo asistencial actual sobre la subpoblación con pobre control metabólico.
- Baja implicación de los proveedores tecnológicos en el proceso asistencial.
- Bajo nivel de comunicación no presencial entre profesionales y pacientes, en comparación con la tecnología disponible, que se traduce en la pérdida de rendimiento en el objetivo de empoderamiento del paciente con respecto a su problema de salud.
- Desvinculación del paciente afecto de DM1 de la Atención Primaria de Salud.

7.3. Elementos del proyecto

La mejora de la calidad asistencial en términos de eficacia, eficiencia, seguridad y experiencia de paciente requiere de un nuevo modelo asistencial que aporte a la actual prestación asistencial de alta especialización algunos **elementos innovadores**, entre los que se prevé contar con (listado no exhaustivo ni limitativo):

Mejora de procesos

Abordaje de la reingeniería de los procesos operativos y en especial proceder a:

- La estratificación de la población diana en sub-segmentos en base a criterios objetivos.
- La definición de una prestación asistencial diferenciada para cada segmento definido de la población diana, promocionando una mayor dedicación de recursos y mayor atención presencial para los segmentos de población con peor control metabólico.

Dispositivos de tecnología superior para el tratamiento de la DM1

Todos los pacientes que componen la población diana dispondrán, a cargo de los hospitales promotores, de un sistema de monitorización continua de glucosa, adecuado a su perfil clínico. El proveedor tecnológico, por su parte, deberá aportar, en todos los casos en que se considere necesario de acuerdo con el criterio clínico consensuado, un sistema de infusión de insulina.

Tecnología de conectividad entre paciente/familia y profesional

Plataforma tecnológica de interoperabilidad, a aportar por el proveedor tecnológico, que permita de manera simple y segura el volcado de datos de los dispositivos de los pacientes, el envío de los mismos para su análisis en tiempo real y la transmisión de un sistema de mensajería entre paciente/familia y la Unidad de excelencia en DM1. Esta plataforma debe orientarse, en su funcionamiento y formato, al empoderamiento del paciente y su familia.

Este sistema debe estar adaptado para:

- La integración de la información básica (en formato de datos estructurados) en la aplicación asistencial de Historia Clínica Electrónica de los centros licitadores, HSJD y HS.
- La publicación de datos estructurados vía plataforma de integración IS3, así como la transmisión de la información no estructurada vía xml en la Historia Clínica Compartida de Catalunya.

Sistema inteligente de soporte a la gestión asistencial y a la toma de decisiones

Plataforma tecnológica a aportar por parte del proveedor tecnológico, para el análisis individual de datos procedentes de los dispositivos de los pacientes, que

- Proponga la reasignación de cada caso al segmento de población diana correspondiente.
- Seleccione de manera automatizada las alertas, consejos de salud y/o mensajes de refuerzo, dirigidas al paciente o a la Unidad, conforme al análisis individual de los datos.
- Identifique de manera predictiva las situaciones de descompensación grave y emita la alerta correspondiente.
- Gestione de manera automatizada el proceso asistencial (programación de visitas presenciales y no presenciales)
- Genere informes clínicos individuales con un lenguaje adaptado para su comprensión por parte del paciente y familia.

Consultoría telemática

Asociado al sistema inteligente de soporte a la gestión asistencial y que debería hacerse cargo de la mayor parte de la prestación asistencial de los segmentos de población con mejor control y, en menor medida, de la población con peores resultados de Salud. Esta consultoría estará gestionada por los profesionales de la Unidad (de los hospitales o del proveedor tecnológico según procedimiento consensuado).

8. Criterio de éxito

Se entenderá que el sistema es adecuado si consigue maximizar el volumen de pacientes en situación de control óptimo, maximizar la atención remota, minimizar las visitas presenciales rutinarias que no aportan valor y usar la necesaria y suficiente tecnología asistencial de acuerdo con la evidencia.

9. Sistemas de información y comunicación

La finalidad de los sistemas de información es aportar de manera automatizada la información relevante para la evaluación de la gestión clínica y la toma de decisiones para su mejora, liberando tiempo de los profesionales asistenciales para ser dedicado a la propia prestación.

En este sentido, las actividades que requieren de dicho soporte son:

- Seguimiento de la **actividad** y **consumo de recursos** de la unidad en su conjunto, por centros, por segmento de población definido y por individuo.
- Definición y monitorización a tiempo real de una **batería de indicadores** de calidad, seguridad y experiencia de paciente, agregados a nivel de Unidad, por centros, por segmento poblacional y por individuo. A título de ejemplo, no exhaustivo ni limitativo, pueden citarse los siguientes indicadores
 - Porcentaje de pacientes con HbA1c <7,5%
 - Porcentaje de pacientes con HbA1c <7%
 - Porcentaje de pacientes que incrementan su TIR una media del 10%
 - Porcentaje de pacientes con HbA1c >10%
 - Tasa de hipoglucemia grave (medida por episodios por cada 100 pacientes/año)
 - Tasa de cetoacidosis (medida por episodios por cada 100 pacientes/año)
 - PREMs
 - Porcentaje de los padres de niños con diabetes que sienten que la vida de sus hijos está limitada
 - Porcentaje de pacientes que han tenido que abandonar la escuela a causa de su condición
 - Porcentaje de pacientes que han tenido que dejar de practicar deporte
 - Porcentaje de pacientes que se sienten diferentes y alejados del resto de sus amigos
 - Porcentaje de los padres que aseguran que se sienten agotados debido a la presión que supone el cuidado de la diabetes de su hijo
 - Porcentaje de padres que no van a trabajar regularmente para cuidar de su hijo/a
 - Porcentaje de padres en que la mayor preocupación sean las complicaciones a largo plazo que conlleva la diabetes

- Seguimiento agregado e individual de los **pacientes que cambian de segmento poblacional**.
- Disposición del **modelo de datos y acceso a los mismos** en cualquier momento por los hospitales, HSJD y HS.
- Elaboración de un **cuadro de mandos** agregado de la Unidad y de cada uno de los centros, de cadencia mínima mensual.

10. Educación sanitaria y empoderamiento del paciente

Para un adecuado mantenimiento del estado de salud del paciente es muy importante que éste y su familia reciban la información adecuada en un lenguaje comprensible, de manera accesible. En este sentido, debe existir una **solución digital integrada que permita crear y actualizar información clínica** destinada a educación sanitaria para los pacientes tratados, cuidadores y familiares, que también pueda ser utilizada como referencia por los profesionales clínicos en la comunicación con los pacientes.

El contenido sería producido y gestionado por los propios profesionales sanitarios e incluiría información general sobre los procedimientos que se realizan y recomendaciones y consejos en hábitos de salud.

Se podría incluir un registro de la prescripción no farmacológica y las incidencias, ya sean valoradas por el profesional como para los pacientes (por ejemplo, hipoglucemias).

11. 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, se debe solicitar apoyo en estas tareas a través de un plan de comunicación que deberá ejecutar y entregar el/los proveedor/es del contrato.

Este plan debe contener los recursos, estrategias y canales para que la comunicación interna y externa sea efectiva y ayude a difundir el proyecto con éxito.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

Además, los profesionales médicos y de enfermería también deben seguir formándose en el ámbito de la ciencia y ser conocedores de las últimas tendencias y avances del sector. Por lo tanto, se deberá contemplar que durante toda la vigencia del proyecto se garantice la formación continuada mediante la asistencia a congresos (nacionales e internacionales) y jornadas científicas en el ámbito de la diabetes mellitus.

15. 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**.

En este contexto, el pasado 26 de marzo de 2019, el Servei Català de la Salut emitió una resolución favorable definitiva a las entidades HSJD y CSPT de la concesión de la subvención por un importe total de 3.285.389€ para la intervención coordinada 001-P-001226, Unidad de Excelencia en Diabetes, bajo los siguientes parámetros generales:

HSJD

BENEFICIARI	CODI OPERACIÓ	COST ELEGIBLE	% SUBV.	IMPORT AJUT	DATA INICI PREVIST	DATA FI PREVIST	DATA FI PERIODE LIQUIDACIÓ	TOTAL PUNTUACIÓ	CAMP INTERVENCIÓ SIFECAT	OBJECTIU ESPECÍFIC	LÍNIA D'ACTUACIÓ
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU (entitat coordinadora)	SA51-006939	5.209.935,00	50%	2.604.967,50	01/01/2018	31/12/2022	28/02/2023	71,4	Processos d'investigació i innovació en grans empreses	OE.1.2.1. Impuls i promoció d'activitats d'R+I liderades per les empreses, suport a la creació i consolidació d'empreses innovadores i suport a la compra pública innovadora	1.2.1.7. Compra Pública Innovadora (CPI) (concurrència)

La puntuació fa referència a la intervenció coordinada

CSPT

BENEFICIARI	CODI OPERACIÓ	COST ELEGIBLE	% SUBV.	IMPORT AJUT	DATA INICI PREVIST	DATA FI PREVIST	DATA FI PERIODE LIQUIDACIÓ	TOTAL PUNTUACIÓ	CAMP INTERVENCIÓ SIFECAT	OBJECTIU ESPECÍFIC	LÍNIA D'ACTUACIÓ
CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ	SA51-006954	1.360.843,00	50%	680.421,50	01/01/2018	31/12/2022	28/02/2023	71,4	Processos d'investigació i innovació en grans empreses	OE.1.2.1. Impuls i promoció d'activitats d'R+I liderades per les empreses, suport a la creació i consolidació d'empreses innovadores i suport a la compra pública innovadora	1.2.1.7. Compra Pública Innovadora (CPI) (concurrència)

La puntuació fa referència a la intervenció coordinada

16. Resultados esperados

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** de diagnóstico y tratamiento de la diabetes infantil tipo 1, basado en un modelo de medicina de precisión. El equipo clínico tiene la expectativa de que este nuevo modelo asistencial, conjuntamente con la nueva formulación de medición de *outcomes* clínicos, se pueda convertir en un referente internacional, especialmente teniendo en cuenta la participación del HSJD en una red internacional de generación y medición de *outcomes* clínicos y de experiencia de pacientes.
- Un **nuevo modelo de financiación**, basado en una transferencia de riesgo al proveedor tecnológico. En el caso de la diabetes tipo 1, se especifica en relación con la utilización de infusores de insulina y/o sensores de medición continua de glucosa. El nuevo modelo de relación con el proveedor tecnológico se basará en la compra de servicios y *outcomes*, no en la compra de tecnología. Se espera que este nuevo modelo de financiación genere un alineamiento entre los tres actores involucrados: financiador (CatSalut), Hospitales y Proveedor tecnológico.

17. Metodología y condiciones de la Consulta preliminar del mercado

El HSJD y el HS quieren 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 5 de agosto de 2019.

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_dm1@sjdhospitalbarcelona.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 HSJD** (Paseo de Sant Joan de Déu s/n de Esplugues de Llobregat). La secretaria de la dirección general del HSJD **se ubica dentro del área de Dirección de dicho centro, en la 3ª planta del edificio C**. 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 HSJD y CSPT, salvo lo dispuesto a continuación sobre el tratamiento de datos personales, se comprometen 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 de ambas entidades (HSJD y CSPT) la documentación relativa a la consulta. Dentro del plazo especificado, 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_dm1@sjdhospitalbarcelona.org del HSJD. Es necesario que en el correo indiquen: persona de contacto, teléfono y correo electrónico.

- b) **Sesiones posteriores.** El HSJD y HS se pondrán 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 septiembre 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 confidencial.

18. Información relativa al tratamiento de datos de carácter personal

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos); 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 preliminar del mercado (CPM) contiene únicamente los datos de carácter personal necesarios para participar, y la finalidad y motivo de tratamiento reside en las gestiones propias de la CPM.
- 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 CPM.
- 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 CPM. 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 Delegado de Protección de Datos del HSJD dpd@sjdhospitalbarcelona.org, 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.
- e) Así mismo, las personas interesadas o afectadas pueden dirigir las reclamaciones derivadas del tratamiento de sus datos de carácter personal a la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

- f) Los datos se conservarán durante todo el período de vigencia de la CPM. 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, Reglamento (UE) y la LOPD-GDD.

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

ANNEXO 2: CUESTIONARIO DE LA CONSULTA PRELIMINAR Y ABIERTA AL MERCADO

Consulta preliminar del mercado para el Proyecto de puesta en marcha de la UNIDAD DE EXCELENCIA EN DIABETES TIPO 1 un proyecto de Compra Pública Innovadora basado en resultados de salud

Con el envío de este formulario, acepta el tratamiento de los datos personales enviados de acuerdo con las especificaciones del punto 8: Información relativa al tratamiento de datos de carácter personal, incluido en el Anuncio de esta Consulta preliminar del mercado.

La intención principal del Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) y del Hospital de Sabadell (HS), gestionado por el Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí es la puesta en marcha de la Unidad de Excelencia en Diabetes Tipo 1. Con el fin de llegar a una definición completa de la licitación, de acuerdo con los requisitos de la CPI, se abre la presente consulta preliminar del mercado antes del proceso de licitación. Esta consulta se realiza mediante la publicación de dos documentos, el Anuncio de la Consulta donde se ofrece la información relativa a los aspectos técnicos y administrativos y el presente cuestionario.

Los objetivos de la consulta abierta en el mercado son:

- Informar sobre el proceso de licitación, a fin de conseguir la máxima 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 el órgano de contratación tendrá en consideración en la preparación de la licitación.

El HSJD y el HS quieren 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 5 de agosto de 2019.

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_dm1@sjdhospitalbarcelona.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 HSJD (Paseo de Sant Joan de Déu s/n de Esplugues de Llobregat). La secretaría de la dirección general del HSJD se ubica dentro del área de Dirección de dicho centro, en la 3ª planta del edificio C. 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.

La consulta tendrá de la siguiente forma:

a) Consulta previa al mercado: Se publica en la plataforma del contratante de ambas entidades (HSJD y CSPT) la documentación relativa a la consulta. Dentro del plazo especificado, 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_dm1@sjdhospitalbarcelona.org del HSJD. Es necesario que en el correo indiquen: persona de contacto, teléfono y correo electrónico.

b) Sesiones posteriores. El HSJD y HS se pondrán 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 septiembre 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 confidencial.

Datos personales:

Nombre de la entidad	
Dirección (calle, código postal, ciudad, país)	
Tipo de organización (PIME, empresa grande, cooperativa, start-up, consorcio, etc.)	
Persona de contacto	
Posición de la persona de contacto	
Teléfono	
Correo electrónico	

Cuestionario

1. Describa brevemente la Entidad, especificando los principales sectores de mercado y actividad en los que está especializada:

(Máx. 500 palabras)

2. ¿Su entidad está interesada en participar (en solitario o en colaboración) en una licitación para el HSJD y HS

- Sí
- NO

Si su respuesta a la pregunta anterior ha sido:

- Sí, por favor detalle en cuáles aspectos estaría directamente interesada.
- NO, indique cuál es su interés en esta Consulta.

(Máx. 1.000 palabras)

3. En relación con la provisión de servicios similares a los cubiertos por la presente consulta, describa por favor:

- Su experiencia
- La forma en que su organización ha participado o participa en la provisión (en solitario, como subcontratación, como parte de consorcio, etc.)
- El tipo de socios y el tipo de servicio cubierto por ellos (si corresponde)
- ¿Qué instrumentos les parece que poden ser los más adecuados para una participación colaborativa en un proceso innovador?

(Máx. 1.000 palabras)

4. En la referencia al punto 7.3. del listado de elementos del proyecto, en qué medida cree que la implementación de las guías clínicas y la reingeniería de procesos pueden mejorar la eficiencia, efectividad y seguridad de la gestión de pacientes con DM1? ¿Hay alguna solución alternativa que contribuya a mejorar estos aspectos?

(Máx. 500 palabras)

5. En referencia al punto 7.3 del listado de elementos del proyecto, ¿cuál sería su planteamiento para favorecer la participación de los profesionales en el diseño de los nuevos procesos de trabajo que implicará la nueva arquitectura funcional?

(Máx. 500 palabras)

6. En referencia al punto 7.3 la gama de productos tecnológicos debe incluir toda la casuística y debe cubrir la necesidad de disponer de los avances en tecnología en el momento en que estén disponibles en el mercado.

Se solicita que se describa desde su conocimiento del mercado y las diferentes necesidades de los pacientes, como plantearía la configuración la licitación para que sea posible lograr la cobertura necesaria desde el punto de vista de la descripción técnica del objeto del contrato.

(Máx. 2.000 palabras)

7. En referencia al punto 7.3, indique los requisitos o estándares de calidad, conectividad, seguridad e interoperabilidad más relevantes, en su opinión, en referencia a las soluciones digitales de comunicación entre paciente/familia y los profesionales de la Unidad.

(Máx. 500 palabras)

8. En referencia al punto 7.3 del listado de elementos del proyecto, ¿qué elementos o funcionales cree que debe tener el sistema inteligente de soporte a la gestión asistencial y a la toma de decisiones? Diferencie los aspectos funcionales dirigidos al paciente de los dirigidos a los profesionales.

(Máx. 1.000 palabras)

9. En referencia al mismo punto 7.3 solicitamos que describa la propuesta de consultoría telemática: ubicación (dentro del hospital, en la comunidad), dimensionamiento, recursos humanos, cartera de servicios, organización, etc.

(Máx. 1.000 palabras)

- 10.** En referencia al punto 9, describa su experiencia / aproximación a la implementación de sistemas de información. ¿Cuáles deberían ser, a su entender, las características básicas del sistema de información adaptado al proyecto? Proponga técnicas, productos o soluciones que apoyen la gestión (gestión de la actividad, gestión del uso de recursos, datos clínicos para la investigación clínica, etc.). ¿Cuáles son los elementos, en su opinión, que se debería tener en cuenta para monitorizar la actividad?

(Máx. 500 palabras)

- 11.** En referencia el punto 10, ¿en qué medida cree que la incorporación de herramientas digitales podría mejorar la educación sanitaria que se ofrece a los pacientes? ¿Hay alguna solución / aproximación diferente para mejorar la educación sanitaria?

(Máx. 1.000 palabras)

- 12.** En referencia al punto 10, ¿qué técnicas, productos o soluciones innovadores considera que pueden incentivar el empoderamiento del paciente?

(Máx. 500 palabras)

13. En referencia al punto 11, ¿cuáles son los elementos que cree que se deben tener en cuenta a la hora de establecer un plan de comunicación del proyecto?

(Máx. 500 palabras)

14. En referencia al punto 12, ¿cuáles son los riesgos condicionantes a tener en cuenta para lograr con éxito la implementación del proyecto?

(Máx. 500 palabras)

15. En referencia al punto 13, describa su experiencia / aproximación para el abordaje de la gestión del cambio de una nueva organización funcional.

(Máx. 500 palabras)

16. En referencia al punto 14, ¿cómo cree que se puede llevar a cabo un plan de formación continuada a los profesionales que incluya la formación en nuevos productos diagnósticos y terapéuticos y herramientas informáticas?

(Máx. 500 palabras)

17. Respecto de los sistemas de monitorización continua de glucosa, ¿en qué grado de importancia y en base a qué motivos valora la integración de esta tecnología con los sistemas de infusión, la plataforma inteligente de soporte a la toma de decisiones y en general con la estrategia global del proyecto?

(Máx. 500 palabras)

18. ¿Cómo cree que se podría establecer un planteamiento colaborativo y de riesgo compartido en el abordaje integral del proceso de atención al paciente con DM1?

(Máx. 500 palabras)

19. ¿Qué información considera relevante y cree que hay que registrar para evaluar las mejoras en eficacia, eficiencia, seguridad y, en general, de la calidad asistencial al paciente?

(Máx. 500 palabras)

20. ¿Su entidad está preparada para completar satisfactoriamente todas las partes implicadas en este proceso?

- Sí
- NO

En caso de NO estar preparada: explique las razones.

(Máx. 500 palabras)

21. Describa las observaciones generales referentes a aspectos técnicos y económicos que considere oportunas referente al proyecto

(Máx. 1.000 palabras)

Nota: los interesados pueden adjuntar al cuestionario cualquier folleto, ficha técnica, o cualquier otro material adicional que considere de utilidad en la presente consulta.

ANNEXO 3: DUDAS Y PREGUNTAS RECIBIDAS RELATIVAS A LA CONSULTA PRELIMINAR Y ABIERTA AL MERCADO

DUDAS Y PREGUNTAS RECIBIDAS RELATIVAS A LA CONSULTA PRELIMINAR Y ABIERTA AL MERCADO

Se recibieron 3 preguntas que fueron atendidas publicando directamente la respuesta en la plataforma pública de contratación de la Generalitat de Catalunya, respetando el anonimato de la entidad remitente.

Pregunta nº 1

Muy buenos días, En relación a la consulta del asunto, os preguntamos si el cuestionario tiene que ser presentado firmado por los apoderados de la empresa o sin firma. Les agradecemos de antemano por su ayuda. 22/07/2019 08:58h

Informamos que la consulta/cuestionario debe firmarse por algún apoderado de la empresa porque a pesar de no tener la consideración de oferta propiamente dicha, sí que las empresas han de responsabilizarse o asegurar su autoría. Saludos

Pregunta nº 2

Entendemos que el valor estimado del contrato (4.6M€), indica el presupuesto que se estima para cubrir todo lo incluido en la licitación, ¿Correcto? ¿Nos podrían indicar qué periodo se prevé cubrir con dicho presupuesto? ¿Será una licitación a 4 años? Por otra parte, entendemos que la transparencia es parte fundamental de este proceso, pero tenemos ciertas reservas sobre qué tipo de datos se incluirá en el informe final que se hará público, ya que hay ciertos detalles y estrategias que no nos gustaría compartir con la competencia. ¿Está previsto algún tipo de mecanismo para proteger de estas situaciones a los participantes? 22/07/2019 12:44h

Efectivamente, el presupuesto estimado del contrato (4.6M€) es el disponible para cubrir todo lo incluido en la licitación, que tendrá un periodo de aproximadamente 4 años, desde la fecha de adjudicación (prevista en enero/febrero 2020) hasta diciembre de 2023. En relación a la segunda pregunta, tal y como se indica en el anuncio de la consulta: Se elaborará 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 confidencial. En base a ello, especifiquen/detallen en su propuesta aquellas informaciones que sean confidenciales, para así no proceder a su publicación. Saludos

Pregunta nº 3

En relación a la consulta preliminar del mercado para la gestión de pacientes Tipo I, en la documentación se especifica que serán los hospitales los encargados de proveer de los sensores correspondientes a la población diana. En relación al presupuesto total que se licitará, 4.6M, ¿Incluye igualmente la compra de dichos sensores, o se reserva un presupuesto aparte para la adquisición de estos dispositivos? 25/07/2019 10:56h

La compra de sensores no está incluída en el presupuesto total de la licitación

ANNEXO 4: DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA LA GRABACIÓN DE LA ENTREVISTA DE LA CPM

AUTORIZACIÓN PARA LA GRABACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

CONSULTA PRELIMINAR DE MERCADO

Para la puesta en marcha de la
UNIDAD DE EXCELENCIA EN DIABETES TIPO 1
un proyecto de Compra Pública Innovadora basado en resultados de salud

D^a _____ con DNI _____

En nombre y representación de _____

Es informado y acepta que sus datos (datos identificativos, empresa e imagen / sonido) serán responsabilidad del Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat (en adelante HSJD).

Estos datos serán tomados en el curso de las entrevistas a las empresas participantes de la Consulta Preliminar de Mercado del proceso de licitación del Proyecto de Compra Pública Innovadora para la puesta en marcha de la Unidad de Excelencia en Diabetes tipo1. Este proyecto, a su vez, ha sido aceptado en la convocatoria 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 Catalunya (ref BDNS 358200) y forma parte del Programa de Compra Pública de Innovación de la RIS3CAT, integrada en el Plan Nacional de Compra Pública de Innovación, aprobado por el Gobierno el 28 de junio de 2016. Estas entrevistas se grabarán de manera íntegra.

La base legal del tratamiento de sus datos reside en tanto que se considera necesario para la satisfacción de un interés legítimo por parte del HSJD (art. 6.1.f) RGDP). Sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se pidieron, y para determinar las posibles responsabilidades que se puedan derivar de esta finalidad y del tratamiento de los datos.

No se prevén cesiones de datos a terceros, con la excepción de que sea necesario o fueran requeridas para Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, órganos judiciales, Ministerio Fiscal. Sin embargo, no se prevén transferencias internacionales con sus datos personales, ni decisiones automatizadas, ni la elaboración de perfiles.

Tiene el derecho a obtener información sobre el tratamiento que se realiza sobre tus datos personales. En concreto puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, y la limitación o la oposición al tratamiento; mediante correo a dpd@sjdhospitalbarcelona.org . Responderemos a sus peticiones lo antes posible y, en todo caso, en el plazo de un mes.

En el supuesto de que no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de tus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Catalana de Protección de Datos. En todo caso, antes de iniciar cualquier reclamación, le rogamos que se pongas en contacto con nosotros mediante el correo dpd@sjdhospitalbarcelona.org, con el fin de intentar solucionar cualquier discrepancia de forma amistosa.

Y para que conste, firma quedo informado

A Esplugues de Llobregat a ____ de septiembre de 2019

ANNEXO 5: PREGUNTAS RECOGIDAS EN LAS ENTREVISTAS DE LA CONSULTA PRELIMINAR Y ABIERTA AL MERCADO

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS FORMULADAS EN LAS ENTREVISTAS DE LA CONSULTA PRELIMINAR DE MERCADO

Para la puesta en marcha de la **UNIDAD DE EXCELENCIA EN DIABETES TIPO 1**
Un proyecto de Compra Pública Innovadora basado en resultados de salud

1. ¿Existencia de particularidades concretas en los dos centros promotores que debieran tenerse en cuenta en el desarrollo del proyecto?

Ambos centros cuentan con el mismo tipo de población diana y aplicaran el mismo proceso asistencial. La única diferencia es que el Hospital de Sabadell se incorporará al nuevo proceso de atención en el año cuarto del proyecto.

2. ¿Se trata de una compra de tecnología? ¿De quién será la propiedad del software desarrollado?

El proyecto contempla una contratación de servicio, no de tecnología ni software. En cualquier caso, en los pliegos de licitación se definirán los criterios de propiedad intelectual del nuevo modelo asistencial.

3. ¿Calendario de desarrollo del procedimiento de contratación?

El procedimiento se adaptará a los términos establecidos en la ley de contratación del sector público. La previsión es poder proceder a la contratación de la/s empresa/s adjudicataria/s durante el primer trimestre del 2020.

4. ¿Existe la posibilidad de contratar varios proveedores?

La/s entidad/es pueden concurrir a la licitación de manera individual o en formato de unión temporal de empresas (UTE). La Consulta Preliminar de Mercado se realiza para definir las condiciones del proyecto y por extensión del procedimiento de licitación. En el momento actual no podemos contestar esta cuestión con certeza y debemos remitirnos a la publicación definitiva de los pliegos de licitación.

5. ¿Serán una o varias compañías las que gestionen los datos?

La/s entidad/es pueden concurrir a la licitación de manera individual o en formato de UTE. La/s empresa/s adjudicataria/s será/n la/s que gestionará/n los datos del proyecto conjuntamente con los centros promotores del mismo.

6. ¿Los datos serán estáticos o dinámicos?

La naturaleza innovadora de este proyecto hace necesario disponer de todos los datos de monitorización de los pacientes, sin perjuicio que puedan generarse informes estáticos de la situación del paciente o del programa en su conjunto.