

Mesa de debate: Adaptación a los resultados en salud



De izquierda a derecha: Julio Villalobos, Tomás Fernández, Berta Ortega y Vicente Fernández Gómez.

Participantes:

Julio Villalobos Hidalgo. Experto en gestión sanitaria. Villalobos Consultores. Canarias

Berta Ortega Fontgivell. Subgerente. Hospital Universitario de Bellvitge. Cataluña

Vicente Fernández Gómez. Unidad de Aprovisionamiento Integral de Murcia. Región de Murcia

Moderador: Tomás Fernández Pérez. Director Gerente Área VI. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia

Cuestiones planteadas

- Modelos de financiación: ¿Qué hemos aprendido de la crisis?
- Sistemas de compras actuales: ¿Son más eficientes? ¿Qué están aportando para la salida de la crisis?
- Centrales de compras: ¿Qué impacto están suponiendo en los servicios de salud?

- Compra pública innovadora: ¿Se trata de una propuesta válida?

T. Fernández: No podemos soslayarnos al impacto que ha supuesto la crisis en nuestro sistema y, desde el punto de vista de la gestión, la eficiencia y los propios *inputs*, es importante que hagamos una valoración de qué hemos aprendido de la crisis en nuestro modelo de financiación. Se ha dicho que hemos conseguido abaratar los

costes de nuestro sistema, se ha hecho mucho trabajo, fundamentalmente a nivel central, en las entradas, el precio de los fármacos, los costes en personal, pero el modelo sigue siendo el mismo. Y, aunque hemos aprendido que somos capaces de ajustar los costes del sistema, dudo que podamos mantener esta tendencia, de estos últimos años, si no cambiamos el modelo de funcionamiento, de financiación. Hemos mantenido un modelo incremental, hasta que no hemos podido, y otras experiencias, que se ha intentado poner en marcha, de financiación por producto, per cápita, no han llegado a cuajar.

“Hemos conseguido abaratar los costes de nuestro sistema, se ha hecho mucho trabajo, fundamentalmente a nivel central, en las entradas, el precio de los fármacos, los costes en personal, pero el modelo sigue siendo el mismo”

Tomás Fernández Pérez

J. Villalobos: La crisis, si tenía algún valor positivo, nos hubiera permitido realizar un cambio en el modelo de cómo hacemos la atención a la salud y la financiación. Sigue siendo de perfil histórico y hemos hecho un esfuerzo extraordinario, en el sistema sanitario, de disminuir los costes pero, más que nosotros, nos los han disminuido, han sido medidas de tipo central, el personal sanitario y la Farmacia, los dos grandes capítulos, se han utilizado para disminuir costes. No hemos tenido capacidad de aumentar nuestros ingresos, que podía ser una de las formas de mejorar nuestra cuenta de resultados, y tampoco hemos sido imaginativos en cambiar las formas de analizar las cosas para disminuir los costes. Por tanto, hemos perdido una gran oportunidad, una reingeniería, en

un entorno de crisis, que se pueden hacer cosas mejores, y esto tiene un límite. A los profesionales sanitarios no se les puede exprimir más y, en la cuestión de disminuir los costes, hemos disminuido los de Farmacia, no podemos más, y el resto de las compras tenemos un margen relativamente pequeño, con el modelo actual, de seguir bajando los costes.

T. Fernández: Tenemos un panorama bastante estancado y de difícil salida.

J. Villalobos: Soy optimista, imagino que, cuando la gente, que tiene las grandes decisiones de macrogestión, nos puedan oír, ya no haya más remedio, tendremos que cambiar el modelo. El Informe Abril, ya en el 91, daba las grandes líneas por donde había que ir, y llevamos casi cuarenta años esperando esta historia.

B. Ortega: Puedo hablar de un modelo de financiación presupuestaria, que es el que tenemos en nuestro hospital, y desde el punto de vista de un hospital de alta tecnología. Lo más importante, durante estos años, es que hemos aprendido a hacer más con menos o lo mismo con menos. Es cierto que, básicamente, ha sido a costa de gestionar mejor el Capítulo 1. El Capítulo 2, por cartera de servicios, por nuevas tecnologías, una mayor prevalencia, ha sido prácticamente imposible, lo hemos contenido. En los hospitales, la parte relativa del Capítulo 2 va ganando terreno al 1; esta crisis ha permitido incorporar algún mecanismo de cambio. Por ejemplo, en los hospitales hemos podido flexibilizar los horarios; hasta hace poco era imposible hacer tardes sin pagar peonadas, ahora es posible, la gente está poniendo de su parte, hemos gestionado bien el Capítulo 1, el 2 seguimos sin poderlo controlar.

T. Fernández: Pero este esfuerzo, que se está haciendo desde 2008, 2009,

parece que toca fondo. Aunque hemos sido capaces de hacer más por menos, los resultados se han resentido, o no sabemos cuáles han sido, no tenemos herramientas para medirlos. Y hemos generado enfado, listas, ¿este esfuerzo es sostenible?, ¿hemos sido capaces de aprender algo que nos permita enfocar este esfuerzo desde otra perspectiva, o ha tocado fondo?

B. Ortiga: Los mecanismos clásicos están tocando fondo, no podemos bajarnos los sueldos, dejar de contratar, estamos agotando todos los colchones. La crisis, que sigue, y, aunque los presupuestos no sigan bajando y se mantengan, siguen sin crecer al ritmo que piden los profesionales, la industria, el sector. Estamos pendientes de aprovechar el cambio de paradigma que tenemos que hacer desde el sistema. Estamos gestionando con menos recursos, mecanismos clásicos, nos relacionamos con la industria con vías de contratación clásicas, está casi todo por hacer.

T. Fernández: La parte de Capítulo 2 la vamos a tocar poquito. Sí hemos sido capaces de contener el Capítulo 1 pero, por ejemplo, estamos contratando en situación penosa a nuestros profesionales, pagándoles mucho menos, y difícilmente vamos a poder incorporar ilusión, ganas y potencia a nuestro sistema, con este tipo de vinculación que estamos teniendo, sin políticas de incentivos, sin herramientas de estímulo para los profesionales. El recorrido parece que se hace un poquito más complicado.

V. Fernández: El modelo ha cambiado poco, hemos hecho un grandísimo esfuerzo, pero uno, que se repasa toda la información, revisa el tema de la financiación hasta ahora, lo que se prevé, el famoso “financiación finalista”, si vamos a tener una cápita que se va a modificar o a dejar de modificar, el



Berta Ortiga Fontgivell

miedo que me da esto, y partiendo del hecho de que probablemente estamos mal financiados, es que, si nos dan más, sobre todo cuando oyes que se pretendía justificar un mínimo de dinero, por el cual jamás podías bajar de ahí el gasto, digo: “Esto puede ser peligroso”.

Al final, no abordamos el problema básico, nuestra sanidad necesita un cambio. Tenemos probablemente la mejor sanidad, pero ya no es sostenible. En la otra mesa comentaban que hay que tener valentía, hacer la cartera de servicios real, para todos, tomar decisiones sobre los nuevos fármacos, tecnologías, pero ya, hablaban de los ABAC. En todas estas cosas, e introduciendo el tema de compras, se han hecho cambios, pero se van a acabar, tienen un cortoplacismo, puede que quede recorrido a medio plazo. Como no cambiemos las estructuras, la toma de decisiones y la forma de implicar, por ejemplo, al colectivo clínico dentro de la gestión, llegará un momento en que nos darán más dinero, pero tendremos el mismo problema.

T. Fernández: ¿Realmente nuestras idas y venidas, con el modelo de financiación, se han adaptado a los resultados

de salud o sigue siendo un mundo distinto? Hemos ajustado, intentado poner puertas al campo, nuestros modelos incrementales de financiación, pero seguimos viviendo una dicotomía entre lo que estamos financiando y el impacto que está teniendo en los resultados de salud, porque tampoco sabemos cuáles son.

“Para medirnos por resultados lo primero que tenemos que tener son resultados. Es uno de los cambios que falta, darle realmente esa potencia que necesitan los sistemas de información, es decir, ojalá pudiéramos hablar de un DNI sanitario, donde tuviéramos todo, sería el primer paso para cambiar la toma de decisiones y saber exactamente qué necesitamos”

Vicente Fernández Gómez

J. Villalobos: Me conformaría con que fuéramos capaces de evaluar los resultados sanitarios. Los resultados de salud son más etéreos y complejos de evaluar, me conformaría con que supiéramos que lo que estamos operando en nuestros hospitales es coste-efectivo. Como gestores hospitalarios tenemos que aspirar a, en nuestro marco, hacer lo mejor posible, y una vez ahí, dentro de un modelo más biopsicosocial, avanzar a estados de salud. Realmente, aunque cuesta admitirlo, como sistema sanitario, aportamos entre un 20 y un 25% a la salud, tenemos que ser conscientes de este tema cuando nos gastamos el 80% del gasto. Es decir, esto que hablamos de cuánto tenemos que dedicar, no hablemos del sistema sanitario, sino del sistema de salud, tener una cartera de servicios en los hospitales, a lo mejor conformarnos con una cartera de salud, más humilde, en aras a dedicar más tiempo a la promoción de la

salud, que realmente es lo que aporta resultados a la salud, no a la curación de las enfermedades. Entonces tendríamos que plantear el uso de determinados fármacos, determinadas intervenciones con gente de riesgo, etcétera. Esto es duro y difícil de entender cuando hemos estado toda la vida en el hospital, pero, si somos realistas, y queremos resultados en salud, no en curación de la enfermedad, tenemos que empezar a caminar por estos derroteros.

B. Ortiga: Estamos muy habituados a hablar de medicina basada en la evidencia, pero los directivos no hablamos de gestión basada en la evidencia, nos falta un entorno en el que haya manuales de *best practices* en gestión, no existen. Empieza a haber alguna cosa en el mundo anglosajón, pero en nuestro ámbito y cultura, es difícil de encontrar. Con lo cual, a la hora de abordar los problemas, que muchos directivos compartimos, no hay un ámbito neutral, independiente, con un sistema de revisión, que nos permita tomar decisiones con solidez. En cambio, los clínicos han sido más listos, tienen sus publicaciones, guías de práctica, y los directivos tendríamos que planteármolos.

V. Fernández: Se tiene que cambiar la mecánica de hacer las cosas, hace falta buscar esos procedimientos más eficientes, o de calidad, o basados en la evidencia, para gestionar, es lo que hacen los clínicos, cuando operan, en el ámbito de las compras o en el de la cadena de suministros, una de las cosas que más está cambiando en este país ha sido eso. Tenemos que buscar la excelencia, no como objetivo, nosotros somos un medio, porque es como lo tenemos que hacer, es decir, hasta ahora nunca se ha planteado en ámbitos, que no son el asistencial, el hecho de que hay que hacerlo con las mejores tácticas posibles, y no tenemos

que inventar nada. Ya no solamente en la parte de gestión, en la parte de operaciones hay que buscar esa excelencia dentro de nuestros sistemas, porque somos parte. Para medirnos por resultados lo primero que tenemos que tener son resultados. Sabemos que curamos enfermedades, pero ¿las medimos bien?, ¿sabemos exactamente esos datos? Una parte fundamental, para llegar a esa conclusión, es que, en todas estas operaciones, que realizamos, haya información que pueda ir a un fondo común de repositorio de información, que alguien sea capaz de recuperarla y poder tomar decisiones en base a eso. Es uno de los cambios que falta, darle realmente esa potencia que necesitan los sistemas de información, es decir, ojalá mañana pudiéramos hablar de un DNI sanitario, donde tuviéramos todo, sería el primer paso para cambiar la toma de decisiones y saber exactamente qué necesitamos.

El 125% de nuestra salud depende de lo que hagamos en sanidad, casi el 80 de los hábitos. Estamos errando el objetivo, si no aprovechamos para hacer esos cambios, y va a haber resistencia, perderemos una oportunidad. Igual que la crisis ha permitido determinados cambios, por ejemplo, en logística, algunas aventuras, que no lo son, hay ejemplos en España, de distintas Autonomías, que nos hemos lanzado, bueno, hace falta valentía, también es verdad que el empujón de la crisis ha sido brutal. Porque, hace quince años, nadie se planteaba una mínima inversión en temas logísticos.

T. Fernández: Intentemos reflexionar sobre esos *inputs*, fundamentalmente orientados hacia las compras, incluso las inversiones, la colaboración en temas de investigación. Nuestros sistemas de compras ¿son ahora más eficientes?, ¿qué están aportando para la salida de la crisis?



Tomás Fernández Pérez

V. Fernández: Nuestros sistemas de compras no son eficientes, pero sí han dado resultado a corto plazo, es decir, las pruebas están ahí, llevan muchos años, creo que fue la Comunidad Valenciana la que montó la primera central de compras. A partir de ahí, todas las experiencias que quieras, los sistemas de compras han cambiado, pero no lo suficiente, al final hemos centrado todo en el precio, ha habido muchas intenciones, fórmulas diferentes, pero incluso las innovaciones en las compras han sido impugnadas. Hemos creado una figura, la del impugnador oficial, que para el tema de la potencia que puedan tener todas nuestras compras, es decir, tenemos una ley por debajo. Falta flexibilidad para poder tomar decisiones y avanzar, el modelo que tenemos se va a agotar a medio plazo, porque nuestras compras las focalizamos en el tema del precio y estamos bajando la calidad de los productos, es decir, los precios que se bajan no son gratuitos, la industria también se está amoldando a nuestras necesidades y está gestionando, de la mejor manera que puede, esa bajada de precios y, en todos los casos, no estamos manteniendo la calidad. Que sirve, puede ser que sí,

pero a lo mejor no es el camino por donde tenemos que ir.

T. Fernández: En valoración de resultados, alguna experiencia...

"Me conformaría con que supiéramos que lo que estamos operando, en nuestros hospitales, es coste-efectivo. Como gestores tenemos que aspirar a hacer lo mejor posible y, una vez ahí, dentro de un modelo más biopsicosocial, avanzar a estados de salud"

Julio Villalobos Hidalgo

V. Fernández: Empezamos hace cuatro años, la potencia de ahorro que tiene nuestra estructura es grande, a nivel financiero los números son muy bonitos, pero voy a los datos reales. Qué se gastó nuestro servicio murciano, en el ámbito que podemos gestionar, y cómo ha ido hacia abajo. El cómputo global, los últimos cuatro años, ha sido de veinte millones, a los que añadir cinco por inventarios. ¿Es suficiente? Bueno, ha permitido mantener los presupuestos del servicio, ayudar, pero el valor añadido es la trazabilidad, la información que podemos aportar, es decir, como nuestros gestores pueden ver la foto de otra manera. Y, si forzáramos el tema de la información, todavía tendríamos más, más capacidad para tomar decisiones, los famosos resultados.

B. Ortega: La crisis ha supuesto pocos cambios. Como hospitales continuamos comprando productos y la industria vendiéndolos, cuando lo que necesitamos es el producto ampliado. La industria y el facultativo se entienden muy bien, pero ahora estamos entrando los directivos, la crisis nos ha obligado a ser un *gate keeper*. Queda mucho por hacer desde mi sesgo de

operaciones. Nuestro modelo de relación, con la industria y las compras, se ha limitado a reducir precios y, prácticamente, hemos agotado el recorrido porque, si no, nos va a pasar factura, los proveedores que ofrecen calidad dejarán de presentarse a los concursos. Sí hay una amenaza de proveedores, de calidad, no controlada.

T. Fernández: ¿Habéis sentido pérdida de calidad en los productos?

B. Ortega: Aún no, pero estamos ya agotando este cartucho de seguir bajando precios sin que haya consecuencias. Otro tema importante es que no disponemos de centrales de compra para dispositivos auto coste, prótesis, marcapasos, válvulas, tenemos mini departamentos de compra, que hacen lo que pueden, te redactan pliegos. Y, aquí, también hay una oportunidad de profesionalizar este servicio, seguramente externalizándolo, y empezar a evaluar qué nos sirven, cuando compramos, y si, lo que nos sirven, es lo que hemos comprado, porque, muchas veces, si el médico no se queja, damos por supuesto que lo que ha salido a concurso, y se está comprando, es lo que te ha pedido. Aquí también tenemos el *compliance*, queda mucho por hacer, porque la mayoría de hospitales centramos nuestro departamento de compras en comprar, pero no en hacer seguimiento de lo que estamos comprando.

J. Villalobos: Lo que sería raro es que, de pronto, los hospitales compráramos eficientemente. Históricamente, los gerentes, yo el primero, no le hemos dado importancia capital a las compras del hospital, era suficiente con el suministro y que no faltara seda en los quirófanos. La profesionalización del departamento de compra ha sido bastante pobre, no teníamos, buscábamos un director económico de primera línea, pero, el de compras,

no nos matábamos para que tuviera formación adecuada. Y, tercera pata del banco, las compras las deciden los facultativos, o los profesionales sanitarios, y no están muy claros los mecanismos de decisión, de muchos de los productos del hospital, especialmente los de alta tecnología, no están basados, ni tenemos una medicina basada, en la evidencia muy clara de por qué elegimos una prótesis o un marcapasos determinados. Estamos en un sistema muy inmaduro, en las compras, en relación al resto de las industrias. Las centrales de compras, probablemente, siendo un sistema interesante, en el estado en que estamos, pero un sistema obsoleto a medio plazo, porque la CEA o la FORD no tienen centrales de compras, tendrán otros sistemas de suministro inmediato. Por lo tanto, se ha hecho un esfuerzo, por la crisis, porque el Capítulo 1 estaba agotado, y todas las Comunidades Autónomas tienen sus planes estratégicos, la gestión de las compras y las centrales de compras. Ahora, realmente, esto tiene un techo y vamos a topar con el relativamente pronto.

V. Fernández: La primera experiencia en España, que mete la logística dentro del tema de las centrales de compras, no me gusta el nombre, me gusta hablar de cadena de suministros, porque es una globalidad, fue Logaritme, en Cataluña y, hay otras experiencias, Andalucía, SEGAS en Galicia, nosotros, es decir, donde ya, lo que prima, no es tanto el concepto de central de compras, sino que eso es una parte que va añadida a todo el proceso. En ningún momento nos planteamos, por ejemplo, y no digo que no sea factible, que la logística, la parte operativa, la hiciéramos nosotros, y el razonamiento era que no teníamos la experiencia ni sabíamos cómo hacerlo. La experiencia nos ha ido bien, pero, bajo ningún concepto, era como tabú, el tema de las compras, el



Vicente Fernández Gómez

aprovisionamiento, no lo puede hacer nadie nada más que nosotros.

La ley nos va a tener que dar muchas flexibilidades para poder avanzar, ¿podemos crear un entorno virtual?, de mercados de productos sanitarios, de medicamentos, donde podamos acudir, pero, quién evalúa, no los medicamentos, que están muy bien evaluados, normalizados, la desgracia es en el producto sanitario, en las prótesis, donde sirve un mercado CE. Hay cosas por hacer, que pueden permitir cambiar mucha dinámica, y, a lo mejor, ya no es tan importante que hagamos nosotros el aprovisionamiento, si somos capaces de controlarlo. A fecha de hoy, no soy capaz de soltar ese elemento porque hay miedo escénico, es un elemento de poder muy importante. Hay que romper barreras, y cosas que teóricamente hemos tenido que hacer, a lo mejor, dentro de unos años, no tenemos que hacerlas, es decir, tenemos que los esfuerzos ponerlos en otra cesta.

B. Ortiga: Cuando me refería a externalizar, me refería a que los hospitales compartimos estas dificultades, si sumamos fuerzas podremos profesionalizar el

ámbito de las compras y abordar mejor la dificultad que supone redactar unos pliegos. Además, ya tenemos experiencias de consenso entre Administración, directivos y clínicos porque, si dejamos de comprar aquello que los médicos necesitan, iremos mal. Por ejemplo, en Canadá, algo tan complicado como comprar prótesis para traumatología, que muchas veces implica técnica quirúrgica específica, y requieren aprendizaje, eligiendo médicos de referencia en diferentes hospitales, se pusieron de acuerdo y elaboraron un concurso que permitió, de forma centralizada, conseguir economías de escala. Es difícil entender como el hospital de grado gasta unas prótesis diferentes a las tuyas y los resultados en salud son parecidos. No debemos olvidar el criterio clínico, los médicos tienen que estar de acuerdo, pero no impide que trabajemos de forma diferente y sumemos sinergia en estos mini departamentos de compra de los distintos hospitales.

“Estamos habituados a hablar de medicina basada en la evidencia, pero los directivos no hablamos de gestión basada en la evidencia, nos falta un entorno en el que haya manuales de best practices en gestión. Con lo cual, a la hora de abordar los problemas, que muchos directivos compartimos, no hay un ámbito neutral, independiente, con un sistema de revisión, que nos permita tomar decisiones con solidez”

Berta Ortega Fontgivell

T. Fernández: Totalmente de acuerdo, de hecho, en Murcia, se han puesto en marcha Comisiones Asesoras Regionales, por especialidad, donde los traumatólogos han decidido qué grupo de prótesis se compraban; los

cardiólogos, que tipo de marcapasos, queda mucho que pulir.

J. Villalobos: Tendríamos que aprovechar la tecnología para mejorar los procesos de compra. Existe la famosa Ley Contrato del Estado Pública, que nos impone una serie de tiempos, para ir a la Comunidad Europea. Con la tecnología, si hubiera una revisión seria, todos estos tiempos podían recortarse de una forma muy importante, sería un adelanto en la mejora de la eficiencia de las compras, y no tener que esperar tres meses, si no hay alguna impugnación, para adquirir las cosas.

T. Fernández: Hemos hablado de plataformas logísticas, había algunas reflexiones, que podríamos compartir, un poco peliagudas.

V. Fernández: En España hubo valentía para hacer algunos cambios importantes en el ámbito de la operatividad, la cadena de suministros. Nuestra experiencia es válida, por ejemplo, para lo que están haciendo Andalucía, Galicia, el ICS, no es solo el tema de bajadas de precios o de hacer una centralización de las compras, los famosos concursos, que sacamos a nivel central, que tiene su lógica, sino que se tiene que buscar algo más. Ese algo más es, cualquier industria, cuando saca un producto al mercado, lo primero que hace es un *best marking*, valorar ese producto, qué quieren los potenciales clientes, y sacar algo que pueda vender. La demanda la tenemos cautiva, nuestros clientes están y nos van a pedir, pero, si no somos capaces de conocer qué demanda es y controlarla, jamás podremos hacer buenas compras. Tenemos que ser un medio, nunca un objetivo en sí, podemos aportar, muchísimo, a esas comisiones, que comentas, dando la información, se pueden ver los perfiles de por qué se usan unas cosas y no otras.

Ahora, a nivel de un centro hospitalario, pero la tecnología nos permite ir al proceso, el problema es por qué no llegamos. ¿Se puede hacer? Sí. ¿Se va a hacer mañana? No. Pero, en el siglo XXI, hablar de que la tecnología no nos permite tener toda la información individualizada, por paciente, sería una aberración. Se puede hacer, la tecnología está, otra cosa es si se pueden tomar las decisiones, y en eso la logística ayuda muchísimo, lo tiene clarísimo hace muchos años. Probablemente esto, los mecanismos que estamos, aquí, intentando pensar que son novedosos, la industria los tiene superados. Ya están superados, es decir, hace años que la FORD no tiene almacenes, sí tiene, pero los grandes almacenes se los proporciona la industria, que los pone al lado, ¿eso se puede traducir en el ámbito sanitario? A fecha de hoy lo veo complicado, porque nuestro nivel de proveedores es muy alto. ¿Conviene reducirlos? No sé, afectamos al tejido industrial.

Todos estos factores hacen que, cuanto mejor información tengamos dentro del proceso logístico, y por eso han aparecido las plataformas logísticas, porque era un elemento del que, toda la información, que fluye a través de ellas, la desconocíamos, y, básicamente, estamos dando es información de la demanda. La plataforma, al final, me está exigiendo, para poder ser eficiente, qué está pasando en el centro de consumo tal, el quirófano cuál o la planta tal. Puedo saber tendencias de consumo, sin llegar al clínico, indirectamente, si conocemos los consumos de los quirófanos tal, donde operan los mismos cirujanos, saber las tendencias de uso de esas prótesis, ese tipo de sutura y ver por qué hay esa diferencia en el uso o la práctica diaria. Y eso puede ayudar, no a nosotros, damos la información, nuestra misión es ser eficientes, hacerlo bien, dar confianza, a partir de ahí son otros los que



Julio Villalobos Hidalgo

tienen que, con esa información, decir: "Ahora tengo capacidad para tomar otro tipo de decisiones".

T. Fernández: Hay algo interesante, que tiene visos de futuro, la asociación, sinergia, entre las comisiones de clínicos y las herramientas que hemos desarrollado para hacer compras más eficientes, luz hay.

V. Fernández: Os podía sorprender, he tenido la suerte de participar en alguna Comisión de Estado, nos han invitado a introducir nuestra información, y los clínicos se llevan sorpresas cuando les decimos lo que gastan y cómo lo hacen. Hay una falta de información más grande de lo que pensamos y ahí podemos aportar muchísimo. Las experiencias, que se están llevando a cabo en España, es el gran valor añadido, más que la bajada de precio, que es importante, pero probablemente se agote.

B. Ortega: El hospital, creo que, en 2009, se unió a la plataforma Logaritme y supuso unas ventajas importantes. A pesar de que solo compramos, a través de Logaritme, fungibles de bajo y medio coste, el alto coste y la especificidad van a través de concursos, dejamos de necesitar un almacén, que pagábamos un alquiler

importante, había un stock difícil de controlar, con un nivel de obsolescencia y de riesgos importante. Tampoco tenemos stocks innecesarios en las unidades de especialización, de laboratorios, está controlado. Y el personal de almacén se ha reducido, viene incorporado en lo que pagamos a Logaritme, en forma de servicio. Nos beneficiamos de economías de escala porque ya no compramos como un hospital sino, ocho o nueve, conjuntamente. Pero, como decía Vicente, este trabajo, de valor añadido, de la central de compras, en cuanto proporcionarnos información, porque, aunque sean productos de bajo coste, compramos mucho, no sabemos, no hay un *benchmark*, y tampoco transmitimos esta información a los profesionales, si comprando un hilo de un coste diferente nos ahorramos dinero que, por ahora, estamos consiguiendo en Capítulo 1. Este valor añadido de las centrales de compras no lo tenemos, simplemente se dedican a añadir, en el inventario, cada nuevo producto que compramos y nos lo proporcionan con un stock mínimo y de forma automatizada. Aquí hay mucho recorrido.

"Hay algo interesante, que tiene visos de futuro, la asociación, sinergia, entre las comisiones de clínicos y las herramientas que hemos desarrollado para hacer compras más eficientes, alguna luz hay"

Tomás Fernández Pérez

V. Fernández: Aquí hay un tema importante estructural. Esto tiene que dar pie a que las organizaciones cambien por dentro, cuando existen este tipo de estructuras, los hospitales deben plantearse, de otra manera, el ámbito de suministro, logística, contratación. Todos estos procesos cambian, y lo

que hay que hacer con el personal, no es que deje de servir, tenemos que saber su valor añadido. Hay muchísimo proceso para los productos de alto coste, por ejemplo, la trazabilidad de las prótesis, donde se pueden hacer cosas con la tecnología, pero no se ha apostado por ese cambio. Es el momento de cambiar, hay cosas que están funcionando, pero exigen, para seguir, cambios dentro de la estructura, si no somos capaces...

T. Fernández: Valoramos bastante lo que ha supuesto, en economías de escala, en reducción de precios, pero no hasta qué medida ha influido en el comportamiento de la propia organización, en la forma de hacer las cosas.

B. Ortega: Y, lo que es peor, no sabemos si podíamos haber llegado aún a más.

J. Villalobos: Nadie tiene dudas que las centrales de compras tienen unas ventajas teóricas importantes, como es la disminución del precio por aumento de la cantidad, de la productividad por disminución de costes administrativos, de la transparencia y, teóricamente, de la información que disponemos para gestionarla. Hay una serie de condicionantes para que esto funcione, tienes que tener el compromiso de las unidades que se adhieren a esas centrales de compras. Por otro lado, es importante que la gestión de la central de compras sea eficiente. Yo, en los años 90, gerenciaba hospitales de Canarias y el Insalud compraba las placas de tórax, que pretendía que usáramos. Yo, en Canarias, por la situación de puerto franco, las compraba a la mitad que el Insalud, por lo tanto, es difícil que entre en una cosa de este tipo. La gestión no puede ser que el precio, de la central de compras, sea mayor del que podría coger por mi lado.

Por otro lado, estamos en un sector, con una idiosincrasia muy especial,

como es el sistema sanitario y, por ejemplo, la unificación de catálogos, en Andalucía han estado cinco o seis años. Me consta que es difícilísimo mantenerlo actualizado, porque no hay unos procedimientos estandarizados, en muchísimos productos sanitarios no existe una codificación, los farmacéuticos están todos, pero muchos otros no lo tienen. Tenemos una serie de dificultades por ser el sector que somos, es decir, lo que para El Corte Inglés la central de compras funciona perfectamente, en los hospitales cuesta ver la realidad de los resultados.

T. Fernández: ¿Debemos mantener el modelo de central de compras? Evolucionando hacia algo más, que apostabais vosotros, o hemos terminado y tenemos que ir hacia otra herramienta.

J. Villalobos: El modelo de proveedor comprador se ha terminado. O tenemos que llegar a una cooperación de venta de servicios, como decía Berta, entre los proveedores y los compradores, o este es un sistema, que hemos disminuido los precios, pero eso tiene un límite, y no es mucho mayor del que tenemos ahora.

V. Fernández: Las centrales de compras están agotadas si solo se entiende como buscar precio, le queda un recorrido, al que ha empezado más tarde un poquito más, al que antes un poquito menos, pero los que hemos empezado tarde corremos porque ya tenemos información, es decir, le queda unos años, todavía hay una capacidad de ahorro, pero se agotará. No es ese el cambio que yo estaba planteando, es decir, no había nada, se hizo, sensacional, era necesario, era obligatorio cambiar, es la dinámica que había. Tenemos que plantearnos, y voy a utilizar un comentario de Pilar Farjas, en la Fundación Signo, y, revisándolo, me ha abierto los ojos: “Está claro, sé que se ha propuesto, que en

nuestra cartera de servicios tiene que introducirse, como tal, el cambio estructural en todo el ámbito de la compra, en todo el ámbito de las plataformas logísticas”. La gente, cuando utiliza el nombre de plataformas logísticas, no se está refiriendo al almacén, sino a todo el concepto, porque si nos cerráramos solo al almacén, estaríamos equivocándonos, de hecho, utilizamos mal la palabra plataforma logística.

“La primera experiencia en España, que mete la logística dentro del tema de las centrales de compras, me gusta hablar de cadena de suministros, porque es una globalidad, fue Logaritime, en Cataluña y, hay otras, Andalucía, Galicia, nosotros, donde ya, lo que prima, no es el concepto de central de compras, sino que eso es una parte que va añadida a todo el proceso”

Vicente Fernández Gómez

Eso es un cambio necesario en nuestras organizaciones porque nos da mucho valor añadido, pero es igual que hacen los cirujanos, que mejoran su técnica, porque la evidencia les dice que tienen que hacerlo, utilizan lo mejor, ponen toda su sapiencia en su hacer, nosotros, como gestores o responsables en sanidad de un ámbito operacional, tenemos que poner todo nuestro saber y toda la ciencia que haya fuera. Ese cambio no es incompatible con los cambios, que plantea Julio, el concepto de precios se ha agotado, el de cambiar la forma de comprar el servicio o el producto al proveedor tiene que ser de otra manera, pero no es incompatible con los procesos operacionales, que van a seguir estando. Otra cosa es si, mañana, lo voy a hacer yo, como entidad pública,

o una empresa externa o no lo van a hacer, no lo sé, es un debate, que, comentaba Berta, lo mismo hace falta valentía, no estoy ni a favor ni en contra, es un debate que aparecerá. Igual que, en su momento, era imposible sacar las cocinas de los hospitales, la seguridad, la limpieza, y nadie se plantea ahora volver a introducirlo. Lo más importante es la garantía de la calidad de lo que queremos comprar y en qué condiciones y tampoco somos rápidos, es otro de los problemas.

B. Ortiga: Insisto en que debemos comprar lo que necesitamos y los clínicos tienen que estar en consenso con lo que compramos porque, si no, iremos mal. Pero esto no es incompatible con centralizar las compras. Falta lo de siempre, nos quedamos a medio implantar, utilizamos una herramienta, que es la central de compras, pero no sabemos sacarle el máximo jugo. No hay un *feed back*, que implique cambiar la forma de qué compramos, y si podemos mejorar, porque nos unimos seis o siete hospitales, cada uno comprando una marca de gases diferente, y hay aspectos de poco valor añadido, que estaríamos de acuerdo en comprar lo mismo, y, seguramente, clínicos, enfermería, en cambiar de marca, y este cambio no somos lo suficientemente valientes para trasladarlo a la organización, y tenemos información.

“La crisis, si tenía algún valor positivo, nos hubiera permitido realizar un cambio en el modelo de cómo hacemos la atención a la salud y la financiación. Sigue siendo de perfil histórico, hemos perdido una gran oportunidad, una reingeniería, en un entorno de crisis, que se pueden hacer cosas mejores”

Julio Villalobos Hidalgo

T. Fernández: Los catálogos de productos son infumables.

B. Ortiga: Infinitos.

V. Fernández: En España sí tenemos catálogos, diecisiete, ese es el problema. Probablemente es uno de los grandes errores que tuvo el Ministerio hace años, cuando estaba el Insalud, igual que se normalizó el tema de los fármacos, que está absolutamente jerarquizado y tiene un protocolo, se podría haber hecho con los productos sanitarios. Dicen que es más complicado, no, lo hemos hecho en diecisiete Comunidades Autónomas, por qué no podíamos haber, desde el principio, codificado esto, ahí estamos todavía a años luz. Pero la existencia de proyectos, a nivel logístico, por ejemplo, ha forzado el tema del EDI, de la simbolización y la codificación, lo que antes estaba muy parado, ahora se está moviendo y mucho. Como todas las cosas, llegamos tarde, somos diecisiete Autonomías, no somos capaces, a veces, de unificar criterios para cosas, y es una lástima, perdemos sinergias porque, si tuviéramos un solo catálogo, una jerarquía, a nivel nacional, como existe en el medicamento, hasta un potencial principio activo, y, a partir de ahí, las marcas que quieres. El *best marking*, que podríamos hacer entre Comunidades, hospitales, sería bárbaro.

T. Fernández: La última pregunta, que me asustaba bastante, porque hablamos de compra pública innovadora y es tan innovadora que, difícilmente, nos entra en la cabeza. Es una fórmula nueva, que aparece con la idea de que, puesto que el sistema sanitario genera riqueza y nuestra capacidad de poder innovar, de hacer I+D+i dentro del sistema, está cada vez está más limitada, vamos a buscar una fórmula, que genere valor, para determinadas empresas, que sean socios o colaboradores, y donde ganemos todos. Creo

que Berta tiene alguna experiencia en el tema, y nos puedes ayudar un poco a ver qué es esto, cómo funciona, porque lo que sí es cierto es que es una fórmula que ha surgido, a raíz de una Directiva Europea, y que está generando muchísimas críticas en cuanto a la propiedad de lo que se desarrolla, hacia dónde van los beneficios de la colaboración en determinados proyectos...

B. Ortiga: Experiencia práctica, lamentablemente, poca. Me gusta más hablar de innovación en la compra pública. La compra pública es muy específica, pero la innovación en la compra pública hay mucho camino por recorrer y los países del sur de Europa, que estamos con más dificultades económicas, deberíamos aprovechar para generar algunas experiencias que animarán a más gente a hacerlo. La innovación en la compra pública no es una herramienta útil para comprar todo, pero puede ser muy útil para unas áreas. Debemos colaborar, público, Sistema Sanitario Público, y privada, la industria, queda mucho camino por recorrer, ya tenemos experiencias de colaboración, de hecho, aunque no podamos decirlo en voz alta, cuánta inversión estamos pagando con Capítulo 2. El problema es que todo esto no es transparente, pero la transparencia es algo que debemos mejorar, pagamos las inversiones con Capítulo 2, de la misma forma que financiamos la formación continuada de los asistenciales comprando productos, es la misma falta de transparencia, todo el mundo lo sabe y procuramos ser correctos.

Y los modelos de contratación tienen que cambiar, ser más abiertos, donde haya más diálogo, e industria y proveedores de servicios tenemos que buscar un mecanismo de integración mayor, no externalización, enfocado al ámbito asistencial, no en aprovisionamiento de productos clásicos, sino centrarnos en nuestra principal cade-

na de valor, que es el servicio sanitario. Y, por tanto, lanzar un mensaje de que la industria tiene que hacer un esfuerzo también, no solo los directivos. La industria está muy acostumbrada a trabajar con el médico y dar respuesta a sus necesidades asistenciales clínicas, esto es básico, y a sus necesidades como profesionales, de formación, etcétera. Tenemos que empezar a que este dúo, en algunos aspectos, sea un trío, los directivos trabajando conjuntamente para ver qué tecnología compramos, porque la sostenibilidad es responsabilidad de todos. Si la industria se dedica solo a vender producto también está agotando el sistema, porque buena parte de nuestros insuficientes presupuestos depende de ellos. Hay que pedir que, también ellos, sean responsables con nuestros presupuestos.

“Insisto en que debemos comprar lo que necesitamos y los clínicos tienen que estar en consenso con lo que compramos porque, si no, iremos mal. Pero esto no es incompatible con centralizar las compras. Falta lo de siempre, nos quedamos a medio implantar, utilizamos una herramienta, que es la central de compras, pero no sabemos sacarle el máximo jugo”

Berta Ortiga Fontgivell

Muchas veces incorporar esta tecnología o innovación, que venden muy bien, suponen cambios en las organizaciones, en las dinámicas de trabajo, no nos podemos permitir contratar sin eliminar lo obsoleto. Aquí hay una parte de pérdida de valor muy importante, es decir, por ejemplo, si un marcapasos puede ir acompañado de un mecanismo de control a distancia, de cuando el generador se está agotando, a lo mejor, dejamos de necesitar estas consultas de control, cada seis meses,

de todos los pacientes que llevan marcapasos, el consumo es variable, del generador, en función de las necesidades de chispa de cada uno. Está todo por hacer, aquí hay una importante reestructuración de la organización. Debemos pensar, cada vez más, en proceso asistencial en vez de en comprar producto, y aquí hay mucho dinero.

T. Fernández: Queda también ese otro aspecto, que es el que suscita dudas, el de asociación para el desarrollo de productos que no existen, para cubrir una necesidad. La verdad es, está tan en el aire, que casi no me atrevo a hablar de ello.

B. Ortega: Bueno, este es el I+D+i, evidentemente hay un *know how* importante en nuestros profesionales, y también tiene que aflorar, porque muchas veces hacemos las cosas, como siempre se han hecho, y hay un conocimiento, en nuestros profesionales, algunos de ellos, piensan, esto podemos hacerlo diferente, la necesidad de un producto diferente, que implica un control diferente.

J. Villalobos: De hecho, si nos referimos estrictamente a la compra pública innovadora, nos referimos a dos procesos muy reglados, no muy claros en el desarrollo, es exclusivamente para desarrollar nuevos productos que no existen en el mercado. Esto es relativamente muy nuevo, confuso, tanto desde el punto de vista de la Administración, que contrata, como de la empresa, con la que estamos desarrollando este producto, y, por lo tanto, afecta a una parte, de momento, muy pequeña de las compras de los hospitales, y en el capítulo económico relativamente poco. Lo importante, como dice Berta, es orientar la compra a lo que estamos haciendo hace años, de colaboración con las empresas para que, en vez de vender un producto, seamos *partner* en el desarrollo y asu-

man riesgos. En los laboratorios, ahora, no compramos reactivos, compramos resultados, esto, hace unos años, no se podía negociar, la industria ha entendido que tiene unos riesgos y los tiene que asumir si quiere que avancemos juntos. Más que la compra pública innovadora, que es muy estricta y poco utilizada, nos gustaría comentar la necesidad de, en un futuro próximo, que la relación entre proveedores y organización sanitaria fuera más de *partner* que de comprador vendedor.

V. Fernández: Al principio me parecía un agujero negro, menos mal que Julio nos ha explicado claramente el tema, porque, me he leído el documento, y me han entrado dudas. Dicho esto, hay un poco de miedo, los americanos lo tienen clarísimo, se unen industria, compañía de seguros, todo el que puede participar, las universidades, y desarrollan. Y si hay royalties, o hay patentes, disfrutan todos de ese beneficio. ¿No podemos tener, a través de este tipo de contratos, una financiación?, de parte de nuestros servicios sanitarios, a través de nuestra investigación, ¿por qué no? Se pueden crear proyectos de innovación en productos nuevos, que puedan dar un rendimiento y que, una parte, sea redundante. Pero da un poco de miedo que el servicio sanitario pueda "ganar dinero", entre comillas, que sea transparente para que se tiene que dirigir ese rendimiento. La industria utiliza la experiencia de nuestros clínicos, en el uso de las tecnologías, son donde se pregunta para dónde tienen que evolucionar las próximas tecnologías, que tiene que aparecer en el mercado. Todo eso tendría que tener un *feedback* hacia nosotros que, a fecha de hoy, lo hemos perdido. Pero, esto es una opinión, este tipo de contratos podría abrirnos la mente, y empezar a colaborar, de verdad, el proveedor *partner* con la gestión, con los clínicos, y crear otro ámbito de desarrollo.