

## Sostenibilidad. ¿Cómo se gestiona?



De izquierda a derecha: Javier Barreiro, Horacio Pijuán, Gloria Forés, Juan Carlos Alonso, Jesús Rodríguez, Pablo Permuy y Jesús Hernández.

### Participantes:

**Horacio Pijuán.** Director Económico del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Pablo Permuy.** Subdirector General de Compras. SERGAS. Santiago de Compostela.

**Gloria Forés.** Gerente. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

**Jesús Rodríguez.** Director Gerente del Complejo Asistencial Benito Menni. Ciempozuelos. Madrid.

**Jesús Hernández.** Médico de Familia. Ex Director Técnico de Asistencia.

Sanitaria del SESCOAM. Patrono de la Fundación Signo. Madrid.

**Javier Barreiro.** Director Comercial. Roche.

**Moderador: Juan Carlos Alonso.** Director Económico-Financiero. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

**Organizan:** Juan C. Alonso, Diego Falcón, Ignacio García-Ganges, Ángel J. Pérez.

**Transcripción:** Noelia Padrazo.

## Cuestiones tratadas

**J.C. Alonso:** Este punto de encuentro tiene la intención de continuar el debate sobre la sostenibilidad del Sistema Sanitario, después de que el pasado mes de febrero la Fundación realizase un punto de encuentro con el título de "Financiación y Costes. Hablando de sostenibilidad". Las cuestiones inicialmente planteadas han sido:

1. ¿Somos capaces de identificar las bolsas de ineficiencia en la gestión sanitaria de nuestros centros/áreas?
2. ¿Qué podemos hacer para minimizarlas? ¿Disponemos de herramientas?
3. Centralización de compras. ¿Se mejoran las condiciones de compra? ¿Compramos bien? ¿Cómo pagamos?
4. ¿Tienen incentivos nuestros profesionales para buscar la eficiencia en su labor asistencial?
5. Gestión clínica, ¿una solución posible?



Juan Carlos Alonso.

No obstante, estas cuestiones son meramente orientativas y la mesa está totalmente abierta a las propuestas de sus participantes, que tienen a partir de este momento la palabra.

**J. Rodríguez:** Un comentario breve para empezar. Las épocas de crisis son buenas para recuperar la gestión y para renovarla. Y las épocas "de más abundancia" parece que incitan a relajarse en la gestión. Ahora no queda más remedio que ser más eficientes y ajustarse mucho más a un entorno complicado desde el punto de vista económico-financiero. Es en momentos de especiales dificultades como este en los que siempre se han producido las mayores innovaciones en la gestión.

**J. Hernández:** Estoy de acuerdo con lo que comenta Jesús y, aplicando esa frase que se maneja habitualmente de que no hay mal que por bien no venga, nunca viene mal una crisis para una buena gestión. Efectivamente, la época de la "facilidad" de presupuestos ha pasado y los gestores deben dejar de ser meros administradores para gestionar priorizando los recursos escasos que tenemos.

**G. Forés:** Me gustaría concretar un poco más. Hablar de mejorar la gestión no deja de ser un poco ambiguo. Desde un punto de vista más práctico, me gustaría proponer hacer un análisis cuestionando lo que estamos utilizando. ¿Es necesario? ¿Está justificado por su coste-efectividad, por la aportación a la salud de la población? Por otra parte, creo que se debería invertir más en formar tanto a la población, como consumidora de recursos y utilizadora de dispositivos sanitarios, como a los profesionales sanitarios, como dispensadores de una parte importante de esos recursos. En la época de bonanza que hemos vivido se ha olvidado la formación, información y concienciación

del ciudadano y del profesional en estos campos.

---

*Se debería invertir más en formar tanto a la población, como consumidora de recursos y utilizadora de dispositivos sanitarios, como a los profesionales sanitarios, como dispensadores de una parte importante de esos recursos*

---

Gloria Forés

Por otra parte, tú estás en Atención Primaria y yo estoy en un hospital; el paciente va de un sistema al otro y, digo sistemas, porque lejos de estar coordinados, se repiten las pruebas, se repiten los procedimientos como si la otra parte no existiera, dando lugar a sobrecostes injustificables, que además no benefician al paciente, si no más bien todo lo contrario.

**P. Permy:** En una situación de crisis como en la que estamos, las dos líneas de actuación son necesarias. La información y formación de la población tiene unos resultados que no son inmediatos, son a medio y largo plazo. La situación actual nos obliga a tomar decisiones a corto plazo en la mejora de la eficiencia, por eso son necesarias las dos líneas. Hay que plantearse qué nuevas estrategias, qué nuevos mecanismos podemos poner encima de la mesa para mejorar la eficiencia de nuestro sistema y entre ellos mejorar, como tú decías, la conexión entre Atención Primaria y Atención Especializada. Necesitamos ahora decisiones a corto plazo.

**H. Pijuán:** Coincido con tu análisis. Creo que la senda de crecimiento sostenida que llevamos en los últimos años en el gasto sanitario no se puede mantener, el presupuesto pasa a ser una restricción de manera clara. Nuestros esfuerzos han estado muy centrados en la oferta de recursos, en el mercado, en

los proveedores, campos sobre los que es necesario seguir actuando, pero entiendo que el margen es mucho mayor en el lado de la demanda. Hay que ver qué se está utilizando, cómo se está utilizando y qué parte de esos recursos no están aportando valor añadido y, por tanto, son prescindibles. El principio de la eficiencia como objetivo exclusivo no es válido en este momento, porque el presupuesto es limitado. El concepto de eficiencia debe ser complementado con el de suficiencia presupuestaria y para ser suficientes tenemos que actuar en el uso racional del recurso sanitario: adecuar la demanda a lo que necesitamos. Lo principal es analizar si todo lo que estamos utilizando es realmente necesario y si se está utilizando de manera correcta.

**J. Barreiro:** Es cierto que en países con modelos sanitarios semejantes al nuestro se ha convertido al ciudadano en consumidor. Siempre se actúa sobre la oferta, muy pocas veces sobre la demanda y esto lleva a lo que lleva, incremento del gasto sanitario, aumento añadido de la demanda por el envejecimiento de la población, inmigración y nuevas patologías, etc.; en fin, todas las casuísticas ya conocidas. En comparación con países de alrededor, como por ejemplo Francia o Italia, nos gastamos menos, y probablemente tenemos una sanidad de mayor calidad. Siempre se ha actuado sobre medidas reactivas, sobre la organización. El paradigma que tiene que cambiar es tomar actitudes más proactivas, actuar sobre la optimización del proceso por caso o por paciente. Y, sobre todo, hay que trabajar en la sincronización de procesos y evitar muchos actos que se realizan y que no producen valor ninguno.

La sanidad está bastante politizada, lo que tiene sus pros y sus contras. Pero en cualquier caso, tendrían que darse tres vectores de cambio. El primero es trabajar en la salud de la población

potenciando medidas preventivas y tomar la decisión del catálogo de prestaciones, es decir, habrá que actuar sobre el *case mix* y el volumen: ver qué patologías se quieren atender, cuáles se cubren, cómo, etc. Habrá que poner más medidas preventivas, vacunaciones, *disease management* de patologías que tienen luego una gran demanda de recursos. Actuar sobre el catálogo de prestaciones es una decisión política. El segundo vector es cómo actuar sobre los recursos por caso. Son cosas muy conocidas, pero en pocas instituciones se trabaja en el proceso del paciente. Habrá que pensar más en el negocio que en la empresa: pensar en el negocio es pensar sobre los pacientes y en los productos y la empresa ha de organizarse para hacer sostenible el negocio: ver qué dinero tenemos y qué es lo mejor que podemos hacer con él. Para ello habrá que protocolizar más, visitas de alta resolución, trabajar con algoritmos y guías clínicas, contar más con sociedades científicas, etc. El tercer vector es que sin los clínicos, la gestión clínica es muy complicada. Va a haber un gran cambio generacional, se va a jubilar en

los próximos diez años casi el sesenta por ciento del personal sanitario y es una gran oportunidad para cambiar la forma de trabajar e incorporar las nuevas tecnologías. También se está dando un gran cambio tecnológico importantísimo, que permite trabajar sobre otro tipo de conceptos, como la medicina personalizada: la genómica, proteómica y el resto de -ómicas, permitirán trabajar mejor sobre bases científicas y no solo sobre síntomas y signos. Las predisposiciones genéticas y el incremento en la educación sanitaria de la población van a poder evitar muchos costes. Tenemos la obligación de hacer el sistema sostenible y el actuar sobre los tres vectores mencionados lo permitirá.

Las nuevas tecnologías se están tomando muchas veces como un incremento del gasto, pero probablemente si se hacen bien y se protocolizan bien se convierten en una oportunidad. Es importante que los clínicos puedan trabajar con nuevas tecnologías que les permitan actuar de forma más efectiva y eficiente sobre el proceso del paciente. Cuando se hacen estudios de cómo motivar a los profesionales, casi siempre se pone de ejemplo a los países nórdicos y Holanda, sobre todo por el tema de la formación continuada y el acceso a las nuevas tecnologías. Si se es muy restrictivo en aplicar criterios economicistas e ir a "commodities" en vez de incorporar aquellas tecnologías que demuestren que son coste-efectivas, repercutirá en la calidad asistencial y además penalizará a las empresas que invierten mucho dinero en investigación y desarrollo; una patente en este ámbito sanitario cuesta muchísimo dinero y los tiempos son cortos para sacar beneficio. Probablemente, si hablamos solo en términos económicos reactivos, en pocos años todo cambiará a peor.

Además, no hay que olvidar que la sanidad supone un gasto, pero también



Gloria Forés.

aporta casi un cuatro por ciento al producto interior bruto del país. El equilibrio entre una gestión de compras más eficiente, de más protocolización y, sobre todo, de la sincronización de procesos es fundamental, y no se pueden sincronizar procesos o evitar repeticiones de pruebas si no hay un buen sistema de información.

**G. Forés:** Las tecnologías están muy bien; hay que hacer estudios de coste-efectividad para ponerlas en marcha, hay que formar a la gente para que sepa utilizarlas, pero eso no lo estamos haciendo. Sin embargo, las nuevas tecnologías son imparables y nos va a volver a pasar que nos quedemos atrás. Decías que el tema de la formación es a medio-largo plazo, pero si no empezamos ya, nunca vamos a llegar a tiempo. Hay que tomar una decisión global para que todos tomemos medidas o dentro de diez años tendremos las tecnologías pero la gente no estará preparada para utilizarlas.

**J. Barreiro:** Hay que potenciar la formación y la adecuación tecnológica. Actualmente se está actuando sobre medidas reactivas, que no generan valor: actuar sobre el uso, sobre la compra, sobre la oferta, etc. Probablemente haya que cambiar a medidas proactivas, que generen valor: optimización y sincronización, y para ello son fundamentales las nuevas tecnologías y los sistemas de información, cuyo correcto uso requiere formación.

**J. Hernández:** En el consejo interterritorial llevan peleándose mucho tiempo y se han puesto de acuerdo ahora, cuando estamos con el agua al cuello, sobre medidas reactivas. Es muy importante verlo desde una doble vertiente: una es que algo hay que hacer ahora, aunque haya unos presupuestos más restrictivos; otra es que tenemos que invertir en cultura, porque hay que formar al paciente, al usuario, al ciudadano.

Tenemos que informar al paciente de que tiene unos derechos y unos deberes. No podemos hacer a un paciente una resonancia tridimensional de última generación y decirle que no la utilice. Hay que explicarle a la gente lo que cuestan sus consultas, sus pruebas, etc., aunque no lo vayan a pagar ellos; la gente lo entiende.

También hay que incentivar a los profesionales, que, aunque les motive el dinero, llega un momento en el que necesitan otras expectativas, como por ejemplo formarse o que le den un año sabático para hacer su tesis. Además, hay que concienciarles de la responsabilidad que tienen como profesionales clínicos.

En el tema de la informatización, es un acierto tener una historia clínica única para toda la región. Es importante compartir ámbitos, como la radiología o la analítica, porque se evita la duplicidad de pruebas. Lo lógico es que cuando el paciente va al hospital con las pruebas necesarias realizadas, allí lo sepan para no repetírselas.

**J. Rodríguez:** Como antes comentaba, las épocas de crisis son buenas para recuperar aquellos instrumentos que tenemos para gestionar y desarrollar sus posibilidades. No se trata solo de intentar innovar, sino que antes de hacerlo es necesario conocer el camino recorrido hasta ahora y los instrumentos que han demostrado su utilidad. Por poner solo un ejemplo, durante mucho tiempo hemos dedicado un gran esfuerzo a medir el producto hospitalario y analizar sus costes. Esto actualmente ha pasado a un segundo plano e incluso en cierta medida se ha abandonado.

El porqué se ha producido este cambio en el ámbito sanitario es difícil de responder, pero probablemente se corresponde, como antes decía, con





Jesús Hernández.

que en las épocas de abundancia existe un cierto grado de relajación a la hora de utilizar los instrumentos que tenemos a nuestra disposición para gestionar, y por otro lado a que actualmente el espacio para la gestión sanitaria se ha reducido siendo ocupado parte de éste por la política sanitaria.

Por tanto, entre las cosas concretas que podemos hacer para minimizar las bolsas de ineficiencia existentes e incrementar la eficiencia, unas que vendrán derivadas de la recuperación de instrumentos de la gestión que hemos dejado de utilizar y otras por la innovación, (avanzar más en los autocuidados de los pacientes, nuevos mecanismos de incentiación a los profesionales, etc.).

**P. Permy:** Es fundamental el enlace Atención Primaria y Especializada, y que funcionen como una atención integral. Habría que integrar por áreas sanitarias los dos niveles de asistencia. Es muy importante crear la historia clínica única, incorporar la radiología accesible para todos los sanitarios, sea cual sea el nivel en el que estén, etc. Eso va a permitir dar fiabilidad al siste-

ma y que el personal sanitario que trabaja en un centro de alta tecnología no ponga en entredicho las pruebas que se hayan hecho en Atención Primaria. Así evitaremos la repetición de pruebas. Además, mejorarían la coordinación y la eficiencia. Esto no es fácil, pero es una línea en la que habrá que avanzar. El especialista no será solo un especialista hospitalario, sino que tendrá una expectativa de trabajo abierta para apoyar y colaborar con sus compañeros de Atención Primaria. Todo esto evitaría también la saturación de los hospitales, porque se resolverían muchas cuestiones en Atención Primaria.

**J. Hernández:** El médico de Atención Primaria se siente devaluado muchas veces. Cuando tiene la opción de ser el que diagnostica, el que trata, no tiene ninguna dificultad técnica, evitando derivaciones. Odiamos la palabra derivaciones, lo que queremos es interconsulta. Se trata de consultar al compañero del hospital y el problema es que no tengo vía de acceso (un teléfono, un fax...) para comunicarme con él y evitar mandarle al paciente.

**J. Rodríguez:** Hablábamos de buscar mecanismos de control del gasto farmacéutico, de cómo avanzar en la incorporación de la receta electrónica. Un mayor grado de implantación va a permitir un mayor grado de control, sobre todo de los tratamientos crónicos. Hay estudios que demuestran que se pueden obtener ahorros importantes controlando los medicamentos que realmente no llegan a utilizarse.

**J.C. Alonso:** Está claro que en nuestro ámbito hay bolsas de ineficiencia y en su mayor parte las conocemos. Deberíamos debatir qué podemos hacer para mejorarlas o qué estamos haciendo. En ese sentido, en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, según he podido saber, tienen una experiencia en este

campo y sería muy ilustrativo que nos la contase su Director de Gestión.

**H. Pijuán:** Para detectar la bolsa de ineficiencia, plantearía tres líneas. La idea clave es integrar en la gestión al profesional clínico, porque nos dedicamos al mercado sanitario y es él, el auténtico conocedor de este negocio. Hay que darle el protagonismo que tiene que tener también desde el punto de vista de gestión. Sabe los recursos que hay que usar, sabe lo que es necesario y lo que es superfluo, etc., y por eso debe estar en el centro. Por eso debe dársele más responsabilidad en el ámbito de la gestión y articularlo a través de acuerdos concretos. Hay una gran variabilidad clínica que lleva a una variabilidad de utilización de recursos y es el profesional clínico quien puede actuar sobre ella.

Que hagas una revisión de tu variabilidad de práctica clínica, te va a permitir meterte en técnicas nuevas. El profesional clínico sí puede decidir lo que es fundamental y lo que no. El clínico es el gran conocedor, hablando de prescripción farmacéutica, de pruebas diagnósticas, de protocolos de actuación, etc. Para actuar sobre la demanda y la utilización de recursos adecuados, hay que hacerlo de la mano de la persona experta en nuestra empresa, a través de acuerdos de gestión y de sostenibilidad.

La segunda línea es la racionalización de todos los procesos logísticos y de compras. Hay que darle una nueva visión a los procesos logísticos, de industrialización, de hostelería, de lavandería, etc., que tiene cada centro. Hay que ir a estructuras que presten servicios multicéntricos, multiprovinciales, multirregionales... Dependiendo del hospital, los costes son absolutamente dispares. Por eso, hay que racionalizar todo el proceso logístico, que no es el proceso sanitario en sí, pero evidente-

mente está adquiriendo porcentajes de coste cada vez mayores.

La tercera línea importante es la creación de un nuevo tipo de relación con el proveedor. Todos estamos en este negocio y sabemos que hay problemas de pago; por incentivar el consumo no vamos a ninguna parte. Hay que rebajar los precios, pero llegando a un precio que te permita continuar con la calidad necesaria y contener el consumo. La nueva ley de contratos del sector público abre caminos que no existían anteriormente, como contratos de colaboración público-privada. Por eso tenemos que conocer el mercado y pactar.

La relación con el proveedor tiene que cambiar, tenemos que hacerlo sostenible; es decir, que los proveedores tengan una cuenta de resultados y una facturación, y nosotros tengamos un tope de gasto. Tenemos que ir a la fórmula de riesgo compartido, analizar casos, analizar volumen estudiando el histórico de actividades y llegar a un precio cerrado de suministro de productos para un centro determinado o



Horacio Pijuán.

una actividad. Esto va a llevar al proveedor a no incidir tanto en el consumo. Todos estamos interesados en que esos protocolos de utilización sean interesantes para ambas partes.

Para detectar las deficiencias, hay que establecer sistemas de estudio e información de gastos imputables directos con un servicio determinado. El clínico no entiende de análisis de costes. Hay que dar un buen sistema de información que permita un análisis pormenorizado de aquello en lo que se tiene capacidad de decisión en cuanto a la compra y capacidad de uso. Con un buen sistema de información se detectan de manera rápida y palpable las ineficiencias.

**J. Hernández:** Un concepto importante que me viene a la mente es la falta de liderazgo, en concreto para hacer protagonistas a los profesionales, que son los que en último término deciden. Cuando uno está gestionando y pregunta a los profesionales por sus necesidades, lo que te piden son cosas muy básicas, que tienen poco coste, como un teléfono o una impresora. Mi opinión es que los gerentes de antes tenían más liderazgo y se acercaban más a los profesionales. Se necesita un trato más cercano para darles protagonismo y crear liderazgo. Hay que consultar a todos los profesionales que tienen alguna responsabilidad y con tener en cuenta su opinión se dan por satisfechos.

---

*Si miramos la contabilidad analítica, hay una gran variabilidad de cómo se gestionan los diferentes ámbitos en cada sitio, pero disponemos de esos datos y deberíamos ponerlos en práctica*

Jesús Hernández

---

Es verdad que se han perdido elementos de gestión. Si miramos la con-

tabilidad analítica, hay una gran variabilidad de cómo se gestionan los diferentes ámbitos en cada sitio, pero disponemos de esos datos y deberíamos ponerlos en práctica. El problema a lo mejor es que la ineficiencia escuece, pero si tenemos datos para verla y responder, tendríamos que usarlos para tomar decisiones, aunque a veces sean desagradecidas de cara a lo personal.

**G. Forés:** Cuando hablas de que se han perdido recursos de gestión, ¿te refieres a raíz de las transferencias?

**J. Rodríguez:** Me refiero a varios factores. En el sistema sanitario hemos pasado por diferentes etapas a lo largo de las últimas décadas. Durante un largo periodo de tiempo de la gestión del extinto INSALUD, hubo una importante centralización de la gestión, pero en los últimos años se había hecho un esfuerzo por descentralizar la gestión sanitaria, tanto a nivel hospitalario como a nivel de servicios, con la implantación de institutos, etc. Con carácter general, cuando las comunidades autónomas se han ido haciendo cargo de la gestión sanitaria, han tenido nuevamente una tendencia a la centralización de la gestión, lo que en cierta medida ha dificultado la utilización de algunos instrumentos, como por ejemplo, la comparación de los resultados entre todos los centros del Estado. En consecuencia, creo que tenemos mecanismos para medir las bolsas de ineficiencia, pero en mi opinión no los estamos utilizando adecuada o suficientemente. Vuelvo a reiterar que es necesario innovar, pero al mismo tiempo desarrollar todas las posibilidades que nos ofrecen los instrumentos disponibles actualmente, como la contabilidad analítica, la gestión por procesos o el análisis de la casuística a través de GRD, o PMC. Y para ello es importante que nos podamos comparar.



En cuanto a la gestión clínica, no podemos olvidar que los profesionales sanitarios están altamente cualificados y tenemos que darles el protagonismo y la responsabilidad que les corresponde. En este proceso hemos fracasado relativamente. Hay que tener claro que descentralizar la gestión a nivel interno implica llevar a cabo importantes cambios en la organización, y disponer y facilitar de los instrumentos e incentivos adecuados para gestionar a nivel de servicio. Llevamos mucho tiempo hablando de gestión clínica y se han hecho muchos avances, pero hemos chocado con algunas barreras que no hemos logrado superar. Tenemos los mecanismos necesarios para llevar a cabo la gestión clínica, pero no hemos profundizado en ella. Por ejemplo, el contrato de gestión de unidad clínica ha quedado diluido en los últimos años. El no cumplimiento del contrato de gestión o de los objetivos fijados por un servicio en la práctica clínica supone poco, lo que resulta desmotivador para muchos profesionales.

**G. Forés:** Has comentado que, hablando en términos políticos, la capacidad gestora de los gestores es más pequeña y no estoy de acuerdo. Los clínicos piden y nosotros escuchamos, pero además tenemos que dar. Si el margen de gestión real que tiene un gestor es pequeño, tienes muy poco juego que darle al clínico.

**H. Pijuán:** Si os paráis a analizar, en la estructura y normativa que tenemos hay campos por avanzar y hay posibilidad de competencia. Aunque los clínicos no puedan comprar, ni puedan contratar, pueden adquirir niveles de capacidad de decisión muy elevados.

**J. Hernández:** Al clínico hay que darle protagonismo, pero no solo pedirle su opinión, sino también atenderle.

**J. Barreiro:** Han salido varios temas: colaboración Público-privada, externalizaciones, herramientas de gestión, GRD, variabilidad en la práctica clínica, centralización de compras, presupuestos, etc. La gestión es buena o mala, independientemente de que se trate de pública o privada, aunque se trate de dominios distintos. En la privada, el mercado y tener una empresa con beneficios es prioritario. En la gestión pública se procura tener unos criterios más equitativos y justos hacia la población, aunque hay que saber cuánto cuestan las cosas. Incorporar mejoras de efectividad requiere en algunos casos una inversión inicial, como la receta electrónica, pero que seguro que van a tener beneficios a medio y largo plazo. Pero en cualquier caso, hay que incorporar a los clínicos a la gestión, sin ellos no se puede hacer gestión clínica, y es lo que permitirá reducir las bolsas de ineficacia y actuar en los procesos con criterios de coste-efectividad.

Las decisiones van a pivotar mucho en torno al paciente. Las nuevas tecnologías nos van a obligar a los cambios y



Javier Barreiro.

se va a trabajar cada vez más en medidas preventivas, en educación, etc. Los profesionales tienen que estar alrededor del proceso del paciente para que se pueda hacer un buen aprovechamiento de los recursos.

En cuanto a la variabilidad en la partida clínica, se puede hacer bastante, al menos acotando en base a unos rangos. En la medida en que se va conociendo más y se van estandarizando prácticas clínicas, se podrá actuar más con criterios de medicina basada en la evidencia. No es aceptable que se tengan variaciones, por ejemplo, en una rotura de fémur, o que dependiendo de en qué hospital te atiendan de angio inestable, las diferencias sean del 90% en el coste del GRD. En estos aspectos, las sociedades científicas tendrán que colaborar mucho más y los directivos tendréis que obligar a que se trabaje según esas guías clínicas.

Sobre el tema de las alianzas, pienso que tiene que haber un triángulo entre gestores, que son los que tienen el control presupuestario, los clínicos y las empresas. Cada vez más hay que buscar la mayor aportación de valor. Unas veces se puede recurrir a economías de escala, otras veces hay que compartir riesgos para una innovación determinada, etc. Las alianzas entre cliente y proveedor, en la empresa privada ya lo hacemos y la pública tiene herramientas para hacerlo. Pero hay que evitar el abuso de la alianza mal interpretada, en este sentido, hay gente que innova demasiado, e intenta pasar al proveedor todas sus bolsas de ineficacia, es decir, que en muchos casos se pretende que el proveedor lo haga todo y esto no sé hasta qué punto es bueno, porque o te conviertes en un comisario político de los clínicos y haces la gestión de los procesos o el proveedor pierde dinero. El proveedor puede colaborar y puede compartir riesgos, pero no tiene que tomar decisiones

que competen a los clínicos. Estoy totalmente de acuerdo en que tiene que haber cada vez más colaboración entre clínicos, gestores y empresas.

En cuanto a las crisis de liderazgo, probablemente exista, se ha quemado o permitido que se quemen muchos profesionales y estos lo han transmitido al resto de la organización. Incluso lleguen quemadas las nuevas incorporaciones: a los residentes, en plena fase de formación y que deberían tener toda la ilusión, solo se les tiene como carne de guardias.

Y sobre la centralización de compras, como en casi todo, es bueno aplicar el sentido común. Ya que se pregunta respecto a mi empresa, hay temas que están centralizados de forma corporativa a nivel mundial: la compra de ordenadores te dan a elegir entre dos modelos; y otros que se deciden por la unidad de negocio local o el departamento, reportando justificadamente. Añadir que con dineros públicos hay que ser muy exigentes y se ha de aplicar la ley con rigor y máxima transparencia, pero que no deben estar reñidos con la flexibilidad.

**P. Permuy:** El tema de los contratos de riesgo compartido es una vía que cada vez vamos a tener que utilizar más, porque estamos en un sector muy dinámico en el que estamos incorporando muchas innovaciones, tanto de productos sanitarios como de tecnología, en las que hay miles de estudios de coste-eficiencia. Estamos dando por buena esa tecnología con esos resultados, cuando en la realidad no es así. Los contratos de riesgo compartido al final son a tres bandas, como decía Javier: gestor, clínico y empresa. Vamos a poner unas condiciones de laboratorio que tienen que respetarse por parte del servicio o de la organización sanitaria que sea, y en esas condiciones mi producto obtiene



Pablo Permuy.

esos resultados. Si no es así, vamos a graduar hasta dónde pago esa innovación. Si una innovación tiene un coste añadido, vamos a ver si uno lo tiene que pagar todo, hay que definirlo muy bien.

**J. Barreiro:** En los contratos que se están haciendo ahora en el sector público con alianzas con empresas, se debe definir a qué parte corresponden las responsabilidades. Tienen que quedar claras las acciones que cada parte está asumiendo. Tenemos que aprender a hacerlas bien para que no haya luego problemas de qué debe hacer cada uno de los actores, quién paga qué, responsabilidades profesionales de cada uno, sistema de evaluación y seguimiento, etc. Los contratos de colaboración entre cliente y proveedor en los PFI de Inglaterra tienen 70 páginas, en donde intentan explicar lo anteriormente mencionado.

**P. Permuy:** En la medida de lo posible, hay que copiar lo que ya está hecho y mejorarlo. Hay que ver qué problemas han surgido y pulirlos. La innovación

por la simple innovación, a veces es pernicioso.

En cuanto a la estandarización de servicios, tenemos un problema en la administración.

En principio, cualquier estandarización de servicios parece que genera un ahorro. Desde el punto de vista de la mano de obra, vamos a sectores en los que las condiciones son menos ventajosas para el trabajador que para la administración. Además del beneficio empresarial y el IVA que haya que soportar, parece que hay un beneficio. El problema es que se necesita un gran volumen de profesionales, que son mano de obra. Al final la historia nos dice que los convenios colectivos que firman esos trabajadores con esas empresas, en los cuales la administración lo único que hace es pagar, hacen que las condiciones de estos trabajadores se acerquen más a los de la propia administración y a veces incluso las superen, lo cual pasa a tener un coste desmedido. En ese sentido habrá que medir.

En el tema de la mejora logística, parece que las centrales de compras se han puesto de moda pero no todo son beneficios. Hay que ver qué productos se pueden agregar y cuáles no. Hay productos que puedes agrupar y comprárselos al mismo proveedor, con el riesgo que pueden suponer los monopolios y el fin de la competencia. Hay otros productos que son más específicos y no puedes agrupar. Son aspectos a analizar antes de realizar una compra de estas características.

**J.C. Alonso:** Hay dos aspectos que me gustaría plantear al grupo. Estamos hablando de control de gastos corrientes y nos olvidamos de que el sesenta o setenta por ciento del gasto hospitalario es gasto en personal. Las políticas de personal vienen centralizadas y, por

lo tanto, el margen de maniobra como gestores, a nivel de centro, es mínimo. Me gustaría que hablásemos de qué podríamos hacer en ese campo para mejorar la eficiencia o productividad de nuestros profesionales. Por otra parte, un tema preocupante es que no tenemos sistemas de información compartidos, ni siquiera en muchas ocasiones a nivel del propio servicio de salud, y desconocemos cómo están trabajando el resto de centros. En este tema hay un déficit importantísimo y tenemos que empezar a trabajar en compararnos con los demás, tanto a nivel autonómico como nacional, porque actualmente tenemos que obtener la información de manera indirecta y esto provoca una gran falta de comunicación.

---

*Un tema preocupante es que no tenemos sistemas de información compartidos, ni siquiera en muchas ocasiones a nivel del propio servicio de salud, y desconocemos cómo están trabajando el resto de centros*

Juan Carlos Alonso

---

**P. Permuy:** En cuanto a la falta de información de los datos del resto de

hospitales para mejorar los nuestros, en la parte de compras y logística se ha empezado a estudiar este tema. Hay que ver los mejores resultados, las mejores técnicas, etc., para poder mejorar. En el ámbito sanitario, tenemos un problema cada vez que nos comparamos, porque también hay muchas decisiones políticas en el medio. En este sentido parece que nos comparamos no para coger lo mejor, sino para aumentar prestaciones. Entre las propias comunidades autónomas parecía que había una guerra para ver qué prestación podía incorporar cada una, aunque esto ha parado debido a la diferente época que estamos atravesando.

**G. Forés:** Si juntas las diferencias políticas y las comparaciones políticas, el resultado no es bueno. Si estamos viendo que es bueno compararse, vamos a hacerlo en positivo. A lo mejor los profesionales somos capaces de hacerlo, pero es un peligro meter la política en este tema, porque eso se puede utilizar como crítica política.

**J.C. Alonso:** La falta de información en este tema es curiosa, porque no sabemos, por ejemplo, a qué precio compra



la prótesis el hospital que está a quince kilómetros del nuestro, pero cualquier empresa proveedora conoce perfectamente a cuánto se vende a cualquier hospital del país. Hay una asimetría tremenda en cuanto a la información con la que trabajamos.

**P. Permy:** Para poder comparar precios, necesitas un catálogo único de productos. La mayor parte de las comunidades autónomas todavía están dando tumbos con sus catálogos.

**J. Rodríguez:** En lo referente a los sistemas de información, el problema es que no solo no hemos avanzado, sino que en algunos aspectos hemos retrocedido. Hoy es más difícil disponer de información objetiva sobre análisis de productos, comparación de precios de compras, etc., y la falta de información es algo que en cualquier tipo de empresa se suele traducir en un incremento de los costes.

Las compras de una empresa pueden realizarse de diferentes formas, dependiendo de su tamaño y de otras características: 1. Centralizar las compras. 2. Centralizar solo una parte de las compras, si es una empresa pequeña. 3. Hacerse socio de una central de compras, para tener acceso a los sistemas de información y a todos los precios de los proveedores y poder obtener así un mayor beneficio. En este sentido, señalar que aunque esto se puede hacer de la misma forma en el sector público, hasta la fecha se ha tendido más a centralizar las compras que a crear una central de compras propiamente dicha.

**J. Barreiro:** No solo es importante una buena gestión de compras, sino también el uso. El sistema se vuelve perverso cuando queremos centralizar las compras, pero luego cada hospital te pide descuentos adicionales, o que se compren guantes muy baratos y la

gente se ponga dos pares cada vez por su falta de calidad. Que se haga una buena gestión de compras es beneficioso para todos. Las empresas queremos tener una venta sostenible, con acuerdos estables, ya que tenemos una infraestructura que mantener.

Sobre el tema de los GRD, cabe decir que se tiene una amplia información que no se está utilizando todo lo que se podría.

**J. Rodríguez:** Cualquiera que se acerque a analizar los datos del personal sanitario en la Unión Europea observará que en España estamos por encima de la media en lo referente a médicos y un poco por debajo de la media en lo referente a personal de Enfermería.

**P. Permy:** El primer problema que tenemos en nuestro sistema retributivo es que todos vamos a cobrar lo mismo a final de mes, seamos buenos o malos trabajadores. En la empresa privada, evidentemente hay unos sistemas de incentivos y no dos personas de la misma categoría cobran lo mismo.

**G. Forés:** Pienso que eso es un fallo de los gestores, porque existe la productividad variable y la gente no ha querido aplicarlo. En la Fundación donde trabajo, sí estamos aplicando la evaluación de objetivos y la gente ha respondido de una manera sorprendente, y no porque les bajas un poco el sueldo, sino por el prestigio.

**H. Pijuán:** El marco normativo nos permite hacer mucho más de lo que pensamos. Los objetivos concretos de los servicios clínicos deben ser acordes con los objetivos del propio hospital. Los acuerdos clínicos deben tener objetivos en relación con la actividad de hospitalización, actividad quirúrgica, de consultas y pruebas diagnósticas,



pero también sobre actividad investigadora y por supuesto sobre el gasto de personal y bienes y servicios. En Andalucía está implantado un sistema de acuerdos de gestión clínicos unidos a un sistema de incentivos variables en función del nivel de cumplimiento de esos acuerdos de gestión clínicos. Este sistema tiene incidencia no solo en la parte retributiva, sino también en la carrera profesional.

**J. Hernández:** Es cierto que cuando comparas la gente se estimula, pero esto genera también cosas malas, como enfados entre los clínicos. Tenemos mecanismos, hay incentivos, pero otra cosa es que se puedan utilizar. Es verdad es que esto podría levantar mucha ineficiencia, pero tiene su parte negativa. A raíz de las transferencias, los clínicos se repartieron como se pudo.

**G. Forés:** Hay falta de estándares, porque igual que comentabais que nadie cuenta con los precios, con las personas tampoco. Por lo general, hay poca plantilla, pero no sabemos a qué se debe.

**P. Permuy:** Un porcentaje importante del gasto sanitario son retribuciones, pero cada vez que se hace cualquier tipo de sondeo hay una sensación de insatisfacción generalizada, desde los facultativos hasta el resto de profesionales. Normalmente, la productividad variable está enfocada al personal facultativo y estoy de acuerdo en que les importa más verse arriba que la diferencia salarial con sus compañeros. Curiosamente, el incentivo económico está más valorado cuanto más bajo es el nivel del colectivo profesional; arriba tienes que buscar otro tipo de incentivos, como puede ser el acceso a la formación o a nuevas tecnologías.

**H. Pijuán:** No puedes generar unidades de gestión clínica por categorías,

con lo que un servicio clínico debe llegar desde el jefe de servicio hasta el celador. Cada categoría necesita diferentes motivaciones, pero el objetivo es común para todos.

---

*No puedes generar unidades de gestión clínica por categorías, con lo que un servicio clínico debe llegar desde el jefe de servicio hasta el celador. Cada categoría necesita diferentes motivaciones, pero el objetivo es común para todos*

Horacio Pijuán

---

**J.C. Alonso:** En el anterior punto de encuentro, salió a colación a nivel macro el tema del gasto farmacéutico, que a nivel hospitalario está creciendo en torno a un quince o veinte por ciento anual y esto es difícilmente sostenible. Me gustaría que comentásemos si realmente se puede hacer algo, a nivel micro, para controlar ese crecimiento de gasto o estamos realmente con las manos atadas.

**J. Barreiro:** La evaluación del desempeño es importante, pero no es la panacea que soluciona los problemas de una organización. Han de estar alineados con los objetivos estratégicos de la empresa y además, si se hace, hay que hacerla bien y evitar que se conviertan en rutina y un extra de salario. Normalmente, cada cuatro o cinco años se deberían cambiar para que no se rutinicen, aunque esto lleve el trabajo de aprender de nuevo los criterios de evaluación y/o los criterios de retribución si los hay. Tres cosas nos motivan a la gente: el dinero, la satisfacción del deber cumplido y el sentirse parte de un equipo. No hay ninguna organización que convierta a un hombre malo en un hombre bueno, pero sí hay muchas organizaciones que frustran a los hombres buenos. Al profesional que está motivado para hacer las cosas bien, esto no le afecta. Por lo tanto, los

sistemas de remodelación y de incentivos están bien para que la gente se implique, pero tampoco hay que sobrevalorarlos.

**J. Rodríguez:** Respecto a la pregunta sobre cómo mejorar la productividad y motivación de nuestros profesionales, creo que podemos llevar a cabo diferentes actuaciones. Pero la más importante es disponer de una clara política de recursos humanos que contemple las necesidades de personal a corto y medio plazo, el sistema de contratación y el sistema de incentivos, entre otros. A mi juicio, un sistema de contratación con un alto porcentaje de contratos eventuales no es el camino más correcto para ser más eficientes.

Por lo que se refiere al sistema de incentivos, señalar que este debe corresponderse y discriminar en base al cumplimiento de objetivos y a la evaluación de desempeño.

Y por último, señalar la conveniencia de disponer un mayor grado de flexibilidad en la distribución del personal para facilitar la adaptación de los centros a los cambios de población y demandas de los ciudadanos.

**J. Barreiro:** Me gustaría hacer algunos comentarios sobre el gasto farmacéutico y la integración de Primaria y Hospitalaria. Cuando se trata de recetas de especialidades farmacéuticas en el ámbito hospitalario, no suelen ser de genéricos, sino de la última generación. Responsabilizar a los médicos de hospital para aplicar un uso racional del medicamento, que la medicación que dan sea la idónea del paciente, recordarles que en muchos casos es esa especialidad farmacéutica con la que va a continuar el paciente en Atención Primaria, y que a veces no tiene que ser la de última generación o ya ni menciono a las que no tienen mayores cualidades demostradas frente otras

anteriores. Hay que dar información de precios y estudios de coste-efectividad a los profesionales de los hospitales.

Es un tema de discusión si está justificado dar un tratamiento que añade escasas semanas de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) y cuesta el 200% del tratamiento anterior. Pero es infinitamente más caro y peligroso no dar el fármaco idóneo por caro que sea y en las dosis correctas y que sea más beneficioso para el paciente y evite efectos adversos. Los efectos adversos suponen el 7% de los ingresos con graves consecuencias al 3% de los pacientes o incluso el fallecimiento –se calcula que en EE.UU. causan 100 000 muertes al año–.

**J.C. Alonso:** Retomando el tema del gasto farmacéutico, se planteaba en el primer punto de encuentro que una vez que se abre la puerta en la Agencia Española del Medicamento es muy difícil que se frene la introducción de medicamentos en los hospitales. Además, dependiendo de la Comisión de Farmacia del centro en cuestión, los pacientes tienen acceso a determinados fármacos o no. ¿Qué podemos hacer para frenar este crecimiento del gasto farmacéutico?

**G. Forés:** Hasta plantearse el control del gasto farmacéutico, hay mucho proceso antes, como ver si se usa determinado fármaco. Hay que controlar los tratamientos que se repiten siempre, porque aunque se mantengan el protector gástrico o el fármaco para el colesterol, por ejemplo, no se tiene que mantener el antibiótico más allá de siete días. Hay que poner mecanismos de control.

**J. Rodríguez:** El sistema sanitario tiene que decidir qué financia y qué no, qué incorpora a su cartera de servicios y qué no. En el caso de la farmacia pasa exactamente lo mismo. No hay que



Jesús Rodríguez.

discutir con el clínico la indicación de una medicación u otra de coste similar, pero sí hay que discutir con el clínico la indicación y con el proveedor los costes de una medicación que con efecto similar o sin valor terapéutico relevante puede llegar a multiplicar su coste por tratarse simplemente de una presentación diferente.

---

*En el caso de la farmacia pasa exactamente lo mismo. No hay que discutir con el clínico la indicación de una medicación u otra de coste similar, pero sí hay que discutir con el clínico la indicación y con el proveedor los costes de una medicación que con efecto similar o sin valor terapéutico relevante puede llegar a multiplicar su coste por tratarse simplemente de una presentación diferente*

Jesús Rodríguez

---

**P. Permuy:** Nos hemos esforzado mucho en tener un sistema de información que nos permite mirar qué recetas hacen nuestros facultativos, qué principios activos usan, etc. No se ha renta-

bilizado para nada toda esa inversión. Incluso entre facultativos es muy difícil poner en duda esas cuestiones y esto se basa en que no hay enfermedades, sino que hay enfermos, y cada paciente es diferente. El sistema de receta electrónica regula el autoabastecimiento. Cuando un producto se incluye en la guía hospitalaria, después es difícil quitarlo y tiene una repercusión muy importante después en Atención Primaria.

**J. Hernández:** Cada vez va a haber más bases científicas que van a permitir cómo protocolizar qué guías frente a qué procesos. También hay herramientas informáticas que te permiten saber qué fármacos usar dependiendo de la enfermedad. Hay fármacos que se usan que no sirven para nada al paciente y además hay reacciones adversas, incluyendo fallecimientos. Las empresas quieren la venta sostenible y esto beneficia el gasto farmacéutico. La tecnología obligará a los clínicos a informarse sobre qué tratamiento es mejor y también ayudará a los gestores a controlar este ámbito.

**J. Rodríguez:** El sistema sanitario tiene que decidir qué financia y qué no, qué incorpora a su cartera de servicios y qué no. En el caso de la farmacia pasa exactamente lo mismo. No hay que discutir con el clínico la indicación de una medicación u otra de coste similar, pero sí hay que discutir con el clínico la indicación y con el proveedor los costes de una medicación que con efecto similar o sin valor terapéutico relevante puede llegar a multiplicar su coste por tratarse simplemente de una presentación diferente.

**J. Barreiro:** Para introducir algunos productos, se tarda mucho tiempo y es costoso, pero una vez que se introducen, no hay control en el consumo. Hay la obligación de protocolizar adecuadamente.

**G. Forés:** Estoy de acuerdo en el uso de la herramienta informática que permita a los clínicos ver los precios de las pruebas o de los fármacos; es algo muy práctico.

**J.C. Alonso:** Os ruego una última intervención a modo de resumen.

**G. Forés:** Como conclusión, destacaría tres conceptos: los clínicos, la información y la medicina personalizada.

**H. Pijuán:** Suficiencia como complemento a la eficiencia es un concepto que hay que incorporar. Para ser suficientes y eficientes, hay que compartir la responsabilidad con el clínico y llegar a acuerdos con él que permitan la sostenibilidad. También hay que mejorar los procesos logísticos e industriales desde la concepción actual hacia una nueva visión de servicio multicéntrica.

**J. Hernández:** Para mejorar la salud de la población en general y no solamente tratar enfermedades, la tecnología va a permitir estudiar los casos concretos. También hay que implicar a los clínicos en la gestión y potenciar que tengan más actitudes proactivas y no solamente reactivas.

**J. Barreiro:** Desde mi punto de vista, existen y conocemos bolsas de ineficiencia, que se pueden solucionar porque tenemos herramientas para ello. Las herramientas no tienen que ser un fin en sí mismas, sino que tienen que basarse en una información exhaustiva y transparente y en una formación de los profesionales y de los usuarios. La herramienta principal es utilizar la gestión clínica, dar el protagonismo a los clínicos de verdad, que decidan junto a los gestores.

**P. Permy:** Hay que implicar al clínico en los procesos de gestión. En el área de compras hay que explorar las posibilidades que nos pueden dar los con-

---

*Existen y conocemos bolsas de ineficiencia, que se pueden solucionar porque tenemos herramientas para ello. Las herramientas no tienen que ser un fin en sí mismas, sino que tienen que basarse en una información exhaustiva y transparente y en una formación de los profesionales y de los usuarios. La herramienta principal es utilizar la gestión clínica, dar el protagonismo a los clínicos de verdad, que decidan junto a los gestores*

Javier Barreiro

---

tratos de riesgo compartido entre proveedores y compradores. En cuanto a las centrales de compras, habría que hacer un análisis profundo de los productos a incorporar a esa central de compras y cómo hacerlo. Hay que buscar una racionalización logística de todos los procesos de almacenaje y distribución. También hay que aprovechar las tecnologías de información; por un lado, para recoger información y poder tomar decisiones y, por otro, para transmitir información al profesional clínico que nos va a ayudar con la gestión. Vendría bien incorporar sistemas de control de calidad en los servicios, lo que cambia totalmente la filosofía de las personas que están trabajando. Es muy importante la formación de los profesionales, lo que puede servir también de incentivo. Se necesitan mejoras administrativas, buscando la integración de Atención Primaria y Especializada. En cuanto a recursos humanos, habría que combatir la crisis de liderazgo para conseguir

---

*Hay que aprovechar las tecnologías de información; por un lado, para recoger información y poder tomar decisiones y, por otro, para transmitir información al profesional clínico que nos va a ayudar con la gestión*

Pablo Permy

---

una mejora del servicio y explorar las políticas de incentivos.

**J. Rodríguez:** Las empresas, ya sean públicas o privadas, tienen que tener unas directrices muy claras. Hay que volver a utilizar los instrumentos que

tenemos para gestionar, como los sistemas de información. Estoy totalmente de acuerdo en la importancia y vigencia de la gestión clínica para incorporar a los clínicos a la gestión y conseguir un mayor grado de eficiencia.