



Horacio Pijuán González

Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público. Uso racional de los recursos sanitarios en los centros asistenciales públicos

Pijuán González H, Simón Valero A, Tierno Alonso MJ,
LLergo Muñoz A, Aragón Delgado J, Muñoz Sánchez EM
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.
horacio.pijuan.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es

Resumen

La senda de crecimiento del gasto sanitario en los centros asistenciales se ha mantenido en niveles próximos al 10% en los últimos años. Esta situación nos plantea la necesidad de abordar la contención del gasto sanitario desde nuevas perspectivas que garanticen la sostenibilidad del sistema. La mayor parte de las estrategias implantadas han tratado de abordar la contención del gasto en recursos sanitarios casi exclusivamente desde el punto de vista de la oferta. Sin embargo, la senda de crecimiento del gasto no ha conseguido ser contenida.

Resulta necesario por tanto acometer el objetivo de garantizar la sostenibilidad del sistema desde una nueva perspectiva. En este sentido, se incorporan líneas de actuación que persiguen y centran sus esfuerzos en ordenar y racionalizar la demanda. Los modelos basados en la eficiencia de la producción sanitaria no garantizan por sí solos la sostenibilidad del sistema.

Todas estas líneas de actuación han sido concretadas en experiencias aplicadas en el Hospital Universitario Reina Sofía. Cada una de estas líneas de actuación ha sido diseñada e implantada, y sus resultados evaluados, a través de cuadros de seguimiento que nos permiten valorar los resultados obtenidos en cada una de ellas.

Palabras clave: Uso racional de recursos sanitarios, Sostenibilidad del sistema sanitario, Suficiencia presupuestaria, Adecuación de la producción sanitaria a estándares de calidad.

Sustainability of the health system public. Rational use of health resources in the health care public

Abstract

Sanitary expense growth in welfare centers has been kept in last years in levels near 10%. This situation raises us the need to approach sanitary expense containment to

new perspectives that guarantee the system sustainability. Most of the well-established strategies has tried to approach the expense containment in sanitary resources almost exclusively from the point of view of the offer. Nevertheless, the path of growth of the expense has not managed to be contained.

It turns out to be necessary therefore to attack the aim to guarantee the system sustainability from a new perspective. In this respect there join lines of action that chase and centre his efforts in ordering and rationalizing the demand. Models based on the efficiency of sanitary production do not guarantee only for it the system sustainability.

To manage, to rationalize the expense and to obtain a suitable use of technologies, it is necessary to implement action lines that take as an aim; resources containment of the consumption. Reduction of consumption as priority aim complemented with actions on the offer provide the joint responsibility in expense that must be the support of the Sanitary Centers sustainability strategy and of the Sanitary System.

On this matter has been designed a strategy of work in University Hospital Reina Sofia. Lines of action have been designed, implanted and evaluated their results across pictures of follow-up that have allowed us to value the results obtained in each of them.

Here take form some ideas and results from sustainability strategy followed in University Hospital Reina Sophia (Córdoba. Spain).

Key words: Rational use of medical resources, Sustainability of the health system, Budgetary sufficiency, Adequacy of the production health standards of quality.

Introducción

La senda de crecimiento del gasto sanitario en los centros asistenciales se ha mantenido en niveles próximos al 10% en los últimos años. Esta situación nos plantea la necesidad de abordar la contención del gasto sanitario desde nuevas perspectivas que garanticen la sostenibilidad del sistema. La mayor parte de las estrategias implantadas han tratado de abordar la contención del gasto en recursos sanitarios casi exclusivamente desde el punto de vista de la oferta. En esta línea, se han concentrado los esfuerzos en el ámbito de actuación del mercado de los proveedores sanitarios. Ejemplos de estas estrategias son: potenciar la competencia, eliminar los efectos de la exclusividad,

agrupar la demanda para generar volúmenes de negociación más atractivos, homologar catálogos de productos para evitar los efectos de la asimetría de la información para el comprador, etc.

Este esfuerzo por actuar y modificar la dinámica de las relaciones con los proveedores del mercado sanitario se ha plasmado tanto en la normativa que regula la contratación del sector público, cuyo mejor exponente es la flexibilidad y apertura al mercado de la nueva Ley de Contratos del Sector Público, como en la creación de nuevas estructuras para gestionar las compras de recursos sanitarios, fundamentalmente a través de la creación de centrales de compras que han tratado de agrupar la demanda para

conseguir ofertas más competitivas del mercado.

Los resultados obtenidos han representado un ajuste continuado de los precios, que ha establecido un nuevo marco de relaciones con los proveedores mucho más coherente con los principios de una economía de mercado.

Sin embargo, como indicamos al principio, la senda de crecimiento del gasto no ha conseguido ser contenida.

Resulta necesario por tanto acometer el objetivo de garantizar la sostenibilidad del sistema desde una nueva perspectiva. En este sentido, se incorporan líneas de actuación que persiguen y centran sus esfuerzos en ordenar y racionalizar la demanda. Los modelos basados en la eficiencia de la producción sanitaria no garantizan por sí solos la sostenibilidad del sistema. La eficiencia sigue siendo un objetivo de la producción sanitaria, pero en una situación económica como la actual no garantiza por sí sola la sostenibilidad del sistema. La eficiencia fundamentada en el incremento anual de la producción sanitaria lleva aparejada un crecimiento continuo del gasto sanitario. La idea de eficiencia debe ser potenciada con el concepto de suficiencia presupuestaria. El modelo sanitario debe buscar la suficiencia presupuestaria.

Para conseguirlo, hay que implementar líneas de actuación que tengan como objetivo la contención del consumo de recursos. La reducción del consumo como objetivo prioritario complementada con actuaciones sobre la oferta que consigan la responsabilidad en el gasto deben ser los pilares de la estrategia de sostenibilidad de los centros sanitarios y del sistema.

El margen de mejora en actuaciones dirigidas a racionalizar el consumo de recursos es muy superior al margen que en la actualidad nos presentan las actuaciones sobre los precios, sin que esto signifique que no debamos seguir implementando estrategias sobre la oferta para seguir fomentando la competencia.

Material y métodos

A lo largo de los ejercicios 2009 y 2010 se han planteado una serie de actuaciones y líneas de trabajo concretas que tienen como objetivo mejorar el uso racional de los recursos. Estas actuaciones han tenido un ámbito de actuación integral en el hospital, implicando por tanto a todas las áreas y divisiones del centro. Se ha intentado dirigir los esfuerzos en el sentido de racionalizar la producción sanitaria y al mismo tiempo ajustar el consumo de recursos necesarios para alcanzar la misma.

Medidas concretas

Ámbito de producción asistencial:

- Adecuación al estándar de las tasas de indicación quirúrgica de patologías de alto coste de recursos.
- Reducción del número de estancias evitables en hospitalización.
- Adecuación de la prescripción de productos farmacéuticos.
- Adecuación al estándar en el uso de material implantable por intervención.
- Adecuación, seguimiento y control de la demanda de pruebas complementarias.

- Revisión y control de las prestaciones ortoprotésicas.

Ámbito de racionalización de consumos de material fungible sanitario:

- Protocolización del uso de material de quirófano en las intervenciones.
- Revisión de protocolos de uso de material fungible en procesos de cuidados en hospitalización.
- Revisión de consumos de material fungible relacionados con equipamiento inventariable.
- Revisión y ajuste de los stocks de los almacenes de consumo.
- Digitalización de la imagen en radiología.
- Implantación de la solicitud electrónica de pruebas analíticas.
- Implantación de la prescripción electrónica en farmacia.

Ámbito de gestión:

- Establecimiento de acuerdos de gasto no condicionados por la actividad.
- Concienciación del consumo de recursos y del gasto a través de cuadros de mando individuales de cada servicio clínico.
- Acuerdos de gasto con los servicios clínicos que incluyan todos los conceptos de gasto imputables a los mismos y en los cuales estos servicios tengan capacidad de decisión.
- Implicación del clínico en la negociación de la compra.
- Acuerdos con los proveedores para compartir riesgos en relación a

los niveles de gasto en los contratos de compra de recursos.

Todas estas líneas de actuación han sido concretadas en experiencias aplicadas en el Hospital Universitario Reina Sofía. Cada una de estas líneas de actuación ha sido diseñada e implantada, y sus resultados evaluados, a través de cuadros de seguimiento que nos permiten valorar los resultados obtenidos en cada una de ellas.

Conclusiones

Durante el ejercicio 2009, y en lo que se ha desarrollado a lo largo del ejercicio 2010, se ha conseguido en el Hospital Universitario Reina Sofía contener la senda de crecimiento del gasto en bienes corrientes y servicios, estabilizando el gasto en 2009 con un crecimiento de un 1% respecto al producido en el ejercicio 2008 y consiguiendo mantener el mismo gasto en valor absoluto en 2010.

Esta estabilización del gasto ha venido marcada fundamentalmente por la reducción del consumo de recursos. Los precios se han mantenido estables con carácter general, salvo en el área de implantes donde las negociaciones con implicación de los clínicos han conseguido alcanzar niveles de precios muy competitivos.

El impacto de las medidas de racionalización del consumo de recursos ha conseguido estabilizar el gasto en los ejercicios 2009 y 2010. Han destacado las áreas de actuación que se detallan a continuación.

Protocolización de uso de recursos en las áreas de quirófanos y hospitalización

Como ejemplo concreto podemos mencionar la puesta en marcha de una

línea de trabajo conjunta entre el personal de suministros y el personal de Enfermería de quirófano sobre protocolos de utilización de los siguientes productos:

- Gasto material de curas y suturas en 2009: 1 600 979 €
- Gasto material de curas y suturas en 2010: 1 507 964 €(-5,80%).

Adecuación a estándares de tasas de indicación en algunas especialidades quirúrgicas e incorporación del responsable clínico a las negociaciones de implantes

En este sentido, podemos mencionar como ejemplo la revisión de las indicaciones de implantes de desfibriladores llevada a cabo por las Unidades de Cirugía Cardiovascular y Cardiología del hospital en el año 2009 en relación a las indicaciones del ejercicio 2008.

Esta revisión conjunta ha llevado al siguiente impacto económico con el mismo precio de compra de los desfibriladores:

- Número de desfibriladores implantados en 2008: 73; gasto 2008: 1 456 760 €
- Número de desfibriladores implantados en 2009: 39; gasto 2009: 762 500 €(-47%).

Otro ejemplo de adecuación de la práctica clínica se ha producido en la composición del consumo de stent:

- Porcentaje de stent recubiertos/inertes en 2008: 62%/38%; gasto stent 2008: 3 278 505 €
- Porcentaje de stent recubiertos/inertes en 2009: 54%/46%; gasto stent 2008: 2 613 246 €

Un ejemplo de actuación conjunta entre el responsable clínico y el responsable económico del hospital se muestra también en este ejemplo en el gasto de *stent*, mediante la adecuación del número de *stent* por intervención acumulado a la negociación de nuevos precios unitarios de los *stent* (tabla 1).

Disminución del índice de estancias evitables

En este sentido, podemos destacar que se han incluido, en los objetivos del Acuerdo de Gestión firmado con cada una de las Unidades Clínicas, objetivos concretos relacionados con la disminución del número de estancias evitables. El impacto de esta reducción tiene incidencia tanto en los gastos de personal por la ocupación evitada como, lógicamente, en el consumo de bienes corrientes y servicios. En este sentido, se está incrementando la eficiencia en la utilización de las estancias en el tratamiento de patologías de mayor complejidad, a través de la agilización en la obten-

Tabla 1. Gasto en stents

	2008	2009	VAR 08-09
Número de stents/Cat. terapéutico	2,03	1,89	-6,7%
Gasto stents/Cat. Terapéutico	2682,90	2207,13	-17,7%
Coste medio stent recubierto	1539,06	1396,25	-9,3%
Coste medio stent inerte	979,87	894,06	-8,8%
Coste medio stent	1322,51	1166,11	-11,8%

ción del diagnóstico y, consecuentemente, en la ejecución del tratamiento. La dimensión del ahorro estimado por esta medida se plasma en los siguientes datos:

- Índice de utilización estancias en 2009: 0,97. Índice complejidad 2009: 1,94.
- Índice de utilización estancias en 2010: 0,95. Índice complejidad 2010: 2,00.

Implantación de solicitud electrónica de pruebas analíticas y revisión de los petitorios de Atención Primaria

En este campo se han puesto en marcha las siguientes medidas concretas:

- Sistema de petición electrónica de pruebas analíticas desde las Unidades. Esta medida ha permitido mejorar la información a las Unidades de las analíticas disponibles para las Unidades Clínicas, así como el establecimiento de algoritmos informáticos que reduzcan la posibilidad de realizar pruebas analíticas cuando el sistema tenga datos analíticos del paciente vigentes al ser solicitada. Las medidas concretas han sido:

- Racionalización de la prescripción de analítica a través de la limitación de petitorios a Atención Primaria.
 - Protocolización informática de las solicitudes de analíticas de las Unidades clínicas a través de algoritmos que eviten la duplicidad de pruebas innecesarias.
- Gasto en reactivos año 2009: 11 138 539 €
 - Gasto en reactivos año 2010: 10 774 492 €(-3,27%).

Implantación de acuerdos de gasto con los Servicios Clínicos

En el ejercicio 2009, se han seguido implantado objetivos de gasto cuantitativos en los Servicios Clínicos, incluyendo en los acuerdos de gestión firmados con los mismos acuerdos de gastos que contenían cuatro áreas fundamentales de gasto en el hospital:

- Gasto en material fungible e implantes.
- Gasto en productos farmacéuticos.
- Gasto en prescripción de productos de ortopedia.
- Gasto en prescripción de transporte de pacientes en taxi.

Cada Unidad Clínica ha tenido fijado un objetivo distinto en función de su evolución en el año anterior y su previsión de actividad para el ejercicio 2009, pero en todo la asignación global acordada con cada Unidad Clínica ha tenido como objetivo prioritario no superar el marco presupuestario asignado al Hospital Universitario Reina Sofía para el ejercicio económico.

Racionalización de los consumos primarios y de hostelería

Desde la perspectiva de acometer el ajuste presupuestario desde todas las perspectivas de gasto que se presentan en un centro sanitario, se han implementado medidas concretas en el área de consumos primarios y de hostelería. Concretamente, cabe destacar:

- Puesta en marcha de un programa de control de dietas alimenticias en conexión con el programa de seguimiento de estancias del hospital. La evolución del gasto ha sido la siguiente:

- Gasto en alimentación en 2009: 3 343 586 €
 - Gasto en alimentación en 2010: 3 215 840 €(-3,82%).
- Puesta en marcha de un programa de seguimiento y control del gasto en comunicaciones telefónicas con actuaciones concretas en cuanto al cambio de alcance geográfico por línea de teléfono. La evolución del gasto ha sido:
- Gasto en comunicaciones telefónicas en 2009: 711 687 €
 - Gasto en comunicaciones telefónicas en 2010: 645 659 € (-9,28%).

En conclusión, a la eficiencia como paradigma de la gestión sanitaria debe incorporarse como objetivo irrenunciable el concepto de adecuación a la disponibilidad presupuestaria. La continuidad del sistema sanitario en los niveles de cobertura de cartera de servicios que conocemos en la actualidad, depende en gran medida de que seamos capaces de ajustar los niveles de gasto necesarios para mantenerlos a las disponibilidades presupuestarias que la situación económica actual global nos presenta. Se deben reducir todos los gastos que no aporten valor añadido al producto sanita-

rio, se deben ajustar la producción sanitaria y los consumos de recursos a estándares consensuados por los profesionales y donde los proveedores deben de incorporarse comprometiéndose al uso racional de recursos a través de modelos de contratos de riesgo compartido.

Este es el reto que nos presenta la situación actual, solo desde el rigor en el uso de recursos por parte de profesionales y proveedores será posible hacer sostenible el sistema sanitario.

Bibliografía

1. Acuerdo de gestión clínica con las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud.
2. Contrato Programa 2009 del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
3. Cuadro de mando de actividad asistencial del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
4. Cuadro de mando de gestión Económica del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
5. Plan de ajuste presupuestario 2009 del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

INDICACIONES GENERALES

- Pueden optar a los Premios Profesor Barea todas las Instituciones públicas o privadas relacionadas con el sector sanitario.
- Los Premios están destinados a proyectos inéditos, finalizados o en fase avanzada de desarrollo que supongan una mejora sustancial en la gestión y evaluación de costes sanitarios.
- Además de los premios económicos, los trabajos finalistas serán publicados por la Fundación Signo.
- El plazo para la presentación de trabajos finaliza el 23 de marzo de 2011.
- La entrega de los Premios en todas sus modalidades se realizará en mayo de 2011.
- En caso de cualquier duda contacte por favor con nosotros en www.fundacionsigno.com o en secretaria@fundacionsigno.com

MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN

1. Los Centros Sanitarios como Empresas de Servicios: Gestión Global
 - Cada Entidad podrá presentar únicamente un proyecto
 - El premio está dotado con 3.000 euros
2. Proyectos multientidad
 - Cada Proyecto debe venir presentado por más de dos entidades
 - El premio está dotado con 3.000 euros
3. Gestión de un Área de conocimiento
 - No existe límite en el número de trabajos
 - El premio está valorado en 2.000 euros
4. Investigación, desarrollo y nuevas tecnologías
 - No existe límite en el número de trabajos
 - El premio está valorado en 2.000 euros

JURADO

- D^a Margarita Alfonsel Jaén
- D^a Ángeles Amador Millán
- D. Josep María Capdevila i Miravert
- D. José Ignacio Echániz Salgado
- D. Alfredo García Iglesias
- D. Fernando Lamata Cotanda
- D^a. Elena Miravalles González
- D. Gregorio Pece Barba Martínez
- D. José Manuel Romay Beccaría
- D. José María Segovia de Arana
- D. Jerónimo Saavedra Acevedo
- D. Xavier Trias i Vidal de Llobatera
- D. Juan Velarde Fuertes

Asesoras Técnicas

- D^a Carmen Pérez Mateos
- D^a Isabel Prieto Yerro



www.fundacionsigno.com

Premios Profesor Barea

9 edición
mayo
2011

**Entrega de premios
día 26 de mayo de 2011
en el Aula Magna
de la Universidad Carlos III
de Madrid**

PARA PRESENTACIÓN DE
TRABAJOS ENVIAR A
premiosbarea@fundacionsigno.com
indicando en el mensaje
la modalidad a la que se
presenta, entidad y autor