

# ¿La compra corporativa limita la autonomía de los centros? Plataformas de compras

Bou Santos J

Director de Expansión Internacional del Grupo Novasoft.

Director Web Fundación Signo

[jbou@iespana.es](mailto:jbou@iespana.es)



De izquierda a derecha Prado Vera, F. Javier Rubio, Miguel García, Julio Bou y Eduard Ferrer.

## Invitados y participantes:

**Xavier Alarcón (XA)**, Hospital Germans Trías i Pujol

**Eduard Ferrer (EF)**, Hospital La Fe

**Miguel García (MG)**, Johnson & Johnson

**Francisco J. Rubio (FJR)**, Hospital Infanta Cristina

Moderador **Julio Bou (JB)**, Director de Expansión Internacional del Grupo Novasoft. Director Web Fundación Signo

Grupo de trabajo:

**Cristina Leube (CL)**, Fundación Signo

**Prado Vera (PV)**, Hospital Ramón y Cajal

Celebración: 22 de enero de 2003. Madrid

## Resumen

Las recientes transferencias sanitarias han replanteado en ciertas comunidades su posicionamiento organizativo respecto a las compras y la logística en los centros sanitarios.

Otras comunidades autonómicas, con el proceso transferencial anterior, ya han llevado a cabo experiencias con mayor o menor éxito.

Compartir estos conocimientos, intercambiar opiniones y modelos ha sido el cordón umbilical de este " punto de encuentro" .

Cabe destacar la diversidad de planteamientos, la diversidad de experiencias, con matices diferenciadores, lo que no hace más que reafirmar que no existe una única óptima solución, sino que existen un universo de posibilidades y en la combinación de las mismas posiblemente esté la solución.

*Palabras clave:* Centrales de compra. Proveedor único. Plataforma de compras. Gestión de prótesis. EDI. Catálogos de producto. Portal de compras.

## *Singular purchases and buying groups in Health Care Centers*

### Abstract

After the transfer of power and health competence *from Central Government to Regional authorities*, some Autonomous Spanish Regions have reconsidered their purchases and logistic organization in *Health Care centers*.

More or less *successful*, experiences were already done in other regions with previous *transferring process*.

*Main objective* of this meeting point was to interchange opinions and models and to share views and *experiences among some agents*.

All different considerations and experiences with *specific shades* reaffirm us that *there is not only one best way but that there are combinatios of most of them as possible solution*.

*Key words:* Buying group. Unique supplier. Buying Platform. Prosthesis management. EDI, (Electronic Data Interchange). Product Catalog. Marketplace.

### Introducción

El miércoles 22 de enero de 2003 en este punto de encuentro estudiamos los diferentes sistemas de compras:

Se trataba de analizar las situaciones

en las que cada uno de los sistemas existentes ofrecería las mayores ventajas y dar una rápida visión de hacia dónde vamos.

1. Tres puntos de vista: ventajas e inconvenientes.

- El proveedor único de múltiples productos.
  - El catálogo único con múltiples proveedores.
  - La agencia única de compras.
2. Visión conservadora. El Hospital como centro logístico individual: ventajas e inconvenientes.
  3. Visión y participación de los usuarios.
  4. El futuro: ¿e-logística?

### Nota del moderador

El desarrollo de este punto de encuentro permitió a los participantes que se expresaran en una reunión cerrada donde cada uno de ellos podía exponer sus ideas y opiniones sobre los diferentes puntos del guión o contestar a las

opiniones de los anteriores participantes.

Esto contribuyó a un animado diálogo, con numerosas intervenciones, contestaciones, interrupciones,... donde los participantes abordaban los temas directamente en un lenguaje coloquial y distendido.

Para poder mantener la frescura de las opiniones, en el momento de redactar este artículo, hemos decidido transcribir lo más literalmente posible dicha reunión, manteniendo las intervenciones en el orden en que sucedieron.

Por esta razón se han mantenido expresiones y comentarios coloquiales, opiniones personales, que facilitan la comprensión de la discusión. Nunca se ha pretendido en esta aula definir ni dar afirmaciones absolutas sobre los temas tratados, debe pues leerse como una secuencia de opiniones de unos expertos sobre unos temas concretos.



De izquierda a derecha Prado Vera, F. Javier Rubio y Miguel García

## Punto de Encuentro

**JB.** Según el guión para este punto de encuentro que se incluyó en la convocatoria, como primera cuestión se plantea si la compra corporativa limita la autonomía de los centros, y se citaban tres posibles temas:

Como primer tema está el **proveedor único de múltiples productos**, estamos hablando de dos posibilidades:

- Cuando el hospital adquiere todos sus productos a través de un único proveedor que le provee de todas sus necesidades; éste es el modelo que se propuso y se intentó implantar en el hospital de Córdoba.
- La otra posibilidad es la existencia de un único proveedor que facilite todos los productos de un área funcional.

Otro tema que trataremos más tarde será la **existencia de catálogos únicos** a nivel de CCAA y el tercer tema es la existencia de **agencia o centrales de compras a nivel territorial**. Son tres temas diferentes dentro de las estrategias de plataformas de compra.

Entonces para empezar, ¿cómo se ve con una perspectiva histórica, el proyecto que en su día hubo de adjudicar a un solo proveedor todos los productos de un centro sanitario? ¿Cuál es vuestra opinión y si creéis que es un modelo transportable a vuestro entorno actual?

### Proveedor único de múltiples productos

**FJR.** Recuerdo que debía ser a mediados de los 90 cuando en el Hospital Reina Sofía de Córdoba se tramita y adjudica expediente de contratación administrativa, un concurso público, que trataba básicamente de la adqui-

sición de la mayoría de artículos de material sanitario utilizados en el centro a un solo proveedor, donde surgieron problemas tanto en la elaboración del expediente como en la adjudicación, donde hubo partes como Farmaindustria y proveedores que tomaron partido en contra del expediente y realizaron impugnaciones al mismo, en el sentido de que limitaba la libre competencia, pues habría un solo proveedor de multitud de artículos que no fabricaba y para los cuales sería un mero intermediario. Las compañías prefieren negociar directamente con el centro que tener un intermediario.

A este proyecto se le había dado una forma de gestión de servicio (era un servicio de gestión para este tipo de suministros, gestionaban el almacén), pero surgieron ciertos problemas en el sentido de que el proveedor único no es el fabricante y por tanto no controla la fabricación, no controla la distribución del artículo adjudicado, lo que supone que se eleven mucho los costes de transacción, sin olvidar la posibilidad de que el fabricante no suministre al adjudicatario del concurso los artículos que el centro le demanda.

En definitiva lo que se estaba adjudicando era una cantidad de dinero por un determinado número de artículos y unas cantidades estimadas de consumo, sobre un catálogo definido.

Aunque era un proyecto muy interesante y ambicioso no dió del todo buenos resultados, quizás por la presión ejercida por la industria o por la complejidad de los procedimientos y del control, en cualquier caso creo que este modelo no se exportó a otros centros.

**MG.** El proyecto de Córdoba era bastante ambicioso y pudiera ser visto como bueno, pero no parece que ten-



De izquierda a derecha Julio Bou, Eduard Ferrer y Xavier Alarcón

ga mucho sentido poner un intermediario más en toda la cadena, que no conozca gran parte del negocio, para hacer lo mismo que hace el proveedor y para un único centro.

**EF.** Ahora el tema del proveedor único para algunas áreas de un centro o de varios centros de una comunidad autónoma, no me parece nada descabellado.

Por ejemplo, en el área de laboratorios que actualmente en muchos hospitales se automatizan a través de contratos de suministro de reactivos. Hoy en día las novedades tecnológicas hacia la automatización son importantes y es necesario contratar una gran parte del volumen de suministros con un solo proveedor si quieres acabar montando una cadena que realice el 95% de las pruebas en tu laboratorio. En ese caso,

nunca será una provisión que pueda llegar al 100% del suministro, pero sin ninguna duda el modelo del proveedor único, o casi único, es el modelo adecuado.

**XA.** Creo que el modelo proveedor único no hay que confundirlo con el de único operador logístico. Se puede hacer un concurso del producto de laboratorio, de los sistemas informáticos, etc. y adjudicar a una empresa para todo el hospital o para un grupo de hospitales, pero esto no quiere decir que tengas un operador logístico

No tiene ninguna ventaja un operador intermediario si hablamos de la compra para un hospital.

Particularmente, incluso éticamente, me parece incorrecto por la función propia que tienen los hospitales, que

son un servicio social. Creo que estos procesos han de ser controlados por el hospital, y no han de ser controlados por un externo. En este modelo que se comenta se ha externalizado todo.

**MG.** Una empresa privada difícilmente externalizará su servicio de compras, no se lo dará a un tercero para que negocie las compras. Aunque sí puede dar a un tercero la gestión de los almacenes porque esté más especializado en almacenaje y en distribución y sea probable que lo vaya a hacer mejor.

Quizás no se tendría que haber dado toda la gestión al tercero y haberse dejado para el centro la gestión de compras.

**EF.** Quería plantear los problemas de control de la calidad en este tipo de modelos, porque con el proveedor único se va a adquirir exactamente todo lo que está en el catálogo.

**FJR.** Este modelo creo que tiene ciertas ventajas, como puede ser el precio cierto, tener un solo interlocutor o controlar mejor la cadena de suministros, pero tiene desventajas importantes, como el traslado del riesgo y el control del servicio a una compañía externa, dejando algo tan importante como el aprovisionamiento de servicios vitales en la organización en manos de un único proveedor, además de que puede existir un quiebra del principio de libre competencia

### Concursos de determinación de tipo

**XA.** Entiendo que hacer un concurso por determinación depende de qué se entiende por determinación. Si se hace un concurso de determinación en cuanto al coste real por muestra siempre que lo impugnarán por las repeti-

ciones, y costes que no son asignables al producto.

Hay un factor de producción dentro de laboratorios que no puede ser controlado dentro del precio de la determinación.

**EF.** Esta gestión no se puede traspasar al suministrador pero se puede acotar de otra manera, por ejemplo: acabamos ahora de adjudicar un concurso del área de laboratorios, en el que se ha incluido el concepto de "prueba informada" teniendo en cuenta que calibradores, controles y las repeticiones son nuevas pruebas informadas y con esa acotación la empresa suministradora no tiene ningún problema.

### Proveedor único por Departamento (Laboratorios de Análisis Clínicos)

**FJR.** Va también en la línea de no acotar a los centros a un solo proveedor en los laboratorios; pero ¿ahora qué tenemos? Tenemos a diferentes proveedores para los diferentes laboratorios, encontrándonos con parcelas acotadas difíciles de cambiar.

**EF.** La resistencia para ir a un proveedor único en ese área básicamente procede de los profesionales porque ellos están acostumbrados a tener tres o cuatro proveedores con los cuales se organizan.

Esto pasa en los hospitales donde se sigue midiendo el poder de los servicios por el número de gente que se tiene y hay separar lo que es el factor de producción del conocimiento.

El profesional a veces procede de un sistema de formación de médico "hacedor de técnicas", no procede de un área de formación, de una área de conocimientos de ayuda al diagnóstico.

Entonces aquél que proceda del área de hacer técnicas, en cuanto automatizas las técnicas, su contenido desaparece.

**FJR.** En el laboratorio un solo proveedor supone la posibilidad de introducir innovación tecnológica, basándose en la necesidad de dotar al centro de la tecnología necesaria para abordar las determinaciones adjudicadas en los concursos.

Otra de las ventajas que aporta la concentración de proveedores en un laboratorio, o en un área con varios hospitales, es la capacidad que tenemos de interrelacionar con atención primaria el sistema de información en un ámbito geográfico determinado. El proveedor en este caso nos exigirá un plazo de garantía del suministro para amortizar la inversión que debe realizar para cumplir las exigencias solicitadas en el concurso.

**EF.** De todas maneras hay otras áreas susceptibles de proveedor único, que no estarían en el tema de suministros de fungibles, que también corresponden a servicios centrales y que también podrían aplicar el modelo, como por ejemplo, el área del radiodiagnóstico.

En el caso del concurso de proveedor único de laboratorio lo primero que consigues es homogenizar todos los sistemas de información de todos los laboratorios de tu centro.

Evidentemente estos son concursos que tienen que ser por lo menos a tres o cuatro años, lo máximo que es posible.

En este tipo de concursos, aunque se acaben en cuatro años, es difícil la marcha atrás, ya que cambiar a otro proveedor una vez que todo un área de producción depende de uno solo

es difícil y supone un cambio organizativo complejo.

**FJR.** Además del material sanitario y los suministros para pruebas diagnósticas, hay una parte importante en nuestras competencias de gestión que son los suministros de víveres, y ahí sí que está constatado el buen funcionamiento de los proveedores únicos, con los correspondientes controles de calidad, al abastecimiento a diferentes cocinas de los centros, etc. Este tipo de adjudicación del servicio de suministros de víveres a un solo proveedor son habituales y utilizados en diferentes centros, existiendo además empresas especializadas.

**PV.** Cualquier proveedor que esté suministrando a una empresa tiene que tener conocimiento de qué producto está suministrando. Creo que donde falla a veces el sistema es en el intermediario que desconoce lo que vende y lo que hace es comprar para suministrar.

---

***Cualquier proveedor que esté suministrando a una empresa tiene que tener conocimiento de qué producto está suministrando***

**Prado Vera**

---

**JB.** Tengo un par de preguntas más.

¿Por que la reticencia de ciertos clínicos a tener un solo proveedor? ¿Por el tema de riesgo o por el tema de que les es más confortable?

La segunda pregunta sobre el tema del proveedor único, donde éste también puede suministrar el sistema de información. Esto puede no ser preocupante a corto plazo, pero es como ser dependiente de un proveedor de fungible, cuando a lo mejor el proveedor

del sistema debería ser un proveedor de sistemas de información.

**EF.** A lo segundo te contestaré que preferiría que el sistema de información fuera independiente de la empresa que suministra el reactivo. El problema es que hasta hace relativamente poco tiempo el mercado está copado por las empresas que suministran reactivos. En el mercado europeo no funcionan así, ya que existen empresas de software que tienen productos exclusivos de gestión de laboratorios.

**XA.** Pero al margen lo que sí que ha de ser único y de que sea un proveedor de laboratorio o una empresa de software independiente, la diferencia es que el sistema informático ha de ser propiedad del centro, no ha de ser propiedad de la empresa.

Mientras sea propiedad del centro y esté el sistema informático conectado al sistema de información del centro lo controlas.

**FJR.** Volviendo a las ventajas e inconvenientes, creo que en el caso concreto de los laboratorios existen compañías muy importantes, que aportan como valor añadido la interconexión de la información entre las secciones de los diferentes laboratorios, el acceso desde cualquier servicio a pruebas que están realizadas, en definitiva aportan unos sistemas de información integrados que difícilmente las estructura de los centros sanitarios públicos podrían soportar.

Actualmente un contrato mixto de alquiler de equipos y adquisición de reactivos no es abordable debido al elevado coste tecnológico del sistema de información.

**XA.** Depende más o menos la vida de los aparatos de rutina (un aparato de bioquímica lo tienes que amortizar en

cuatro años) pero si la vida real del aparato es de ocho a diez años, si cada cuatro años tenemos que cambiar de tecnología entonces se necesita una gran inversión.

Cuanta más actividad de laboratorio concentremos en un solo equipo menos personal vamos a necesitar.

**FJR.** Esto puede ser válido para laboratorios que no hacen determinaciones de diferentes pabellones. En este caso puedes llegar a conseguir en una sola cadena de producción concentrar el 95% de la actividad del laboratorio en volumen y en precio, concentrándolo en una sola línea de producción.

En el sistema sanitario público el retorno de la inversión en costes de personal es difícil de recuperar, pero si cambiamos la tecnología de un área de diagnóstico es necesario poder optimizar recursos humanos, como valor añadido a la operación.

**MG.** Al final las inversiones en hospitales dependen en gran medida del equipo y del proveedor del desechable. El proveedor del desechable va a sustentar no ir a un software alternativo sino a su software que pueda tener más cogido al centro.

**JB.** En cualquier caso haría falta un nuevo "punto de encuentro" para este tema de compras de reactivos a cambio de equipamientos, ya que es suficientemente interesante. Siguiente tema, existencia de catálogos únicos en las diferentes comunidades ¿cómo los veis los catálogos únicos realizados a nivel de comunidad?

### Catálogos de productos y Centrales de Compras

**XA.** En la experiencia del ICS hasta hace diez años cada hospital y cada



centro de primaria hacia sus propias compras, por concurso, por compra directa, etc... A partir de 1994 se formó la comisión técnica de suministros en el ICS que estaba formada por diferentes jefes de compras de los diferentes hospitales, y de la atención primaria, y empezaron a realizar los primeros concursos a nivel comunidad: agujas, jeringas, gasas, suturas...

A partir de entonces cada año se va desarrollando un catálogo en el cual se aportan y se unifican criterios, llegando en la actualidad a tener catálogos más de 6.000 o 7.000 productos, lo que económicamente representa aproximadamente del 85% al 90% del presupuesto del capítulo II que se compra de manera centralizada.

En los primeros años a medida que se iban incorporando familias nuevas que salían a concurso, lógicamente los hospitales pequeños o los centros de atención primaria eran los que más se beneficiaban en cuanto a reducción del precio de compra.

La experiencia es buena en cuanto a que en la elaboración de estos catálogos no participan solo los directores



Miguel García

de compras sino que se hace participar también a los profesionales sanitarios, tanto a la hora de confeccionar el catálogo como a la hora de transformar ese catálogo en un concurso, y participar en las valoraciones técnicas de los productos.

La consecuencia de esto es que hay un proveedor único por artículo en el 82-83% de los productos y en un 20% de los productos hay más de un proveedor.

En otros temas como las prótesis de implantes activos (cardiacos) si que se ha llegado a los tres proveedores por artículo, aunque es bastante difícil que en el mismo hospital y artículo hubiese más de un proveedor.

La introducción del producto nuevo se hace anualmente ya que cada año hay revisión de catálogo, aunque cuando hay necesidad urgente de incorporar un nuevo implante lo compra el hospital.

Los hospitales hoy por hoy tienen autonomía de compra. Excepto cuando un producto que ya está en el catálogo o ya está comprado aunque de momento esto no es un compromiso, es un pacto.

Es un concurso de determinación de tipos en el cual hay dos fases:

Haces el concurso de tipos (cada centro da sus necesidades a cada artículo y el concurso sale como la suma de cantidades con un precio máximo). Ofertan las empresas y dentro de estas empresas las que técnicamente son correctas pasan a la segunda fase.

La segunda fase consiste hacer el concurso centralizadamente desde el ICS, con esas mismas necesidades iniciales, pero es bueno para que el proveedor más o menos sepa cual será el

consumo. Entonces se hace el negociado global de esas mismas cantidades en el cual ya adjudican cantidades y precio fijo.

**EF.** El proyecto del Servei Valencià de Salut es más o menos lo mismo.

Hay un catálogo en el que han puesto más de 5.000 entradas y se hacen las adjudicaciones de la misma manera.

Puntualizando dos cosas: primero para adjudicar una familia tienes que reunir a un gran número de expertos y representantes de centros para dichos productos. Eso tiene sus problemas: por ejemplo, si das más representatividad a los usuarios que más consumen un producto acaban siempre eligiendo el producto de consumo habitual en su propio hospital.

Este sistema está muy bien y consigue que todos los hospitales obtengamos los productos al mismo precio pero tiene como dificultad que a la hora de adjudicar un concurso requiere una cantidad de horas de participación de profesionales de los hospitales que los sacamos de su trabajo clínico. El tema de la valoración técnica supone que los profesionales que lo hacen, no evalúen cuál es el mejor producto que se presenta sino cuáles de los que se presentan superan los mínimos del concurso.

**XA.** Lo que pasa es que ahora, de cara al futuro toda esa cantidad de tiempo es repetitiva y por eso hemos creado un sistema de registro de productos con lo cual para cada producto y código tienes todas las referencias del producto hasta el día de hoy habidas en el mercado, la referencia del proveedor y la valoración técnica consensuada con él.

**MG.** Lo que es indudable es que hay ciertas ventajas a este nivel en produc-

tos donde existe poca o escasa diferenciación. Pero deja de tener sentido en productos donde la componente tecnológica es importante.

**EF.** Nosotros hemos tenido un problema con las prótesis. El catálogo de prótesis de la comunidad es muy voluminoso. El catálogo es de uso obligatorio, pero algunos profesionales no lo consultan.

**FJR.** En el servicio extremeño de salud que ha empezado a funcionar en el mes de marzo de 2002, lo que se ha hecho, como primer paso, ha sido elaborar un catálogo único, con una connotación importante como es la interconexión de todos los centros con su servidor central que es donde se gestiona el catálogo.

Existe también un grupo de trabajo, que aporta las necesidades de los centros de primaria, de especializada, e incluso de salud pública. Entre otras cosas y como primer paso, cada centro va a saber el precio de compra de referencia y tendremos una misma definición de artículos para todos los centros dependientes del SES.

Lo que sí es muy importante es que todos los centros reportan información al servidor central, es decir, tendrán terminales conectadas, pudiendo los servicios centrales gestionar la información que se genere.

**PV.** Parece mentira que con lo avanzados que están los sistemas informáticos, que desde un hospital se esté comprando un producto y no se sepa el precio de otro hospital a cien metros de allí, creo que hay una ventaja en la centralización de la compra y pero cuidado con encorsetar ya que hay que dejar un poco de autonomía.

**EF.** Sería necesario un servicio que pusiera en conocimiento de todos los hos-

pitales los precios medios de compra. Hay publicada una auditoría del tribunal de cuentas de los servicios de compra de farmacia de quince grandes hospitales del país, y hay un capítulo que hace referencia a los precios diferentes de los productos. Entre estos quince hospitales importantes en temas que aparentemente deberían variar poco, hay variaciones de precio del 30% de unos hospitales a otros. Pero es que en algunos fármacos pueden hacer variaciones del 100% del coste.

---

*Sería necesario que existiera un servicio que pusiera en conocimiento de todos los hospitales los precios medios de compra*

*Eduard Ferrer*

---

**FJR.** En un futuro sería interesante que diferentes servicios de salud utilizaran los mismos catálogos, es decir, ahora que se está hablando de la homogeneización entre comunidades, como por ejemplo, en la gestión de la lista de espera, sería fundamental que si un servicio de salud tiene una posición de dominio dentro de la negociación de los precios se compartieran estos modelos. En conjunto las comunidades serían capaces de hacer más cosas, incluso de racionalizar las compras si hablásemos conjuntamente de portales virtuales o acuerdo para el pago a los proveedores, etc.

**MG.** No debemos de ir a simplificar tanto el problema que al final el problema sea un problema único de precio. En la industria cuando oyes hablar de centrales de compra en seguida piensas en precio, me van a bajar el precio.

**XA.** Pero en una central de compras cuando lleva tiempo funcionando ya no rebajas el precio, porque llega un momento en que ya no puedes.

Pero sí que hay otros caminos que abaratan costes a los hospitales y abaratan costes a los proveedores. Costes de gestión que traducidos a dinero son importantes, por ejemplo, una central logística única para una Comunidad Autónoma. Tienes un único centro de suministros, un único centro de facturación, pues todo esto abarata costes.

---

*En un futuro sería interesante que diferentes servicios de salud utilizaran los mismos catálogos*

*Francisco J. Rubio*

---

### Otras reducciones de costes

**FJR.** Hay un estudio realizado en Cataluña en el que se analizan las reducciones de costes por la utilización de "la compra electrónica".

Se trata de trabajar en eliminar los costes de transacción que tenemos como: la gestión de almacenes, el pedido, la facturación repetitiva, la organización de almacenes, estructura de almacenes modernos, de rotatorio, reparto nocturno, costes en comunicaciones...

**XA.** Además existe la reposición directa a planta que con sus filtros correspondientes entraríamos dentro del circuito de reposición normal y corriente. ¿Que requisitos hacen falta? Pues principalmente respecto a los proveedores en el almacén, que sean fieles cumplidores de los plazos de entrega.

**EF.** Esto nos permite a nosotros reducir los costes. Gestionar un almacén reduciendo stocks es arriesgado siempre y necesitas que la industria sea capaz de cumplir los compromisos. Hay que evaluar a los proveedores.

**FJR.** La evaluación del proveedor debería incluirse en los concursos públi-

cos, además sobre el almacén intermedio de planta, la responsabilidad de ese suministro no debe ser del personal sanitario, debe ser de los servicios de suministros y se debe cumplir lo pactado en el pacto de reposición.

### Gestión de Compras de Prótesis

**JB.** Continuando con el tema anterior, que era el catálogo único/agencia única de compras, me gustaría saber cuál es vuestra postura, la visión sobre cómo veis estas experiencias que se están iniciando sobre centrales de compras únicas.

**JFR.** En Extremadura no hemos tenido experiencias en centrales de compras de CCAA. El primer paso que hemos dado nosotros desde la Dirección General de Gestión Económica y Presupuestaria ha sido el catálogo único, es decir, la definición única y estándar de lo que es cada artículo.

Entiendo que lo que nos va a permitir, además de homogeneizar criterios de compra, es empezar a conocer los consumos, precios, estacionalidad, etc. Me inclino más hacia una segunda fase en la que para determinados artículos (de fácil descripción y consumo generalizado en todos los centros) podamos realizar concursos centralizados.

Tengo dudas sobre si el mejor modelo es el de determinaciones de tipo, aunque desde luego tienen que existir varios proveedores, principalmente para los artículos de prótesis, permitiéndose con ello cierta capacidad de elección al clínico.

**EF.** En este caso, los artículos de prótesis los pagas al mismo precio pero cada técnico puede elegir realmente la prótesis a la que está más acostumbrado o que le gusta más...

**PV.** Pero con esa limitación de precios no permite luego que el hospital gestione comprando determinado material a menor precio.

**FJR.** En teoría, el precio centralizado para una CCAA no permite a ninguno de los centros negociar a la baja, aunque pueda elegir entre las diferentes empresas adjudicatarias de un artículo. Si pudiésemos negociar precios a la baja hablaríamos de un concurso de determinación de precios máximos, en los que de nuevo los centros grandes aprovecharían sus ventajas para negociar.

**JB.** Otra pregunta, ¿tenéis separados los catálogos de prótesis y el del material fungible? ¿Son diferentes los dos catálogos?

**XA.** Es diferente, existe una central de compras para el tema de fungible y un catálogo para el tema de prótesis, o sea, la organización es la misma pero los interlocutores y el circuito logístico son diferentes.

**JB.** En este modelo de central única de compras que habéis expuesto ambas comunidades, ¿el presupuesto de la compra va con cargo al hospital?, y ¿cómo se controla desde la central de compras, la cantidad de prótesis o de unidades de cierto material que autorizais? ¿o se deja al hospital libertad para que adquiera la cantidad que desee?

**EF.** El volumen influye en el precio que se pacta con la central de compras, porque el proveedor sabe cuál es el consumo estimado de todo el servicio. Lo mismo pasa con la central de compras, que sabe cuál es el volumen estimado, pero una vez se ha hecho el catálogo, cada hospital gestiona sus compras.

**MG.** Para ser aprobado como proveedor en algunas CCAAs las empresas tienen que presentar sus códigos de

producto relacionados con el código de catálogo, y solo entonces, a partir de éste pueden empezar a entregar y facturar.

De hecho el Servicio Valenciano de Salud envía la relación de todas las prótesis que se han llevado a cabo y en un disquete las empresas tienen que mandar las facturas, y no admiten una factura que no tengan relacionada.

**XA.** Para saber la referencia de lo que se le ha implantado al paciente el sistema está completamente informatizado. Los servicios tienen el depósito en formato Excel, con todos los códigos y las cantidades adjudicadas, y cuando se implanta al paciente, se imputa al número de historial clínica... Todo esto de forma *on-line*, conectado con el quirófano y, otras unidades funcionales como admisiones, los armarios de dispensación y al almacén donde automáticamente obtienen el pedido para el proveedor, y éste factura la prótesis implantada y entrega al depósito una nueva.

### Centrales de Compra, Unidades Administrativas

**JB.** ¿Lo que estáis montando son centrales de compras o son más bien unidades administrativas que realizan un establecimiento de precio?

**XA.** Son centrales de compras. Hasta el año 2002 los concursos agregados en el ICS no tenían una "estructura organizativa para las compras", hay tres o cuatro personas que se encargan de las ofertas, un soporte informático, etcétera y una vez está adjudicado todo, se responsabiliza cada hospital, donde se le facilita el programa informático automáticamente con los listados.

**FJR.** Si cada centro pide al proveedor, entonces no es una central de com-

pras, a mi modo de ver una central es la que te tramita los pedidos de todos los centros y después dice al proveedor a que centro hay que suministrarlo.

Entiendo que más que centrales de compras son concursos de determinación de tipo de forma centralizada, que una vez tienes adjudicado el artículo, cada uno de los centros adscritos efectúa el pedido al proveedor y no se permite la negociación posterior de precios, el precio es el fijado en concurso, en función del volumen total previsto de compras, y no tiene sentido que el hospital renegocie los precios.

**EF.** No habría que plantear una evolución hacia un sistema de central de compras cuando el tema de logística de pedidos está poco organizado, el paso hay que darlo ya hacia sistemas de logística completa.

**CL.** Una central de compras no tiene nada que ver con *e-commerce*. El *e-commerce* es una herramienta que te facilita la forma de comprar. En una central de compras lo que tienes es la responsabilidad de la compra.



F. Javier Rubio

**EF.** Pero creo que no vale la pena que nosotros hagamos la transformación administrativa de tener que centralizar todos los pedidos en un solo sitio, no es necesario que se haga esta transformación ahora, cuando la tecnología está desarrollando herramientas y sistemas para facilitar el tema de gestión de pedidos.

**FJR.** En cambio, éste no es el caso de las grandes empresas privadas con muchas sucursales, donde el suministro a cada uno de los centros, se hace desde una central que puede no estar ni en España. La decisión de la compra se hace desde una central y luego el artículo se entrega a cada una de las sucursales. Posiblemente como comentábamos antes, para los hospitales grandes no tiene mucho sentido, porque tienen un nivel de compras muy importante que les permite optimizar costes de adquisición y de transacción, e incluso exigir determinadas condiciones al proveedor, pero hay otros centros, más pequeños, en los cuales esta organización sí que les beneficia.

Cuestión diferente es la rentabilidad del modelo, en los estudios de las empresas especializadas, al implantar estos sistemas mencionan "ahorro de personal" y "amortización de la inversión", algo muy relativo en la administración pública y que está condicionado por la rigidez del sistema.

**MG.** En la industria cada vez somos más conscientes de eso, y de hecho se están fomentando modelos *health-economics*, consistentes en plantear abaratamiento de costes no por el lado de reducciones de personal sino por el lado de reducciones de días de estancia del paciente en el hospital, coste del tratamiento completo, etc.

**JB.** ¿Cómo veis el modelo actual de compras en los hospitales, ventajas e inconvenientes? ¿Cómo lo valoráis? ¿Es

un modelo a extinguir o va a ir evolucionando hacia los catálogos centralizados?

**FJR.** Hace unos diez años cada centro gestionaba su presupuesto asignado, sin que se le diera demasiada importancia al potencial de la organización, no se tenían en cuenta las economías de escala que la organización aporta.

En los últimos años se han introducido muchos factores en cuanto a innovación logística, formación, portales de suministro, etc., que están dando un giro a la gestión de compras en las organizaciones sanitarias. Da la impresión de que las comunidades transferidas con anterioridad al 2002, tienen esta parte mucho más avanzada y han desarrollado modelos propios. Deberíamos fomentar el contacto e intercambiar experiencias para homogeneizar sistemas.

**XA.** Creo que cambiarán las funciones. Las funciones se basarán más en el control del consumo y de los parámetros de la reposición diaria a las unidades de enfermería, en las que desaparecerán prácticamente las funciones de la custodia de stock. En los centros se llevarán los temas logísticos, y quedará una parte de gestión de compras.

**MG.** No todo es blanco o negro. Habrá una gran parte que tenderá a centralizar, pero por otra parte el hospital tendrá que mantener ciertas actividades.

## Productos Farmacéuticos

**EF.** La farmacia es otro tipo mercado. Es un mercado en que la competencia no es como la de productos sanitarios. En un informe del tribunal de cuentas hay un capítulo referente al tema de la competencia, y según ellos realmente

la competencia en el sector de la farmacia solo afecta a un 30 % de los productos.

**MG.** Pero cuando hablamos de farmacia hay una parte de la cadena logística en que se puede incidir. No es igual que el farmacéutico lleve la gestión del inventario o la lleve Suministros, sobre todo, ciertos aspectos de la misma.

**EF.** La unidosis mejora el consumo por que racionaliza la dispensación, pero no nos equivoquemos, la unidosis no es la panacea universal para disminuir el consumo de farmacia. La unidosis básicamente afecta a las formas orales. Las formas orales pueden ser el 60% de los fármacos que utilizas en un hospital pero las formas orales son el producto mas barato. El más caro va por vía intravenosa. La unidosis engloba al 60% del producto administrado pero no es más que el 30% del coste, si no tienes una unidad de mezclas endovenosas preparada para suministrar unidosis para formas inyectables no te enfrentas completamente al problema de la individualización de la dosis y dejas de preparar farmacos que suponen el 70% del costo.

### **Los clínicos, la gestión de compras y las agencias de evaluación**

**JB.** ¿Cómo los usuarios, los clínicos participan en esta evolución que está teniendo el proceso de compra? ¿Van a incrementar su participación? ¿Van a perder poder?

**EF.** En general, los clínicos ven mal estos cambios organizativos. Aunque en el tema de las prótesis no es así, porque cada uno prescribe las que quiere. En cuanto al poder del consumo, o el poder de decidir, si se lo quitas, el clínico va a tener una disminución importante de poder.

**XA.** Esto lo va a dar el tiempo, pero si el grado de confianza va siendo superior y la calidad de los sistemas de logística también, cada vez más los clínicos tendrán menos reticencias al proceso centralizado, si se les deja una participación activa, por ejemplo, en una mesa hablando de los criterios clínicos y técnicos de los productos.

**FJR.** Hay que aprovechar el rejuvenecimiento de muchos servicios y la formación del clínico en gestión. Además cada vez más hay compañías que se van involucrando en la gestión, y cada vez más los servicios clínicos quieren saber dónde tienen sus bolsas de ineficiencias, ¿qué gastan en personal? ¿qué otros costes se les imputan y demandan más información al respecto?

**EF.** Cuando hablamos de estos temas, es necesaria la existencia de una oficina o agencia que realmente evalúe las empresas y las tecnologías, no que haga tres informes al año sobre grandes temas, si no que plantee si esa nueva técnica que la empresa está potenciando resulta satisfactoria, o no. Debe existir una oficina en nuevas tecnologías que evalúe y que además sea lo suficientemente ágil para poder estar encima de los problemas que surgen.

**PV.** Se supone que estos temas deben ir ligados en parte con la participación de los clínicos y con el conocimiento del sistema de información, de una constante comparación de precios y productos entre centros, y resultados en calidad, complejidad, etc.

**FJR.** Hay que tecnificar y globalizar la información, hace muy poco tiempo, las comparaciones entre centros se hacían entre los más de ochenta hospitales del INSALUD, pero ahora hay hospitales que van a perder esta perspectiva al pertenecer a diferentes Servicios

de Salud y no poder compararse, salvo que seamos capaces de definir un sistema de información global en que realmente nos podamos evaluar todos los que integramos el Sistema Nacional de Salud.

**EF.** Existe una buena experiencia sobre la introducción de nuevas técnicas denominada de "uso tutelado", cuando un centro tiene que decidir si una técnica nueva es mejor que la vieja a la cual sustituye, se tiene que basar concretamente en publicaciones que lo demuestran, pero cuando no es así, se puede dejar introducir esta técnica de forma controlada, es decir, usándola pero registrando desde qué momento se está utilizando, sus resultados... Después de recoger la información y evaluarla se puede decidir si seguimos o no con la técnica. En nuestro país, esto debería ser muchísimo más flexible, más rápido, más ágil. Ahí es donde los clínicos se deben arriesgar.

Para investigar una técnica primero hay que dejarla entrar, pero si la dejas entrar estás perdido. Lo sensato es plantearte las soluciones dentro de las agencias de evaluación.

**PV.** En alguna medida hay que buscar el punto en el que los clínicos se enganchen en el compromiso, en que los costes no pueden ser más altos. Aparte de que haya una evaluación externa que dé validez, ellos deben ser copartícipes de los resultados que están dando.

**XA.** Los proveedores tienen un papel importante porque con un producto nuevo, el proveedor puede tener dos actitudes:

- Esperar que el consumidor lo solicite para empezar a comercializar.
- Demostrar que hay unas ventajas con este nuevo producto respecto

al anterior. En este caso el hospital decide probarlo durante un período y a cabo de un tiempo se evalúan las ventajas y los precios, y después se decide en qué casos se acepta el producto.

**JB.** Un hospital puede evaluar algo, pero para la evaluación correcta, con grandes series y con los análisis estadísticos rigurosos, solo te la puede hacer un centro que esté especializado en estas técnicas.

Pero regresando al tema, si cada vez se le está dando más poder al clínico en cuanto a gestión, y le vamos a quitar la capacidad de decidir los productos que adquiere, ¿es esto un contrasentido?

**XA.** Creo que no se le quita ninguna capacidad al clínico.

**EF.** La capacidad de decisión la ha de tener el clínico, al margen de lo que produce.

**JFR.** El soporte técnico lo ha de dar el clínico.

**MG.** Creo que ha de ser una capacidad de decisión compartida. Quizás la gestión del clínico tiende a incorporarse a una toma de decisiones que hasta ahora solo había sido del aspecto más técnico. Empezando a aplicar una lógica de gestión empresarial a un área donde quizás hasta ahora no ha estado muy extendida.

**PV.** Acostumbrar a los clínicos, a justificar las necesidades y a medirse en términos de coste eficaces, claro. Esto habrá que exigiárselo a cambio de otras informaciones y otras expectativas que tengan ellos de mejorar la gestión que están haciendo.

**XA.** En la medida que el clínico se vaya implicando más no solo existirá un criterio meramente técnico sino



que aparte del criterio técnico a la hora de decidir la adquisición de un producto o de otro irá asociado cada vez más el coste del producto.

### **Portales de compra, códigos de barras, EDI**

**JB.** Para continuar, ¿hacia donde nos conducen las iniciativas tecnológicas como los portales, los proyectos de poner código de barras en los productos, catálogos de productos en internet...?

**FJR.** Existe la experiencia de una colaboración del sector público con una empresa tecnológica para la elaboración del catálogo de artículos en inter-



Eduard Ferrer

net. En nuestra CCAA se han recogido los catálogos de todos los hospitales y con las definiciones y las referencias se ha confeccionado un catálogo único.

**MG.** Creo que el problema, ahora mismo, de los portales de compra es que no aportan apenas valor y que nos cuesta a todos los participantes por cada gestión.

---

*Creo que el problema ahora mismo de los portales de compra es que no aportan apenas valor*

*Miquel García*

---

**XA.** O sea, poner intermediarios en el proceso aumenta los costes.

**MG.** Prefiero iniciativas más básicas como EDI. Con EDI no tengo tanta urgencia en hacer intercambios a través de internet.

---

*... el problema de EDI es la poca difusión del mismo. La otra solución, lo que todo el mundo entiende y sabe, es internet*

*Xavier Alarcón*

---

**XA.** Si, pero el problema de EDI es la poca difusión del mismo. La otra solución, lo que todo el mundo entiende y sabe, es internet. Pienso que internet ha de ser la vía de comunicación y olvidar los lenguajes y protocolos formales y las estructuras de datos convencionales.

---

*...cada vez más, los clínicos tendrán menos reticencias al proceso centralizado*

*Xavier Alarcón*

---

**EF.** El EDI creo que es un tema que tecnológicamente está superado, el tema básicamente no es nada más que un protocolo de comunicación entre dos sistemas, que se inventó en EEUU hace 25 años. Hoy por hoy, el protocolo de comunicación entre sistemas incompatibles existe y lo tenemos todos, que es el protocolo TCP-IP en el que se basa internet.

**MG.** Pensando en la inmediatez, el EDI es algo inmediato, es algo que está, que sabemos que funciona y no hay complejidad en estos sistemas informáticos. Claro, si me voy a lo ideal estará en internet, pero con internet ya tienes que pensar mucho más allá, y cuando tienes que pensar más allá necesitas a un tercero, que te facilite la complejidad que supone pasar datos de un sistema a otro.

Una plataforma global, tiene que ser algo muy estándar, una iniciativa que te permita que todos los participantes en la cadena entren a través de internet. Pero claro, ya estas en manos de un tercero. Veo la solución por internet, pero hay unos costes sobre todo en tener los sistemas.

**XA.** Hoy por hoy, la mayor parte del mercado proveedor no tiene el sistema EDI. En cambio, lo que sí que considero que es importante es el código de barras.

**FJR.** El Servicio Nacional de Salud tiene una posición de dominio y una capacidad para empujar a que los proveedores entren en el sistema EDI de manera que sea rentable y utilizado globalmente.

**MG.** En este asunto personalmente soy poco ambicioso, soy partidario de dar pasos cortitos. No es necesario todavía transmitir la factura, antes hay que transmitir el albarán, y esto ya es posible con EDI.

En la experiencia que tengo con los centros del Servicio Valenciano es que hay gran cantidad de productos gestionados por vía EDI desde hace cuatro o cinco meses. Ahora estamos trabajando para que esto se extienda y crezca. Antes los centros y proveedores que lo utilizaban eran tan pocos que no merecía la pena, pero ahora que ha aumentado el volumen de uso sí que merece la pena.

Al mismo tiempo se necesitan sistemas informáticos que lo soporten, porque de nada sirve que el proveedor a través de una red electrónica provea la descripción, referencia de producto, del lote y la caducidad si el sistema informático que tiene el hospital no lo contempla.

En resumen, veo de una forma muy positiva el EDI y creo que después de muchos años de andar por el desierto se empieza a ver la luz, lo cual es en nuestro mercado bastante esperanzador.

**EF.** Pienso que en estos temas sigue faltando algo. Una visión conjunta y además una visión de futuro. Hemos estado hablando de un tema parcial de lo que será el *e-commerce*, pero las exigencias dentro de cuatro o cinco años no van a ser éstas. El cliente (asegurado) va a requerir ciertos servicios administrativos por la red y en esto sí que debe existir obligatoriamente una tecnología basada en internet. La administración pública deberá atender a estos requerimientos. Me preocupa que a consecuencia de esta falta de visión conjunta y visión del futuro, se inicien iniciativas individualizadas, muy loables, pero que están consumiendo los recursos y no van en la línea de lo que va a ser el futuro.

En conclusión, en este momento invertir en EDI es una solución muy parcial, muy parcheada, que consume recur-

sos y que no resuelve el problema que se nos va a presentar.

**MG.** Pues yo confío en el EDI en nuestro mercado y veo que su uso se está por fin extendiendo. El tema es que internet hasta ahora ha calado hasta cierto punto y EDI sigue estando operativo para muchas compañías.

**JB.** Retomando el tema, ¿veis a los portales virtuales como portales de compra?

**FJR.** De la misma forma que las empresas ponen sus artículos en la red y otras empresas o clientes desde su casa u oficina por internet realizan las compras, hay portales virtuales sanitarios para comprar.

Hace un par de años o tres años, en los servicios de la salud había continuas presentaciones de este tipo de empresas en las cuales presentaban sus portales con sus productos, pero hay que admitir que no dejan de ser intermediarios y esto supone añadir costes al proceso.



Xavier Alarcón

**XA.** Aparte de lo que dices, como archivo de información es útil pero el inconveniente es que no te evita hacer un proceso de negociación global en cuanto a unidades de un producto determinado.

**FJR.** Más que nada es útil para facilitar información, información de características, una especie de catálogo del proveedor, en la red, donde puedes bajarte información y ver los precios, las características, las condiciones de entrega, etc.

**XA.** Por ejemplo, como un instrumento para unificar los catálogos únicos de cada autonomía sería ideal.

**EF.** Tengo la impresión de que hay una parte de la industria favorable a estos temas, pero también hay una parte de la industria absolutamente en contra de entrar en estos temas de tecnología electrónica, y esto es uno de los problemas que frena el desarrollo.

**MG.** Algunas empresas tienen problemas con el mencionado código de barras a los que puede afectar si se estandariza a EAN, porque funcionan con un código de barras distinto.

**JB.** Si se estandariza a nivel nacional el EAN128, las grandes multinacionales se transformarán, pero las pequeñas industrias que no tienen recursos informáticos para todo esto quedarán retrasadas y serán menos competitivas.

**CL.** Estamos hablando de unos costes mínimos. Hay empresas pequeñas que tienen sus productos con código de barras.

**EF.** En el sector sanitario hay grandes empresas que evidentemente lo tienen pero hay muchas empresas pequeñas que hacen solamente de im-

portadores de artículos, distribuidores, etcétera. Estos como mucho tienen un sistema de contabilidad rudimentario.

**FJR.** Creo que la sanidad pública debe establecer acuerdos y estándares para que la industria sepa a dónde va, en el sentido de conocer cuáles son los servicios que les vamos a demandar.

**JB.** Hemos estado hablando de todos

los temas que habíamos incluido en la agenda y para cerrar el punto de encuentro, como conclusión de lo que habéis comentado, es que todos los temas que hemos tratado tienen diferentes alternativas para abordar la solución, no hay una solución única y clara, sino diferentes formas de solucionar los problemas y en esta diversidad y complementariedad están las soluciones.