



## Editorial

Martínez Montes, José Luis  
*Vocal de Relaciones con Instituciones*

Mesa Ramos, Manuel  
*Presidente de la SATO*

En 2010, la Consejería de Salud de Andalucía comenzó a desarrollar un modelo de gestión provincial con la creación de las plataformas de logística integral encargadas de realizar los procesos de contratación administrativa, gestión de compras, coordinación en almacenamiento, distribución, facturación y gestión presupuestaria dentro de una estructura unificada de los centros asistenciales públicos de la provincia.

El objetivo que se postulaba con las mismas era incrementar la eficiencia en el gasto sanitario y obtener los mejores precios y condiciones generales en la contratación y adquisición de productos y servicios, utilizando como recurso la agregación de las compras.

Para ello se planteaba realizar una planificación del gasto anual teniendo en cuenta la demanda de todos y cada uno de los centros, donde los profesionales tuvieran un mayor protagonismo, donde identificaran y mostraran sus necesidades, hicieran valer sus conocimientos y contribuyeran a la adquisición de productos mediante la peritación técnica de los mismos.

Desde su creación y progresivo desarrollo hemos asistido en los últimos tiempos a una febril actividad en la catalogación de productos y en la gestión

y control de compras de suministros en la red de hospitales públicos de Andalucía que se ha traducido en una significativa reducción de costos que ha merecido la distinción en las Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, organizadas por la Fundación Signo en Valladolid en 2013, lo cual aplaudimos desde aquí, pues, la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia (SATO) ve como un gran avance la compra centralizada al

- o Favorecer la eficiencia empresarial en sus adquisiciones, potenciando los ahorros mediante las oportunidades que ofrecen las economías de escala.
- o Favorecer la homogenización de técnicas y productos disminuyendo su variabilidad.
- o Contribuir al establecimiento de estándares de calidad comunes en Andalucía.
- o Suponer una cierta garantía para las empresas suministradoras, al propiciar la estabilidad del mercado mediante un escenario de contratación común para todo el sistema y particularmente en relación a los tiempos de pago.

Pero la realidad es otra. Aún dentro de cada provincia existen grandes variaciones entre centros y unidades de gestión. El tamaño y características de la población a atender, las variaciones estacionales de la misma, la disparidad de recursos humanos y

económicos, las dimensiones de las instalaciones, etc. hacen que se deba prestar especial interés a las necesidades asistenciales de las respectivas Unidades de Gestión Clínica (UGC).

La planificación que se realiza se basa en el gasto de capítulo II (material fungible, implantes, etc.) del año anterior. La unidad ha de cumplir unos objetivos que se centran en dos baluartes, el ajuste de indicaciones y ceñirse a un presupuesto restrictivo, se transmite que si los costos son menores el presupuesto ha de reducirse.

La falta de información disponible por los profesionales para emitir sus informes técnicos, el escaso tiempo para contrastarla y la escasa influencia que tienen sus opiniones frente a los criterios económicos, hace que haya un sentimiento generalizado de haber perdido todo protagonismo y ser meros comparas necesarios para legitimar el proceso de compra.

Por todo ello, entendemos que la compra centralizada no debe quedar relegada a un mero plano economicista, pues en cuestiones de salud son múltiples los conceptos a tener en cuenta, muchos de ellos con importantes connotaciones éticas.

Por la propia idiosincrasia de nuestra especialidad no es lo mismo tomar la decisión sobre usar un tornillo o un apósito para heridas de una u otra marca o tomarla sobre qué implante protésico poner, por ejemplo. Cuando se encara la gestión de compras en el entorno de una UGC de Cirugía Ortopédica y Traumatología, son varios los aspectos que deben destacarse.

En primer lugar, a nadie se escapa que la elección de un determinado tipo de implante protésico tiene gran trascendencia ya que, en la mayoría de los casos, implica la opción por una u otra “escuela”, de las numerosas que existen en el mundo de la cirugía ortopédica, la mayoría de las cuales han demostrado tener valores y características por las que se puede optar en un determinado momento. Aspectos como pares de fricción, aleaciones, “off-set”, fijación porosa o no, cementación o no, modularidad, grado de restricción de los movimientos, sistemas de navegación, etc., son cruciales para las opciones terapéuticas y se relacionan directamente con los aspectos “escolásticos” que, habitualmente necesitan años para desarrollarse y conseguir su máxima eficiencia

en un determinado servicio clínico.

Esto tiene consecuencias en aspectos tan importantes como la curva de aprendizaje y la formación del personal sanitario. Habitualmente la curva de aprendizaje de todo un servicio (especialmente si este es de gran tamaño) exige tiempo y esfuerzo, y necesita de la participación de todo el personal (facultativos, instrumentistas, gestores de los depósitos, personal encargado de posicionar al paciente, personal encargado del seguimiento posterior, etc.) y es un aspecto en el que se debe meditar con mucha prudencia a la hora de planificar un cambio, que en ocasiones puede llegar a ser temerario y rayar el conflicto ético. Se ha visto que no todas las prótesis precisan del mismo requerimiento de pericia, se considera que el riesgo para el paciente derivado del cambio de técnica (curva de aprendizaje) se establece en al menos 15-35 cirugías por facultativo.

La decisión del cambio ha de pasar por el conocimiento práctico de los implantes, de la técnica quirúrgica y sus ventajas, haberlos probado antes de tomar la decisión y no después de la misma, la falta de preparación y conocimiento es indefendible. Es preciso que esta mejora en el sistema de compras no influya negativamente en la formación de los profesionales. El actual modo de colaboración de la industria, con todos sus claros oscuros, ha sido un buen garante de esta formación, el gran nivel de capacitación de nuestros profesionales lo demuestra, ello no quita a que se abra un diálogo sobre la gestión de recursos formativos más abiertos a la “coresponsabilización” de los propios hospitales y de sus UGC en la formación de los profesionales sin menoscabo del sostenimiento económico del sistema público de salud.

Finalmente, a estas alturas del desarrollo de los sistemas de salud, es evidente que la colaboración de todos los implicados es necesaria a fin de conseguir “los mejores implantes al mejor precio posible”. Pero ello debería plantearse sin crear “monopolios o estructuras de suministro de implantes”, excesivamente rígidas o estrechas, que a medio o corto plazo, podrían volverse contra el objetivo inicial de contener los precios, al poner importantes trabas reales a la competencia, o poniendo en peligro el suministro cotidiano ante la más que posible presencia de alarmas sanitarias, “roturas de stock, etc. Somos de la opinión de que se realice una contratación normalizada basada en la adjudicación de los acuerdos mar-

co de homologación con múltiples empresarios.

En resumen, creemos que el modelo de gestión de plataformas de logística integral uniprovinciales es un buen modelo que contribuye al sostenimiento del sistema público y a garantizar una asistencia médica de calidad a todos los ciudadanos, pero no está exento de deficiencias en la actualidad. Tal vez la más relevante es el excesivo carácter administrativo y económico que prima en las decisiones, la salud no se mide en euros. Se debe procurar que los criterios de selección de los productos tengan un mayor peso científico, donde haya unos mínimos requerimientos exigibles a los productos y empresas, lo que propiciará una uniformidad de criterios en las diferentes plataformas.

Es esencial que exista una capacidad de elección de los distintos hospitales participantes en base a la formación y pericia de los traumatólogos, criterios de seguridad y coste eficiencia de los artículos a adquirir (curvas de aprendizaje, tasas de supervivencia de las prótesis, alertas, etc).

Con ello, entre todos conseguiremos tener equipos de trabajo de alta calidad en los que se pueda seguir realizando formación, investigación clínica y actuación en el entorno estable de alguna de las escuelas u opciones terapéuticas que antes se han comentado, garantizar y propiciar la competencia empresarial y contener razonablemente el gasto público.

## Bibliografía

Duwelius PJ, Parvizi J, Matsen Ko L. New technology: safety, efficacy, and learning curves. *Clin Orthop Relat Res.* 2014 Apr;472(4):1080-5

Peltola M, Malmivaara A, Paavola M. Learning curve for new technology?: a nationwide register-based study of 46,363 total knee arthroplasties. *J Bone Joint Surg Am.* 2013 Dec 4;95(23):2097-103

Ravi B, Jenkinson R, Austin PC, Croxford R, Wasserstein D, Escott B, Paterson JM, Kreder H, Hawker GA.

Relation between surgeon volume and risk of complications after total hip arthroplasty: propensity score matched cohort study. *BMJ.* 2014 May 23;348:g3284.

Vince KG. Learning Curve for New Technology: Climbing That Hill: Commentary on an article by Mikko Peltola, MSc, et al.: "Learning Curve for New Technology? A Nationwide Register-Based Study of 46,363 Total Knee Arthroplasties" *J Bone Joint Surg Am.* 2013 Dec 4;95(23):e1901-2.