

# LOS DESAFÍOS DE LA CONTRATACIÓN PÚBLICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI. HACIA UN MODELO DE VALOR

Panel 4  
LOS CONTRATOS PÚBLICOS PARA UN  
SISTEMA DE SALUD MODERNO: HACIA LA  
MEJOR ATENCIÓN AL PACIENTE

El enfoque de los órganos de fiscalización

Alfonso Peña Ochoa

Presidente de la Cámara de Cuentas de Aragón

► I CONGRESO INTERNACIONAL ►

el **DESAFÍO**  
de la **RECUPERACIÓN**  
y el papel de la **CONTRATACIÓN PÚBLICA**

Zaragoza

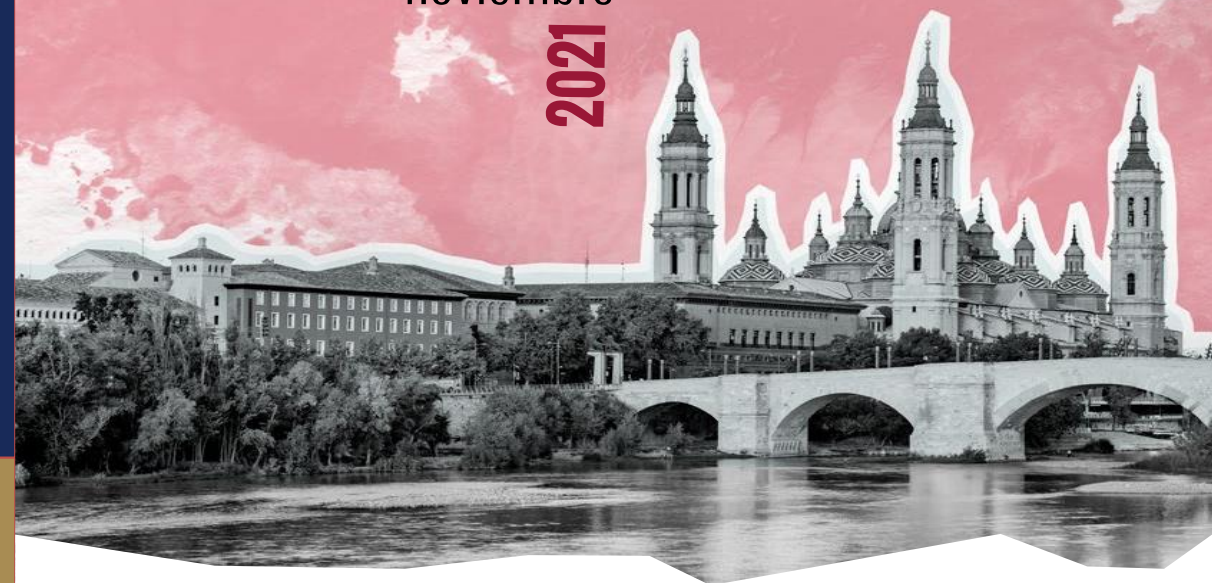
**10-12**

noviembre

**2021**

**Auditorio de Zaragoza**

Sala Luis Galve



Cátedra de la  
Contratación Pública Local  
Universidad Zaragoza



OBSERVATORIO DE  
CONTRATACIÓN PÚBLICA



Universidad  
Zaragoza



CÁMARA DE CUENTAS  
de ARAGÓN

**Las compras públicas  
en el ámbito sanitario  
desde la perspectiva  
de los órganos de fiscalización  
económica**



# El gasto público sanitario en España

Según el informe anual del sistema nacional de Salud de 2019 (último publicado) el gasto sanitario público ascendió en 2018 a 77 404 millones de euros, que representan el 6,4 del PIB nacional (el gasto privado, el 2,7)

En las previsiones presupuestarias para 2021 que el Gobierno remitió a la Comisión, el gasto sanitario público escala hasta 85 506 millones de euros, el 6,9 % del PIB nacional, lejos aún de otras economías europeas.

Es la segunda política pública, después de las pensiones, del presupuesto consolidado del conjunto de las administraciones españolas.

# El gasto en farmacia hospitalaria y en alta tecnología

El gasto en estas partidas (farmacia hospitalaria y bienes de equipo de alta tecnología) ascendió en 2018 a cerca de **7.000 millones de euros**, de los que **6.600 se destinaron a la compra de medicamentos** y el resto a inversiones en alta tecnología (Fuente: AiREF: *Gasto hospitalario del SNS: Farmacia e inversión en bienes de equipo*)

La **farmacia hospitalaria** ya representó en aquel año el 40% del gasto farmacéutico público con una tendencia creciente desde hace años que parece que no se invertirá en el futuro.

En relación con la **inversión en alta tecnología**, resulta imposible sustraerse al impacto presupuestario que tiene la implantación de estas nuevas soluciones: la adquisición mediante esquemas contractuales convencionales implica altos costes en el momento de su adquisición, lo que supone, de facto, una barrera para incorporarlas en un marco de restricciones presupuestarias.

Paradójicamente, no comprar nuevas soluciones tecnológicas por limitaciones presupuestarias puede impedir que se generen ahorros en otras partidas del gasto hospitalario, que seguramente podrían lograrse al mejorar la calidad asistencial y conseguir impactos significativos en los resultados de salud.

# La dinámica del gasto sanitario: el desafío de la sostenibilidad a largo plazo

Para Ernest Lluch (*“Costos crecientes y éxitos sanitarios públicos”* 1997) los problemas que sitúan en riesgo continuo la sostenibilidad del sistema nacional de salud, son los siguientes:

-**Las innovaciones tecnológicas y los nuevos fármacos, que mejoran la calidad de la atención al paciente, pero normalmente no reducen el coste, sino que suelen aumentarlo.**

-**Cómo compramos salud.** Mediante un **proceso muy peculiar y distinto** a cualquier otra compra pública, donde el médico decide, el paciente adquiere y el servicio público de salud paga. Un proceso caracterizado por la **falta de integración** de las decisiones, que tensiona el gasto público.

-**La demanda de servicios sanitarios siempre supera a la oferta, por la percepción directa de que en la sanidad no existe precio, porque se financia con nuestros impuestos, sin duda, todo un reto para la hacienda pública.**

Siempre va a haber **nuevos servicios** listos para ser incorporados al sistema (hoy en día salud mental o salud bucodental, por ejemplo) y **nuevos fármacos y tratamientos de vanguardia**, que tanto médicos como pacientes van a presionar, legítimamente, para que se les dispensen para conseguir mejores resultados en salud.

Aunque este no parezca el mejor momento para recordarlo (pues la pandemia sigue ahí), también existen limitaciones objetivas al desarrollo de nuestro sistema de salud, que tiene que controlar la continua expansión del gasto sanitario, y estas limitaciones restringen la capacidad de compra.

En el estudio sobre el gasto sanitario en España 1999-2003 (*Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario de la Conferencia de Presidentes*) ya se advertía de la peligrosa dinámica del gasto sanitario que crecía en el período de referencia a una tasa mayor que la economía, lo que supone un enorme desafío sobre su sostenibilidad a largo plazo.



## La necesidad de un buen control externo del gasto sanitario

Una partida del gasto público tan significativa como esta, y caracterizada por una tendencia creciente e insostenible, tiene que ser objeto de fiscalización recurrente de los órganos de control externo, para verificar la regularidad de los procedimientos de compra de los bienes y servicios sanitarios, la capacidad del presupuesto para dar cobertura a estos gastos y la eficacia y eficiencia de su ejecución.

Y, en todos nuestros trabajos de fiscalización **hemos hallado debilidades importantes** en los procesos de compra de nuestros servicios de Salud (**en la regularidad de las operaciones, de la gestión contable y de la gestión operativa**)





¿Qué alternativas tenemos para que el gasto sanitario sea más eficiente (que consiga impactos significativos en los resultados de salud) de una forma presupuestariamente sostenible?



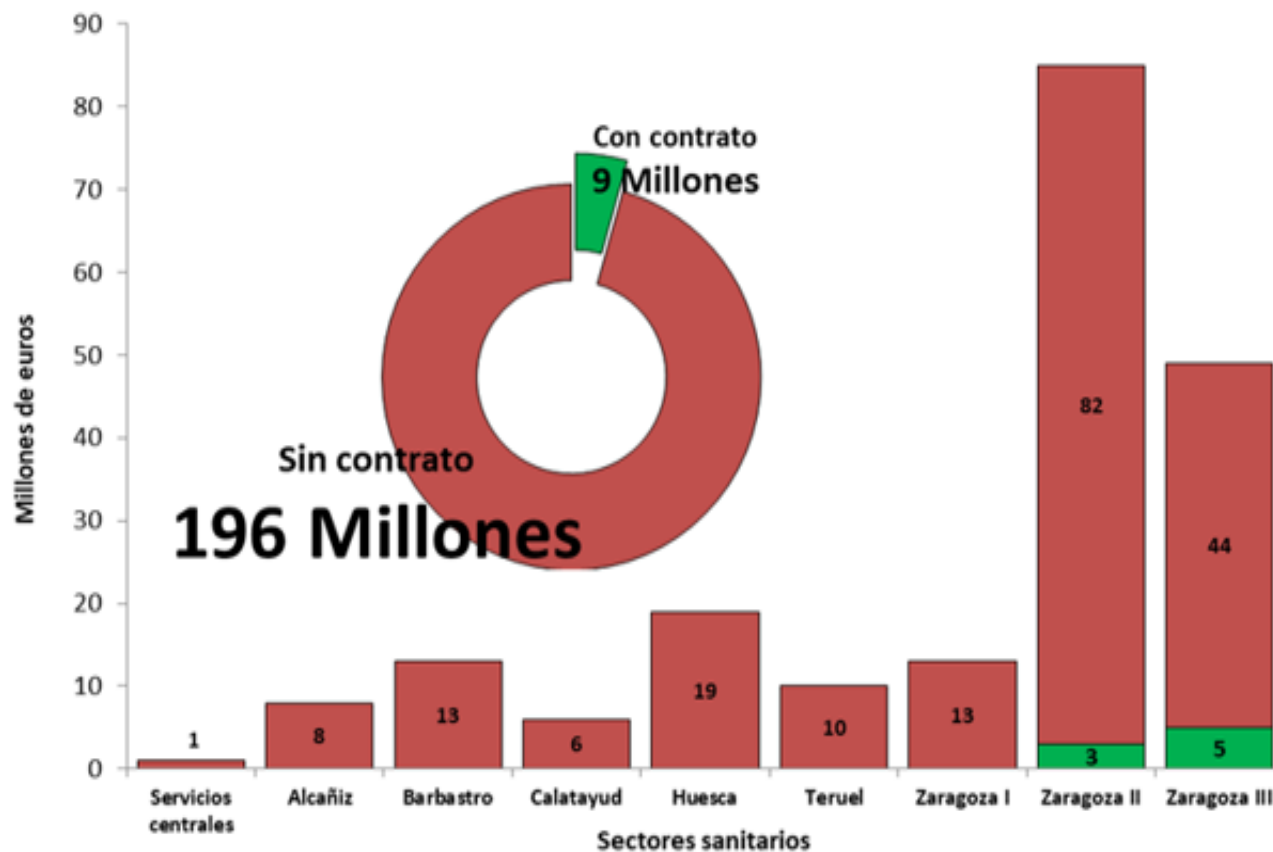
Sobre la regularidad de las operaciones del gasto de farmacia.

**Todos los informes de los organismos de fiscalización y de las autoridades independientes (AIREF y Competencia) indican que la compra de medicamentos con sujeción a las prescripciones de las leyes de contratos presenta datos preocupantes.**

AIREF establece que el 70% de los contratos, a nivel nacional, se instrumentó en el ejercicio 2018 mediante compra directa a los laboratorios sin utilizar los procedimientos de adjudicación de la LCSP.

**Nuestros informes de fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de Aragón incluyen el dato del importe de los productos farmacéuticos y tratamientos adquiridos directamente por el servicio de Salud sin ningún tipo de procedimiento y sin formalizar contratos, que se sitúa en torno a 200 millones de euros en media anual**

# Gasto en farmacia hospitalaria (por sectores con contrato y sin contrato)



Sobre esta forma de comprar, quizás lo de menos es que no se usen los procedimientos de LCSP

Lo grave es que no existe, por lo general, ningún tipo de planificación estratégica que organice la compra de medicamentos y hay una falta de transparencia total en cuanto a precios, proceso de compra y formalización de los contratos, que en otros ámbitos de la actividad administrativa sería impensable, inasumible, un escándalo mayúsculo.

Pero en el ámbito sanitario se tolera porque lo que está en juego es el derecho a la salud, que estaría bien que lo hiciéramos compatible con los principios de buena gestión

## ¿QUÉ HACER?

*“elevar a la categoría legal de normal, lo que a nivel de calle es plenamente normal”*

Parafraseando al presidente Suarez, lo que convendría hacer, de forma urgente, es **“elevar a la categoría legal de normal, lo que a nivel de calle es plenamente normal”**

Es decir, contemplar de una vez las excepcionalidades del proceso de compra pública de medicamentos en la LCSP, para dar cobertura a lo que, en la práctica, se está haciendo

Y así evitar dudas, interpretaciones e incertidumbres y muchos costes burocráticos

**AiREF** propone que en los medicamentos en los que no hay competencia y concurrencia (medicamentos exclusivos), se adapte la LCSP *“para incorporar fórmulas de contratación que tengan en consideración la resolución administrativa que supone la decisión favorable de financiación de la CIPM y se reduzca la carga burocrática que actualmente supone la tramitación de los expedientes de contratación negociados por exclusividad”*.

# BALEARES Y NAVARRA

## CONTRATOS EXCLUIDOS, DE NATURALEZA PRIVADA, SUSCEPTIBLES DE ADJUDICACIÓN DIRECTA

En **Baleares** y, más recientemente, en la **Comunidad Foral de Navarra**, han pasado de las musas al teatro (Ley 2/2020, de 15 de octubre, de medidas urgentes y extraordinarias para el impulso de la actividad económica y la simplificación administrativa en el ámbito de las administraciones públicas de las Illes Balears para paliar los efectos de la crisis ocasionada por la COVID-19, y Ley Foral 17/2021, de 21 de octubre, por la que se modifica la Ley Foral 2/2018, de 13 de abril, de Contratos Públicos) y han regulado un sistema de adquisición de medicamentos en el que se dispensa la licitación y queda al margen de los procedimientos de contratación pública por el hecho de que ya existe un precio determinado mediante un procedimiento administrativo, negociado entre la Administración y el proveedor farmacéutico, e incluso, en algunos casos, acuerdos de riesgo compartido o de techo de gasto incorporados al mismo, con el que se regulan por lo tanto las condiciones de la adquisición

En estos casos, el servicio de salud podrá adquirir directamente los medicamentos.





# SOLUCIÓN ESTATAL

## CONTRATOS EXCLUIDOS, DE NATURALEZA PRIVADA, SUSCEPTIBLES DE ADJUDICACIÓN DIRECTA

ENMIENDA N° 139 al Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado 2022, presentada por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, por la que se propone la modificación de la Ley de Contratos del Sector Público para añadir un nuevo apartado 7 al art. 11 para excluir de la Ley los contratos de suministro de medicamentos con protección de patente

La enmienda tiene el siguiente tenor literal:

“7. Quedan excluidos de la presente Ley los contratos de suministro de medicamentos con protección de patente que pueden ser adquiridos directamente por los diferentes servicios de salud de las administraciones públicas, tomando como referencia el precio determinado por el Ministerio de Sanidad”

Y tiene la siguiente motivación:

“La legislación general de contratos del sector público, codificada en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, resulta inadecuada e insuficiente en su redacción actual para regular la compra pública hospitalaria de los medicamentos con derechos de patente en vigor, tanto los medicamentos innovadores como los medicamentos exclusivos

Estos medicamentos absorben un porcentaje muy significativo del conjunto del gasto público farmacéutico hospitalario en España, que se sitúa en torno al 40% del total, y no son, por su propia naturaleza, susceptibles de ser adquiridos por los procedimientos concurrenciales ordinarios de la LCSP”

En caso de aprobarse la enmienda nº 139 al Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado 2022, presentada por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, por la que se propone la modificación de la Ley de Contratos del Sector Público:

**los contratos de suministro de medicamentos innovadores concluidos por cualesquiera entidades del Sistema Nacional de Salud tendrían la naturaleza de contratos privados del sector público, sometidos a un régimen de libertad de pactos, y siendo su precio el determinado por el Ministerio de Sanidad en su resolución administrativa de fijación de precio de financiación pública, con las revisiones y condiciones que se establezca**

**Un nuevo enfoque de las compras:  
la relación coste-eficiencia en las  
compras sanitarias**



## El contexto: el agotamiento de los mecanismos tradicionales de pago de las compras sanitarias y las alternativas en el actual marco regulatorio

Se han identificado limitaciones objetivas para el pago de las nuevas soluciones sanitarias con el esquema convencional en un contexto de crecimiento del gasto sanitario que problemas de sostenibilidad en el presupuesto a medio y largo plazo

La literatura ha confirmado que los modelos sanitarios de mayor coste no son los más eficientes en el mundo

El nuevo marco regulatorio europeo y nacional de las compras públicas está claramente enfocado a la eficacia y la innovación “Estrategia Europa 2020”

Este nuevo enfoque es el que se elegido para gestión de los Fondos Next Generation

En España, los objetivos de la LCSP 2017 son lograr una **mayor transparencia y conseguir una mejor relación calidad-precio** obligando a definir los criterios de adjudicación de forma que permitan obtener obras, suministros y servicios de gran calidad mediante a inclusión de aspectos cualitativos, medioambientales, sociales e innovadores (exposición de motivos)

En los **servicios sanitarios, sociales y educativos dirigidos a las personas** se contemplan **especialidades de contratación pública** que facilitan una **mejor respuesta jurídica para adquirir** prestaciones alejadas de la lógica del mercado

Los contratos de prestaciones personales de carácter sanitario o social pueden estar excepcionados de las reglas de concurrencia propias de un contrato típico de servicios con el objetivo de lograr la correcta prestación de los mismos.

Puede existir un régimen no contractual para la prestación de estos servicios o un régimen singular de contratación.

La Disposición Adicional 47 LCSP permite establecer unas normas “distintas” de contratación pública en el ámbito de los contratos sanitarios o sociales a las personas, que pongan el acento en aspectos técnicos y de calidad, y la Disposición Adicional 48 prevé que se pueden reservar estos contratos a determinados proveedores.





La Disposición Adicional 49 admite para estos servicios el régimen de acción concertada (que no concierto, como modalidad contractual), es una opción organizativa no contractual (como sucede con el sector educativo), que exige la previsión legal expresa que determine el alcance y significado de esta acción concertada, que determine las modalidades de servicios y prestaciones, así como el sistema retributivo

Esta es la opción de la Ley 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario de Aragón

En definitiva, la realidad y la regulación imponen una contratación enfocada a conseguir un crecimiento inteligente, sostenible e integrador, garantizando al mismo tiempo un uso con mayor racionalidad económica de los fondos públicos

En el marco de la Ley de Contratos del Sector Público de 2017 existen soluciones para mejorar la eficacia y eficiencia de la compra pública sanitaria en función de resultados

# LOS CONTRATOS DE PAGO POR RESULTADOS EN SALUD



En España hay muy **pocas experiencias de pago por resultados** y poco conocimiento de cómo funcionan estos modelos contractuales

**¿Cabe establecer este mecanismo de pago en un contrato público?**

Los hechos son concluyentes. En la **práctica comunitaria de los últimos 25 años** están **ampliamente admitidos los contratos públicos que incorporan esquemas de pago por resultados**

La **UE lidera en el mundo las experiencias de contratos sanitarios que incorporan este mecanismo de pago**, destacando en su utilización el Reino Unido y Suecia, aunque también Italia, Alemania y Francia

En España empiezan a utilizarse estas soluciones contractuales que **no tienen ningún problema de encaje en la LCSP 2017**, siempre que se defina con exactitud:



UN OBJETO DETERMINADO DEL CONTRATO



Y UN PRECIO CIERTO

QUE PODRÁ SER DETERMINABLE EN FUNCIÓN DE RESULTADOS

Y QUE SE ABONARÁ AL CONTRATISTA EN FUNCIÓN DE LA PRESTACIÓN RELAMENTE EJECUTADA Y DE ACUERDO CON LO PACTADO

## ARTÍCULO 102.6 LCSP 2017

Cuando la **naturaleza y objeto** del contrato lo permita

podrán incluirse **cláusulas de variación de precios en función del cumplimiento o incumplimiento de determinados objetivos de rendimiento**

debiendo **establecerse con precisión los supuestos en que se producirán estas variaciones y las reglas para su determinación** de manera que el precio sea determinable en todo caso



# Dudas y riesgos que se plantean por la aplicación de estos nuevos modelos de compra






## Dudas y riesgos que se plantean por la aplicación de estos nuevos modelos de compra

- No siempre se podrá o será conviene usar un esquema de pago por resultados
- En un porcentaje significativamente alto de las compras **no aportará ningún tipo de valor añadido utilizar este modelo**

En estos casos, **por razones de eficacia se debería rechazar esta alternativa que requiere unos controles mucho más sofisticados para verificar el cumplimiento** de los resultados por el proveedor

La literatura recomienda aplicar estas fórmulas para **compras de volumen significativo con una incertidumbre alta del precio final o de efectividad del producto** en la salud del paciente y siempre elaborando previamente un estudio cualificado de las ventajas que aporta esta solución por resultados frente a una adjudicación convencional del contrato (**evaluación previa de las alternativas contractuales**)  **ANÁLISIS DE RIESGOS**

Incluso en los casos recomendados, **a veces el modelo no funciona:**

Reino Unido, el país con más experiencia, ha tenido importantes fracasos en el pasado en los esquemas de pago por resultados del Servicio Nacional de Salud

El modelo aporta **valor** pero es **complejo en su aplicación**:

1. Requiere una **adecuada estructuración del contrato** (caso por caso: cada contrato es distinto) y del **mecanismo de pago**, con una correcta definición de los resultados que van a dar lugar a la retribución y de los métodos para su medición y una adecuada distribución de riesgos entre el que cobra y el que paga (acuerdos de riesgo compartido ARC)
2. Necesita **sistemas de información** capaces de registrar los resultados en salud de forma válida y fiable
3. Tiene impactos evidentes en el control de la ejecución del contrato, que se **complica extraordinariamente**: no es lo mismo pagar en función del número de unidades de producto suministradas a un hospital (cuyo control solo requiere un recuento de las existencias en el almacén) que vincular el pago a los resultados que esos productos consigan en la mejora de la salud de los pacientes, cuya medición requiere de un sistema de información válido para el seguimiento del estado de salud de los usuarios



## Conclusiones

Estos esquemas contractuales

Caben con el actual marco legal, en el que es posible que la Administración pague el precio no por unidades de producto suministrado sino por calidad, por resultados presupuestarios o por eficacia de los tratamientos

Incorporan mayor valor que los contratos convencionales

Requieren mayores costes de diseño de la solución que las compras clásicas

Implican mayor carga de gestión que los contratos convencionales

Tienen el riesgo inherente de que la solución contractual no funcione

Exigen un alto compromiso de los profesionales

Una gran oportunidad  
para la compra de  
innovación y para los  
contratos de pago por  
resultados en Salud



# Buen momento para la compra de innovación en Salud

Hay un mandato claro UE: gastar en I+D el 3% PIB

Hay recursos presupuestarios: *Next Generation* UE

(anunciado el PERTE para la Salud de vanguardia, 1.469 millones de euros)

Necesitamos políticas de compra pública innovadora en sectores estratégicos como las nuevas tecnologías y la salud

El objetivo último: gastar mejor el dinero de los contribuyentes y obtener valor añadido en términos de rentabilidad e impacto ambiental, económico o social



# MUCHAS GRACIAS

---

[apenna@camaracuentasaragon.es](mailto:apenna@camaracuentasaragon.es)

