

Compra Pública Basada en Valor en Andalucía

Junio de 2026

Con la colaboración de:

Johnson & Johnson
MedTech

Contenidos

- I. Introducción**
- II. Participantes**
- III. Hoja de ruta de la implantación de la Compra Pública Basada en Valor**
- IV. Marco de la Compra Pública Basada en Valor en Andalucía**
- V. Barreras y retos de la Compra Pública Basada en Valor**
 - Resultados del sondeo entre los asistentes
 - Barreras para la implantación de la Compra Pública Basada en Valor

I. Introducción

Dña. Amparo Simón

Directora General de Gestión Económica y Servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

En los últimos años, hemos visto que los avances tecnológicos y la nueva forma de gestionar los recursos han transformado la forma en que se van prestando los servicios de salud. El crecimiento de los pacientes crónicos, el envejecimiento de la población, los cambios en los perfiles de pacientes, los impactos en las innovaciones han contribuido a ello. Para mantener la sostenibilidad del Sistema Sanitario, debemos evitar el gasto superfluo y poder atender a todas las novedades y todos los pacientes que se nos van incorporando y, para ello, es fundamental que implementemos acciones concretas y nuevas fórmulas de gestión y asignación de recursos que sean más eficientes. Y en ese marco, la Compra Pública Basada en Valor es una herramienta estratégica para asegurarnos el objetivo básico de utilización eficaz de nuestros recursos públicos, maximizando el valor y los beneficios para todos los interesados, promoviendo un Sistema de Salud más sostenible y orientado a obtener un valor a largo plazo, no solo la cuestión inminente.

En el ámbito de la compra pública, entendemos que tratamos de transformar la forma en que se seleccionan y adquieren los productos y servicios, de manera que centremos la atención no solo en el coste inmediato o el coste unitario de cada uno de los bienes que compramos, que incluso puede ser mayor que en un sistema tradicional de compra pública, sino también en los beneficios y resultados esperados a largo plazo que esto genera, como por ejemplo reduciendo hospitalizaciones innecesarias o disminuyendo la cantidad de recursos, ya que es mayor la calidad del recurso que empleamos. Por tanto, tenemos que tratar de orientarnos hacia un modelo de contratación innovadora que intente aumentar el valor en salud, que pivote sobre el paciente como centro del Sistema y, de alguna manera, romper la barrera tradicional de comprar productos hacia un modelo de compras por proceso.

Con ello, además, empoderamos al paciente, lo ubicamos en el centro del proceso de compra. En este sentido, hemos de considerar en la aportación de valor resultados importantes para ellos como calidad de vida, satisfacción con el tratamiento, facilidad de acceso a los servicios, etcétera. Por tanto, aseguramos que las decisiones de compra reflejan las necesidades y preferencias de nuestros usuarios, mejoramos la experiencia del paciente y, además, hacemos una atención más personalizada y efectiva.

Es necesario, para ello, un cambio de cultura colaborativa entre empresas, hospitales y administraciones públicas para que diseñemos nuevos modelos de atención sanitaria que estén basados en el valor, mediante la contratación de procesos integrados, capaces de incorporar nuevas tecnologías y soluciones innovadoras, que den, por tanto, mejores resultados a los pacientes y,

además, sean eficientes al mismo tiempo, permitiendo el acceso a las terapias para más pacientes que se puedan beneficiar de ello.

La Ley de Contratos del Sector Público, si bien necesitaría una adaptación al sector de la salud, también tiene algunas cosas que se pueden aprovechar, porque facilitan una forma nueva de contratar alejada de principios simples economicistas y centrándose también en la apuesta por la calidad. A este respecto, la oferta económicamente más ventajosa no es la más barata, sino que debe tener la relación calidad-precio más adecuada, con el objetivo de crear valor en las prestaciones sanitarias.

Por tanto, tenemos que alejarnos de un modelo basado en la burocracia, modelo de contratación, y avanzar a una gestión que esté diseñada desde la estrategia. Un aspecto clave en el nuevo modelo – ahora lo veremos en el ejemplo que vamos a poner– es el sistema de retribución, implicar a la industria, de manera que una parte del pago por volumen o por cantidad de bienes o servicios comprados pueda sustituirse por el pago en virtud de los resultados en salud conseguidos, con unos riesgos compartidos entre el sector público y la industria, de manera que facilitemos la cooperación con una mayor integración de las empresas en nuestros procesos de control del paciente.

Se trata de conseguir que vaya calando una nueva cultura de contratación pública que sea responsable, abierta, innovadora, que sea cooperativa, que esté profesionalizada, tecnológica, transformadora, sostenible y eficiente. Que sea una contratación pública estratégica y no meramente reactiva, en la que se aumente el valor y la calidad de la prestación y entendida no como mero gasto sino como inversión pública, de manera que lo que importa es la mejor solución, maximizando, como hemos hablado, la relación calidad-precio.

Dña. M^a Ángeles García Rescalvo

Presidenta de la Agrupación Territorial de SEDISA en Andalucía

Las Agrupaciones de SEDISA tienen el objetivo no solo de representar a la Sociedad en cada comunidad autónoma sino también de dar respuesta a las necesidades de los Directivos de la Salud de cada Agrupación, que son diferentes en cada comunidad autónoma. Haciendo confluir este objetivo de nuestra Agrupación y la labor formativa del Observatorio SEDISA de la Gestión Basada en Valor, el pasado 17 de septiembre tuvo lugar el Taller práctico sobre Compra Pública Basada en Valor, que se ha convertido en una herramienta clave para la calidad y eficiencia de nuestro Sistema Sanitario.

En ello, por supuesto, agradecer también la colaboración y compromiso con este tema y con el Observatorio SEDISA de la Gestión Basada en Valor y con la Agrupación Territorial de SEDISA en Andalucía de Johnson & Johnson MedTech. Y es que el impulso y eficiencia de la excelencia en Gestión Sanitaria es cosa de todos y, en el caso de la Compra Basada en Valor también. Y, por supuesto, a todos los miembros de SEDISA en Andalucía, por su compromiso con la aportación de valor a los pacientes.

Nos encontramos, en la actualidad, inmersos en la medicina basada en resultados y datos, en valor. Como destaca un artículo del *British Medical Journal* de Jeffrey Braithwaite, es relevante la regla 60-30-10, y es que el 60% de lo que hacemos a diario con nuestros pacientes influye y tiene impacto positivo en el pronóstico, en el diagnóstico, el tratamiento y demás. El 30% no aporta absolutamente nada de valor y el 10% no es que aporte ni cero ni algo positivo, sino que ese 10% de cosas que hacemos todos los días, de pronóstico, de diagnóstico y de tratamiento, incluso aporta iatrogenia y eventos adversos a nuestros pacientes, motivo por el cual tenemos que estar todos implicados, profesionales, cargos intermedios y equipo directivo, por todo eso que aportamos. Y, en ello, la eficiencia no es solo cuestión de ahorro, sino el compromiso de la Gestión Sanitaria con la gestión de un presupuesto público.

II. Participantes

Agustín	Ortega García	Técnico de Función Administrativa- Administración General	Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
Amparo	Simón	Directora General de Gestión Económica y Servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS)	Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Ana Pilar	Sosa García	Técnico Función Administrativa	Central Provincial de Compras (CPC) de Huelva
Antonio	Carballo Contreras	Jefe de Servicio de Gestión y Servicios	CPC Sevilla - Subdirección de Compras y Logística
Antonio	Fernández Abasolo	Responsable Ingeniería y Mantenimiento	AGS Campo Gibraltar Este
David	Castillo Salvador	Director del departamento de legal y <i>compliance</i>	FENIN
David	Llamas Córdoba	Subdirector de Contratación Administrativa CPC Sevilla	Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
Diego	Pérez	Subdirector SSGG	Hospital Regional Universitario de Málaga
Eduardo	Valderrama Cerezo	Compras y logística	Hospital Universitario Poniente
Esther	Poveda Colado	Técnico Medio Función Administrativa	CPC de Granada
Eva	Rojas Calvo	Técnico de función administrativa	Reina Sofía de Córdoba
Francisco	Aranda Campano	Subdirector de Compras y Logística de la Central Provincial de Compras de Sevilla	Hospital Universitario Virgen del Rocío
Francisco Javier	Cabrera Jiménez	Técnico Área Económica y Ss. Generales	Hospital Universitario Poniente
Javier	Narbona Rodríguez	Asesor Técnico en la DG Asistencia Sanitaria	Servicios Centrales SAS
José	Córdoba Loizeau	Supervisor RRMM	CPC Granada
José Antonio	Lora Oviedo	Director Económico Administrativo	Distrito Aljarafe Sevilla Norte
José Luis	Navarro Espigares	Director Económico Administrativo y de Servicios Generales	Hospital Universitario Virgen de las Nieves
José Luis	Palma González de la Mota	Subdirector Compras y Logística CPC Granada	Central Provincial de Compras de Granada

José Manuel	Pérez Gordo	Tesorero	SEDISA
José Manuel	Remesal Rodríguez	Director Económico Administrativo y Servicios Generales	Central Provincial de Compras de Huelva - Servicio Andaluz de Salud
M ^a Ángeles	García Rescalvo	Presidenta	Agrupación Territorial de SEDISA en Andalucía
M ^a Ángeles	Pérez Sola	Dirección de Gestión Económica	Distrito Sanitario Granada Metropolitano
Manuel	Rodríguez Lechuga	Técnico Función Administrativa	Central Provincial de Compras de Granada
María	Ramírez Gutiérrez	Subdirectora de Compras y Logística	Servicios Centrales
María Dolores	Del Pino y Pino	Facultativo Especialista de Área (FEA) Nefrología, vocal SEDISA ANDALUCÍA	Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
Marina	Alcalá Ruiz	Subdirectora económica	Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
Salud	Rivero León	Directora de Gestión Central de Compras de Sevilla	Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
Teresa	Gasso Bris	Directora Económico Administrativa CPC	CPC de Granada

AGS: Área de Gestión Sanitaria

CPC: Central Provincial de Compras

FENIN: Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria

RRMM: Recursos Materiales

SAS: Servicio Andaluz de Salud

*Los puestos profesionales descritos son los relativos al momento de realización del taller (septiembre de 2025)

III. Hoja de Ruta de la Implantación de la Compra Pública Basada en Valor

José Manuel Pérez Gordo, Coordinador de la Comisión de Gestión Económica y Servicios Generales de SEDISA

La Compra Pública Basada en Valor (CPBV) se alinea con el modelo de **Gestión Basada en Valor (GBV)**, entendida como la relación entre los resultados relevantes para el paciente y los costes totales del proceso **asistencial**. En este contexto, la contratación pública sanitaria deja de basarse únicamente en el precio, incorporando criterios de calidad, sostenibilidad, innovación y resultados en salud.

SEDISA promueve la CPBV como un modelo capaz de fortalecer la eficiencia del Sistema, fomentar la transparencia, impulsar la innovación y mejorar la calidad asistencial, mediante un proceso de compra que mida el valor aportado a pacientes, profesionales y organizaciones.

Para avanzar en esta línea, SEDISA constituyó un **grupo de trabajo multidisciplinar** que ha desarrollado varias líneas de actuación complementarias:

- **Elaboración de un documento de consenso**, estructurado en cuatro apartados:
 1. Definición del concepto de valor.
 2. Generación de cultura y participación de todos los agentes.
 3. Capacitación y desarrollo de procesos reales de CPBV.
 4. Innovación y adaptación normativa.
- **Identificación de retos, soluciones y planes de acción**, a partir del análisis conjunto de directivos, gestores, profesionales sanitarios y expertos en contratación pública.
- **Sondeo de percepción** a 150 directivos de toda España para conocer el grado de implantación y las perspectivas sobre la CPBV en las organizaciones sanitarias.
- **Recopilación de experiencias e indicadores**, con el fin de diseñar un marco de medición que permita evaluar la eficiencia y el impacto en resultados en salud.

Resultados

Retos, soluciones y propuestas

El grupo de trabajo identificó **24 retos y barreras**, **28 soluciones** y **5 líneas de acción prioritarias**.

Entre las principales **barreras** destacan:

- Resistencias internas al cambio organizativo.
- Rigidez presupuestaria y compartimentación de partidas.
- Dificultades para medir resultados en salud.
- Ausencia de incentivos y herramientas de medición.
- Desconfianza entre las partes implicadas.

Como **soluciones**, se propuso:

- Adaptar los procesos a la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) incorporando criterios cualitativos y de valor.
- Implantar herramientas de cálculo basadas en el ciclo de vida.
- Planificar estratégicamente los proyectos de compra con valor.
- Crear sistemas de incentivación ligados a resultados.
- Implicar a sociedades científicas, asociaciones de pacientes y la industria.
- Establecer **comisiones hospitalarias sobre CPBV** y un **observatorio de casos prácticos**.

Las **propuestas prioritarias** incluyen un **plan de difusión**, la **formación y coordinación de los agentes implicados**, la **solución cultural** para cambiar mentalidades y la **creación de una estructura de compras inteligente**.

Factores para la implantación

La implantación exitosa de la CPBV requiere:

- **Definir el valor esperado**, incorporando beneficios para pacientes, profesionales, organizaciones y la sociedad.
- **Contar con equipos multidisciplinares** capacitados en diseño, ejecución y evaluación de procesos de compra.
- **Identificar procesos estratégicos** de alto impacto en sostenibilidad y calidad asistencial.
- **Actualizar los sistemas de información** para medir resultados antes, durante y después de la compra.
- **Compromiso y liderazgo directivo**, como condición imprescindible para el éxito.

Sondeo de percepción sobre la CPBV

El sondeo realizado a finales de 2023 contó con 150 respuestas anónimas de directivos y responsables económicos y asistenciales de todas las comunidades autónomas.

Principales hallazgos:

- El **82%** de las organizaciones sanitarias manifestaron interés en implantar la CPBV.
- Las áreas de mayor interés fueron: mejora de resultados en salud, eficiencia, sostenibilidad y acceso a la innovación.
- Las **principales barreras** detectadas fueron la falta de conocimiento, la resistencia al cambio y la dificultad para definir el valor y medir resultados.
- Las **medidas más necesarias** para avanzar fueron la **formación específica**, la **definición de indicadores claros** y la **implicación del paciente** en la definición del valor.

Indicadores y experiencias

El Observatorio recopiló experiencias de 50 directivos y definió **cuatro grupos de indicadores**:

1. Resultados en salud.

2. Eficiencia.
3. Economía circular.
4. Participación de pacientes.

Resultados destacados:

- Solo el **40%** de los encuestados afirmó aplicar actualmente la CPBV.
- De ellos, el **53%** asigna un peso bajo (0–25 puntos sobre 100) a los criterios de valor.
- Los **indicadores de eficiencia** son los más utilizados, aunque los **indicadores de resultados en salud** son considerados los más relevantes y, al mismo tiempo, los más difíciles de implementar.
- Las medidas más valoradas para mejorar la implantación de indicadores fueron:
 - Definición correcta de indicadores (6,67/7).
 - Formación sobre su aplicación (6,47/7).
 - Participación de pacientes (5,8/7).
 - Mejora de la infraestructura tecnológica (5,77/7).

Conclusiones

El trabajo del Observatorio SEDISA evidencia que la **Compra Pública Basada en Valor** representa una oportunidad estratégica para transformar el modelo de contratación sanitaria y alinearlos con los principios de la Gestión Basada en Valor.

La CPBV permite orientar la compra hacia los resultados y no solo hacia el precio, potenciando la eficiencia, la innovación y la sostenibilidad del sistema. Sin embargo, su implantación exige superar barreras culturales, técnicas y organizativas, reforzando la capacitación de los equipos y la medición de resultados reales en salud.

Recomendaciones

1. **Consolidar una cultura de valor** en la contratación pública sanitaria, impulsando la sensibilización y la formación de los agentes implicados.
2. **Definir marcos metodológicos comunes** y herramientas de medición que faciliten la evaluación objetiva del valor aportado.
3. **Incorporar indicadores de resultados en salud y eficiencia** en los pliegos de contratación.
4. **Promover estructuras de compras inteligentes y multidisciplinarias**, con liderazgo de la dirección.
5. **Fortalecer la colaboración entre administraciones, gestores, profesionales, pacientes e industria**, para garantizar la coherencia y continuidad del modelo.
6. **Desarrollar el Observatorio de Casos y Buenas Prácticas de CPBV**, como espacio permanente de aprendizaje y evaluación.

IV. Marco de la Compra Pública Basada en Valor en Andalucía

Amparo Simón

Directora General de Gestión Económica y Servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

En el momento que le damos una importancia a los criterios de calidad, no solo los subjetivos, sino también los objetivos, en el momento que el precio no es lo más importante, que intentamos ponerle una parte de participación de resultados a la empresa, empezamos a entrar en el campo de la Compra Pública Basada en Valor. En primer lugar, es clave que alguien lidere desde el punto de vista de la gestión y que haya un grupo de clínicos implicados, que tengan ganas de que en su servicio se note un cambio y que tengan ganas de trabajar por mejorar sus resultados en salud.

La experiencia que voy a presentar se implantó en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. En aquel momento, la Unidad de Cardiología contaba con una Unidad de Electrofisiología Cardíaca con profesionales motivados, dispuestos a apostar por un cambio, con reorganización de los procesos y midiendo resultados. Se trata de un ejemplo de Compra Pública Basada en Valor con impacto en los resultados en salud. Un proyecto de abordaje integral del paciente con arritmia.

El importe de licitación fue 7 millones y medio. El acuerdo de inicio se dictó en septiembre de 2021, aunque se empezó a trabajar en ello en el verano de 2020. Tras reunión con la asesoría jurídica para explicarles lo que queríamos hacer, le mandamos el pliego y en un mes tuvimos informe favorable, de forma que en octubre de 2022 se firmaron los contratos por cuatro años. Es de destacar, asimismo, que, como establece el Artículo 99.1 de la Ley de Contratos del Sector Público, definimos la necesidad que teníamos de satisfacer, pasando de un modelo tradicional basado en la compra de bienes o servicios, a un modelo basado en el abordaje de procesos y satisfacción de necesidades complejas. Y, en este sentido, queríamos realizar una licitación para mejorar el proceso de atención y seguimiento a los pacientes de nuestras áreas de influencia.

Objetivos y proceso

Lo primero, se constituyó una comisión técnica responsable del proyecto. Esta comisión técnica estaba formada por personal facultativo de la Unidad, la Subdirección Médica y de Enfermería, referente de la Unidad de Cardiología, el responsable de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y la Dirección de Gestión Económica. Esta comisión técnica elaboró en primer lugar un análisis preliminar de los procesos de trabajo, recursos humanos y materiales de los que disponían y detectaron una serie de puntos críticos de mejora a los que se debía dar respuesta.

Después se definieron los objetivos para dar respuesta a esos puntos críticos, concretamente en eficiencia:

- Tiempo de hospitalización pre intervención (es decir, que el paciente ingresara el mismo día que le iban a hacer la prueba intervencionista, que no tuviera que venir el día de antes)
- Seguridad y efectividad (mejorar el tiempo de espera entre la indicación y la intervención)

- Mejorar la pre habilitación de los pacientes para una mayor seguridad de que el procedimiento tenga éxito
- Reducir la excesiva exposición a sistemas de radiación
- Absorber de forma adecuada el incremento de actividad mediante ampliación del equipamiento específico del que se disponía para tratar a los pacientes
- Mejorar el seguimiento y control de los mismos

De esta forma, siguiendo con la metodología de abordaje del proceso, se llevó a cabo una identificación preliminar de las prestaciones que podían constituir el objeto del contrato.

El siguiente paso fue realizar una consulta preliminar al mercado en octubre de 2020 y recibimos asesoramientos externos sin coste por empresas expertas que nos ayudaron a definir al alcance del proyecto y las soluciones innovadoras que hay en el mercado para satisfacer la necesidad. Se presentaron un total de ocho empresas. Este apartado se extendió en el tiempo hasta abril de 2021, debido a la pandemia. En ese momento, en la presentación ante la comisión técnica, vimos que había una variabilidad entre las empresas en cuanto a la forma del abordaje del expediente.

Por este motivo y porque cada compañía de tecnología sanitaria tiene su especialidad, una de las opciones de participar en la licitación para los proveedores era hacer una UTE (Unión Temporal de Empresas), pero como ello podía ser complejo para las empresas, dividimos el contrato en diversos lotes, de forma que cada empresa se pudiera dirigir a su campo de actividad, pero dentro de un marco integral en el que esté todo centrado en la búsqueda de una solución que diera satisfacción al proceso de gestión integral. Y, respecto a la forma jurídica del proyecto fue un expediente de contratación administrativa de la Ley de Contratos.

Tras la consulta, decidimos cuál debía ser la configuración definitiva de la licitación: el contrato mixto. Ello para incluir prestaciones de distintas naturalezas -suministro y servicio-, pero que está unido por una argamasa común que no sean prestaciones inconexas, sino que todo esté enmarcado en la gestión integral del paciente. En este sentido, las prestaciones que decidimos que se iban a cubrir eran, por un lado, las clásicas de provisionamiento y gestión del material, y, por otro lado, los procesos.

Según ello, uno de los lotes a contratar fue la realización de la reingeniería de procesos con el fin de optimizar procesos asistenciales y marcar una hoja de ruta para llegar a conseguir que mejoren los indicadores, a través de una empresa consultora especializada, en colaboración con el equipo asistencial de la Unidad.

También como otro lote se licitó el servicio de implantación y mantenimiento de una solución digital para recoger mediciones de los dispositivos cardíacos implantados, pero a través de un sistema único de gestión con alertas tempranas donde incluso la enfermería puede ir comprobando esas alertas

tempranas. El objetivo era adelantarse a eventos y evitar un porcentaje importante de visitas presenciales evitables de los pacientes.

Para realizar un contrato mixto de suministros y servicios en el que se entienda que existe un nexo de unión, se debe explicar muy bien que las distintas prestaciones a contratar constituyen una unidad funcional orientada a la satisfacción de las necesidades que se pretenden cubrir. Esto supone un gran reto.

En este caso, el nexo de unión era la necesidad de mejora del proceso de atención y seguimiento de los pacientes con arritmia, mejora que se consigue mediante un abordaje integral que se materializa desde diferentes perspectivas, de modo que la unión de todas estas perspectivas logra el objetivo final planteado de mejora de la atención con impacto en los resultados en salud de los pacientes. Dichas perspectivas eran las siguientes:

- Perspectiva de poder tener los recursos materiales necesarios para la adecuada atención al paciente que es, por un lado, las prestaciones de aprovisionamiento de implante y fungible, la prestación en agrupaciones de lote y, por otro lado, el servicio de disponibilidad tecnológica de las más avanzadas tecnologías existentes en el mercado para poder dar mejor atención a los pacientes y respuesta del objetivo específico número uno de tener la tecnología necesaria para la asistencia
- Perspectiva organizativa, centrada en la reingeniería de procesos, de manera que se produzca una transformación en la forma de hacer las cosas y las dinámicas de trabajo, reduciendo o eliminando aquellas tareas que aportan poco valor al proceso y reduciendo la variabilidad asistencial, intentando que todos los actores involucrados estén bien coordinados y se agilice el intercambio de información para optimizar los flujos de trabajo.

Una gran novedad aportada en esta experiencia fue el coste por proceso, lo que se trabajó con el equipo clínico, con el fin de definir el coste medio por tipo de procedimiento y, en base a los resultados de salud obtenidos, introducir el elemento de pago por dichos resultados en salud. A este respecto, determinamos que el 30% del pago de la última anualidad de la prestación de reingeniería de procesos, fuera en base a los resultados obtenidos. Dichos resultados se establecieron que se midieran en base a indicadores tales como prehabilitación de los pacientes antes del procedimiento a realizar, reducción de número de estancias preoperatorias y número de suspensiones de procedimientos programados por atención a pacientes urgentes, y una ponderación fijada del 40% para la estancia preoperatoria, el 30% para la suspensión de los procedimientos y el 30% para la consulta de prehabilitación. En este marco, de cara a facilitar la labor de las compañías, les permitimos que juntaran las prestaciones de servicio de reingeniería más la de la solución de seguimiento remoto de pacientes, a algunos de los lotes o agrupaciones de lote de suministro de material para procedimientos

(aceptación de oferta integradora), de forma que pudieran hacer una mejora de los precios al ofertarlo como un único paquete. Asimismo, limitamos el criterio de adjudicación precio al 30% las prestaciones de servicios y a un 40% la de suministro, premiando en mayor medida la calidad técnica de las soluciones ofertadas.

En este caso, la calidad de los materiales ofertados en las prestaciones de suministros no fue un punto diferencial entre las empresas que se presentaron, pero lo completamos con facilidad de utilización del producto y los equipos necesarios para utilizarlo y con la seguridad de uso (que no hubiera un riesgo específico asociado al uso de los productos tanto para pacientes como para profesionales).

Esta orientación es fundamental hacia los profesionales sanitarios, de forma que entienden que la valoración no es solo económica, en términos de ahorro y eficiencia, sino que se valora también la aportación de valor en términos de calidad asistencial, en términos de eficacia y seguridad medidas por evidencia científica en estudios científicos.

En relación a la fase de apoyo de implantación, se estableció que a los dos años tenían que estar los procedimientos estudiados e implantados los nuevos procedimientos que iban a conseguir rebajar la estancia preoperatoria, que los pacientes vinieran pre habilitados y que no se suspendieran más del 10% de intervenciones. En este punto se facilitó que, si una compañía determinaba que el tiempo de implantación iba a ser menor a dos años, se le otorgaba un punto por cada mes hasta un máximo de cinco. En la misma línea, gestionamos la valoración del plan operativo de seguimiento de domicilio remoto de pacientes, otorgando un máximo de 45 puntos, donde debían presentar la propuesta sobre la plataforma de emergencia en remoto: plan de implantación del sistema incluyendo la formación al usuario y el plan de mantenimiento y soporte técnico a esta solución digital durante dos años. Se incluyeron criterios cualitativos automáticos para reducir el peso del criterio precio y otorgar puntos en la valoración: cada mes que se reduce del plazo máximo de un año para la implantación de la solución digital, porcentaje de pacientes incluidos en el programa (al menos un 80%), etcétera.

La licitación de la adjudicación supuso un porcentaje de reducción de las prestaciones de suministros sobre lo que habíamos calculado como licitación de un 6,31%. Las prestaciones de servicios supusieron un 8% de baja y a nivel global un 6,6%. El coste de las prestaciones de suministros antes de la licitación era de 6,3 millones de euros, pero esta cantidad incrementó a 7 millones. Esto quiere decir que con un incremento de un 12% medio sobre lo que se venía gastando, pudimos contar con cosas nuevas, como la sala digital nueva y un servicio de reingeniería con aportación de resultados en salud. Por tanto, se trata de una inversión costo eficiente y bien empleada.

Resultados tras tres años de contrato

La oferta integradora supuso un ahorro sobre la suma de las mejores ofertas individuales, como he comentado, en la reingeniería y en la solución digital. Entonces, sobre unos precios de licitación de prestaciones del año 2017, un ahorro medio del 6 %, unos 100.000 anuales, lo que permite cubrir el

35 % del coste de los servicios. Por tanto, con un incremento moderado de un coste de un 12%, contamos con todas las prestaciones de servicio con claro impacto en los resultados de salud.

Respecto a los resultados obtenidos, no ha sido posible hacer comparativo con una medición basal, dado que no se realizaba. Para la medición del indicador de prehabilitación, en el informe de alta del paciente hay un campo de procedimiento de juicio diagnóstico que ellos rellenan si se han prehabilitado. En diciembre de 2024, el 23% de los pacientes no se había prehabilitado y, sin embargo, en abril de 2025, este porcentaje se ha reducido hasta el 5%, lo que quiere decir que el 95% de los pacientes vienen prehabilitados, aunque el objetivo era el 90%.

En relación a la no desprogramación por urgencia, en abril de 2025 no estaban desprogramando pacientes por casos urgentes. Y la estancia preoperatoria se redujo en más de un 50% mediante la implantación de habitaciones que actúan como hospital de día de electrofisiología cardíaca, con lo que la mayor parte de los pacientes acuden al hospital el mismo día del procedimiento, evitando la estancia previa.

Conclusión

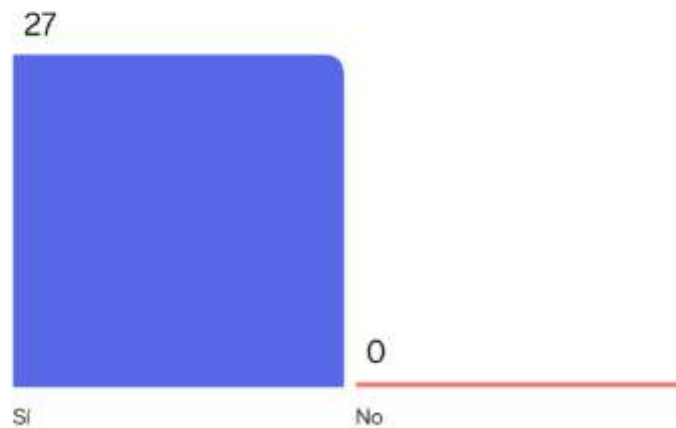
Como conclusión, el modelo de Compra Pública es una solución innovadora y una herramienta estratégica para satisfacer necesidades, adquiriendo bienes y servicios de calidad y a precios competitivos. En definitiva, no podemos pretender que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo.

Para ello, es fundamental superar ciertos retos, como justificar ese incremento del 12 % en el presupuesto. Pero lo principal es contar con profesionales sanitarios comprometidos y motivados, que quieran mejorar resultados y, asimismo, que la Gerencia del centro esté alineada con los objetivos y que exista un liderazgo claro para la implantación.

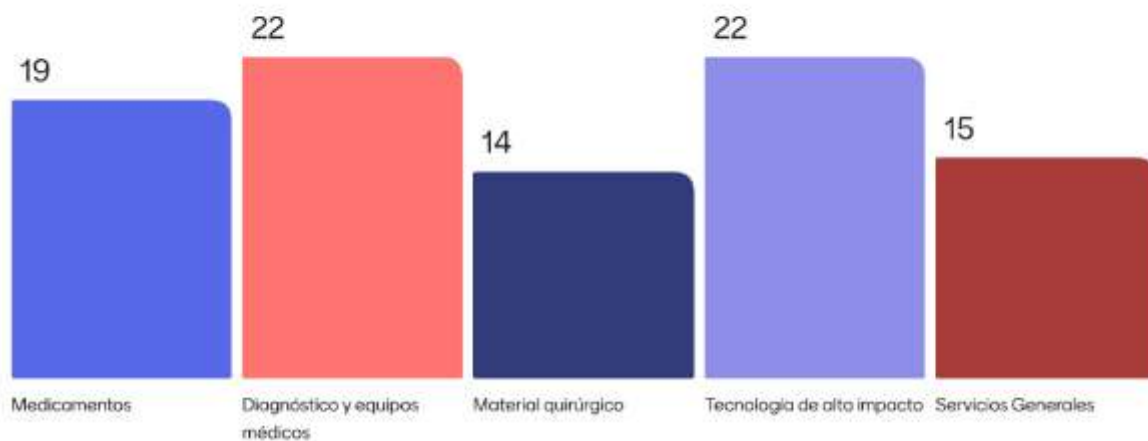
V. Barreras y retos de la Compra Pública Basada en Valor

Resultados del sondeo entre los asistentes

¿Está interesada tu organización en poner en marcha un sistema de gestión de la compra basada en valor?



¿En qué áreas? Posibilidad de seleccionar más de una respuesta



A word cloud containing various terms related to organizational development and evaluation. The most prominent words are 'formación' and 'medición'. Other visible terms include 'implicación', 'conocimiento', 'seguimiento y evaluación', 'estudio procesos', 'formación e información', 'cultura organizacional', 'flexibilidad', 'estudios previos', 'creatividad', 'transparencia', 'dirección', 'mejora de procesos', 'comisión cpbv', 'equipo multidisciplinario', 'comisiones', 'medir antes', 'priorizar', 'equipo', 'implicación dirección', 'formación', 'indicadores', 'formación personal', 'iniciativa', 'apoyo corporativo', 'recursos específicos', 'medir', 'medir después', and 'comisión cpbv'.

16 responses



18

de conocimiento, reticencia al cambio y dificultad de medir resultados que se identificaron como principales barreras.

- Las medidas más necesarias para avanzar fueron la **formación del personal** y la **colaboración entre los diferentes servicios y profesionales** sanitarios. A estas medidas, la encuesta nacional suma la definición de indicadores claros y la implicación del paciente en la definición del valor.

Barreras para la implantación de la Compra Pública Basada en Valor

A continuación, se enumeran las barreras destacadas por parte de los participantes en la sesión:

- Revisión de precios de los suministros
- Dotación presupuestaria
- Cultura organizacional
- Consenso en la medición de resultados. A este respecto, existen diferentes opiniones sobre si los criterios medioambientales son o no Compra Basada en Valor

CONCLUSIONES

La CPBV se consolida como una herramienta estratégica para garantizar la calidad asistencial, el acceso equitativo de los pacientes y la sostenibilidad del Sistema Sanitario. Tal y como recoge el posicionamiento de SEDISA, su implementación requiere un cambio cultural y organizativo que permita orientar las decisiones de compra hacia resultados en salud y eficiencia.

Para que los procesos de CPBV sean efectivos, es imprescindible:

1. **Definir claramente la necesidad:** La ley de contratos establece este requisito como punto de partida. La memoria justificativa debe ser transparente y comprensible para todos los actores implicados.
2. **Establecer una visión compartida del “valor”:** El concepto de valor puede variar según la perspectiva (clínica, económica, organizativa). Por ello, es fundamental consensuar qué resultados y beneficios se esperan obtener.
3. **Contar con los elementos clave para el éxito:**
 - Profesionales clínicos motivados.
 - Apoyo decidido de la gerencia.
 - Información clara y accesible para la toma de decisiones.
 - Un liderazgo que impulse y coordine el proceso.

En definitiva, la CPBV no solo responde a una obligación normativa, sino que constituye una oportunidad para evolucionar hacia un modelo de contratación que priorice la salud de los pacientes y la eficiencia del sistema. El reto está en alinear voluntades, definir métricas de valor y garantizar la colaboración entre todos los agentes implicados.