

Punto de encuentro: Nuevos hospitales: la entrega/recepción del hospital



De izquierda a derecha: E. Anguita, J.L. Paniagua, M. Lamiero, C. Santiago, P. de la Torre, G. López de Guereñu, J.C. Delgado, J. Esteban y J.M. Pastor.

Participantes:

Eva Anguita. Subdirección General de Infraestructuras. Comunidad de Madrid.

José Esteban. Director del Área de Ciencias de la Salud. Universidad Abierta de Cataluña (UOC).

Juan Carlos Delgado. Ib - Salut / Gerens.

José León Paniagua. Arquitecto.

Carlos Santiago. Vicepresidente de G.O.C.

Pedro de la Torre. Mantenimiento Hospitalario.

Gonzalo López de Guereñu. Delegado de Hospitales. OHL.

Mancho Lameiro. Constructora San José.

Moderador: **José Manuel Pastor.** Fundación Signo.

J.M. Pastor. La Fundación nos cita aquí para hablar del tema de los nuevos hospitales, la construcción, entrega, recepción y puesta en marcha de las nuevas infraestructuras.

Yo quisiera abordar también todas las fases previas de planes funcionales, desarrollo de proyectos, discusiones sobre puntos críticos y lo queremos enfocar sobre la recepción y apertura, si existe o debería existir alguna metodología, quien interviene en todo esto, las constructoras, la propiedad, la Administración.

También nos proponen que hablemos de la evaluación de los resultados, como ha ido el trámite de recepción...

Sobre todo hay un tema que me parece muy interesante: cómo va a funcionar después eso cuando empiece a haber médicos, enfermeras, personal no sanitario, pacientes Si responden las estructuras proyectadas y sus modificaciones a las expectativas que se tienen y sobre todo nos están apuntando al incremento de metros cuadrados de posible o dudosa necesidad.

G. López de Guereñu. Has mencionado dos aspectos fundamentales de cara a la recepción de la infraestructura: De una parte está el plan funcional que se supone que se define con carácter muy previo, que después se desarrolla o se modifica a la implantación de la infraestructura y que se va plasmando poco a poco en un edificio o una infraestructura determinada. Por tanto, cuando se recibe un inmueble, se recibe también la utilidad del plan funcional.

Me voy a referir más a lo que entendemos por entrega de la infraestructura, en qué condiciones se hace ahora y si las condiciones en las que se hace ahora son las apropiadas, teniendo en cuenta las modificaciones sustanciales

que ha habido en los modelos de contratación.

Hasta hace muy poquitos años las obras se contrataban mediante un contrato de obra, sin más, en algunos casos con proyecto, los menos. Por tanto, finalizado el periodo de construcción había una recepción, se solicitaban una serie de protocolos de pruebas que dirigían las casas de control y había una fecha final. Además había una serie de supervisiones por parte de la dirección facultativa que tenía que emitir el informe final de obra finalizada. Este era el escenario en el que se desenvolvía la recepción de la obra. Después había una propiedad que tenía que saber, la Administración fundamentalmente, que aquello que se entregaba se entregaba en circunstancias razonables. Ese era el motivo de la recepción de la obra.

¿Qué es lo que sucede? Estamos en una situación totalmente nueva, con modelos de contratos diferentes a los que hasta ahora eran habituales: los contratos de concesión bien de obra pública o bien de servicio público. En ambos casos hay una concesionaria que construye, la constructora puede o no estar en el seno de la concesionaria y por tanto el usuario sí que es la Administración. La Administración es el tenedor final del inmueble, con un intermediario que es la concesionaria, que es la encargada de desarrollar la actividad en el edificio durante un periodo de 30 años o 25, el periodo concesional.

Luego ya entrarían más actores en la puesta en marcha del edificio. Está la constructora, que se "desprende" del edificio, que lo entrega antes a una Administración y ahora a una concesionaria pero a su vez bajo la tutela de la Administración.

A su vez, cuando el edificio se pone en marcha tenemos un personal sanitario,

que a veces es de la concesionaria y a veces de la Administración, dependiendo del modelo concesional del que se trate. Hay otro personal que en todo caso es la concesionaria y están los usuarios. Por tanto hay más de un elemento que van a estar constantemente sufriendo el buen o el mal hacer de la construcción.

En cambio, los mecanismos de recepción siguen siendo los mismos que cuando este proceso era mucho más simple. Esto da lugar a más conflictos y parece que los mecanismos de recepción y puesta en marcha deberían ajustarse a esta nueva circunstancia.

Las nuevas circunstancias quizás obligan a mecanismos de recepción más exigentes, complejos y precisos con el objeto de evitar esas lagunas que en último extremo a quien perjudican es a la constructora
Gonzalo López de Guereñu

Hasta ahora, según mi experiencia no ha sido así. El edificio se acaba, hay unos informes finales, hay unos informes de la dirección facultativa, si se incorpora por parte de la Administración una oficina de seguimiento y control que en muchos casos es receptora de documentación más que evaluadora, pero fundamentalmente no ha cambiado. Esto da lugar a controversias porque si hay un problema y no hay un informe específico ¿Cómo se resuelve? Habitualmente es la constructora la que se hace cargo, aunque no siempre debiera ser así.

Por parte de las constructoras hay un interés en que se perfeccione el mecanismo porque lo peor para nosotros no es lo que dice la documentación del acta de recepción sino lo que no dice. Si es un acta de recepción excesivamente genérica como viene siendo en muchos casos, no se puede determinar

si tal error o tal avería existía o no existía en el momento de la recepción, por lo que es de interés de las constructoras el que los mecanismos de control sean precisos y exhaustivos, se adapten a las nuevas circunstancias al objeto de que se determine exactamente en que situación se entrega el edificio y no dé lugar a reclamaciones posteriores de las que nos haremos cargo pero que si se hubiera hecho una recepción más estricta, no tendría por qué ser así.

Las nuevas circunstancias quizás obligan a mecanismos de recepción más exigentes, complejos y precisos con el objeto de evitar esas lagunas que en último extremo a quien perjudican es a la constructora, que ante la indeterminación del documento nos toca tener que asumir la responsabilidad de la subsanación.

P. de la Torre. Me centraré en el mantenimiento, que es lo que yo más entiendo.

Cuando se proyecta un hospital o un edificio, creo que no se piensa o se piensa poco en todo lo que hay que hacer en ese edificio para que funcione sin parar. No se va a poder parar nada a la hora de hacer los mantenimientos. Se piensa bastante poco en cómo hacer las instalaciones. Las instalaciones principales. Las grandes acometidas de energía como agua luz etc, que son un cometido básico y que no se puede permitir que se paren en ninguna circunstancia. Normalmente no se hace, pero viendo esto así entiendo que estas instalaciones debían estar duplicadas. La media tensión tenía que estar duplicada y tener un sistema automático de conmutación.

Si luego nos vamos a los grupos eléctricos, tendría que ser lo mismo, y no como se hace en algunos sitios que te ponen un grupo tremendo o dos



Pedro de la Torre

como mucho para que te abastezca todo el hospital. Creo que tienen que ser grupos pormenorizados por sectores para que un fallo en una zona determinada no afecte a todo el hospital y se ponga el grupo en marcha o no se ponga porque ese fallo no lo contempla. Por lo tanto tendrían que alimentar zonas pormenorizadas y duplicados también.

Si nos vamos a los puntos de transformación, otro punto básico del hospital, pues nos ocurre lo mismo. Hay que poner los transformadores con la potencia duplicada para que si uno se estropea, poder cambiarlo y que el otro de servicio.

En mi experiencia, los sistemas de alimentación tienen que estar como muy poco al 50% de sus posibilidades. Cada transformador tiene que dar un servicio completo pero tiene que haber otro en reserva.

Lo mismo pasa con las comunicaciones. Si se meten dos líneas de fibra óptica por el mismo sitio y tienes algún problema, perjudicas a las dos. Hay

que hacer acometidas diferenciadas por distintas zonas del hospital.

Esto es aplicable a todas las instalaciones.

Luego está la costumbre de los hospitales de meter estas instalaciones en el sótano, expuestas a cualquier inundación y a que nos quedemos a oscuras como ya nos ha ocurrido.

Hay que situar todos estos elementos en un sitio donde estén seguros.

Es básico contemplar todo esto en la fase de proyecto y en la fase de construcción.

Por otra parte en los hospitales cada vez los talleres de mantenimiento más pequeños, peor situados y con menores dimensiones, donde cuesta meter un equipo de soldadura, un taller de carpintería... Ante esto ¿Qué hay que hacer? Pues encargar todos los trabajos fuera, con lo que se tarda mucho más y cuesta muchísimo más hacer cualquier reparación.

Los talleres del Hospital de Majadahonda parecen oficinas llenas de ordenadores, pero no para meter allí ni un equipo de soldadura ni una máquina de cortar madera. Y creo que eso es lo que se está imponiendo en todos los hospitales.

También se presta poquísima atención a las habitaciones de enfermos. Tienen que ser mejores que las habitaciones de los hoteles ¿Que tenemos? El cuadro eléctrico está a mano, pero el sistema de corte de agua está escondido, de manera que como haya una fuga de agua, la habitación se inunda, como haya una fuga de gases, hay que cortar toda la planta.

Todo esto lo planteé en el Hospital en el que estaba y no me hicieron mucho

caso. Siempre se habla de dinero y cuando se habla de dinero estamos perdidos.

Creo que las habitaciones deberían tener a la vista todos los sistemas de protección y corte, para que cualquier problema de una habitación no involucre al resto de la planta.

J.M. Pastor. Es normativo además.

P. de la Torre. Pero no se hace porque los sistemas de corte los tienes metidos en un patinillo.

J.M. Pastor. No es mal sitio tampoco un patinillo.

P. de la Torre. El problema es que no puedes ni pasar ni ves la llave que tienes que cortar. Hay que ordenar todas esas cosas. El mantenimiento hay que hacerlo de una forma ordenada, clara, concreta y eficaz.

Casi todas las instalaciones transcurren por una planta por el pasillo nada más. Conductos, tuberías,... si tienes una avería hay que parar la planta.

Ya en un hospital se hicieron entreplantas para que las instalaciones discurran por ellas.. Creo que es un sistema muy eficaz pues puedes trabajar lo que quieras sin molestar a nadie.

¿Qué ocurre? Que con todo esto, el hospital cuesta más también.

J.M. Pastor. ¿Cómo más? Con todo lo que has dicho el hospital cuesta mucho más.

M. Lameiro. Sólo faltó que si falla todo esto pudiera haber también más de un cirujano

P. de la Torre. Es que los hay. Dos o tres o cuatro. Pero como te falle la alimentación eléctrica de un quirófano...

Que la UPS aguante dos horas, pero no que aguante todo el quirófano. Vamos a reducir un poco el precio.

G. López de Guereñu. De todas formas, gran parte de las cosas que mencionas, hoy en día están subsanadas.

Ya no conozco ningún hospital de nueva planta que no tenga su cuadro en cada habitación y que su cuadro de planta no esté próximo al control de enfermería y que haya unos patinillos entre cada dos cuartos de baño a los que se accede según las montantes verticales. Además los patinillos son cada vez más holgados para que se pueda trabajar incluso desde dentro.

Es cierto que ha habido una especie de pelea histórica en la que los autores del diseño de arquitectura trataban de ganar espacios para ser vividos de una forma y en detrimento de los espacios necesarios para las instalaciones. Creo que esta es una batalla ya extinta. Hoy en día, muchos de los proyectos en los que participamos, la disposición de los espacios para instalaciones son francamente generosas.

Después hay otro problema: nunca la montante va por donde te pensabas que iba a ir y el patinillo estaba aquí y es generosísimo pero te vas a otro en que la implantación es más compleja... pero en general se ha avanzado mucho y las superficies destinadas a instalaciones no tienen nada que ver con lo que se hacía años atrás.

Como tú decías ya hay varios hospitales que tienen una entreplanta para las instalaciones, el de Arganda, el del Norte y Getafe con López Fando desde hace muchos años. Sobre todo Getafe que tiene una entreplanta de verdad, no el de Arganda, que es un techo con mayor altura.

E. Anguita. El del Norte es una entreplanta real también.

G. López de Guereñu. De todas formas, hay un encarecimiento que redundará de manera favorable porque se puede realizar el mantenimiento sin que el usuario se entere.

Gran parte de estos problemas los viene a solucionar la puesta en práctica de los nuevos contratos de concesión, tanto los de servicios como los de obra pública. Es al concesionario a quien se le transfieren los riesgos de la operatividad del edificio. No vale eso de tengo que parar una planta para revisar las instalaciones de clima. Oiga, es su riesgo y hágalo para que el servicio no resulte afectado.

La Ley de Contrato de Concesión transfiere a la concesionaria determinados riesgos, el de construcción es uno de ellos, el de disponibilidad y el de calidad. En todo momento, la prestación debe hacerse con la calidad requerida en los pliegos y las superficies deben estar disponibles en todo momentos, y por tanto el concesionario es el interesado en que determinada acometida estén duplicadas para que no haya fallos de suministro, porque si lo hay es su responsabilidad.

Ya no es responsabilidad de la Administración que hizo un proyecto en el que solo había una línea de media, y por tanto, casca esa línea y no tenemos acometido eléctrico. Ahora la culpa ya es del concesionario. Y si el concesionario tiene que parar dos quirófanos, porque resulta que hay un problema en la climatización y no lo resuelve en el momento adecuado, resulta penalizado por la Administración. Con lo cual, el primer interesado en que la construcción se haga de la mejor manera posible y que los sistemas de mantenimiento funcionen de una manera razonable, es el concesionario, porque es la

forma de alejar posibles penalizaciones por parte de la administración.

Lo que antes hacía una constructora era un edificio, un año de garantía, y después si te he visto no me acuerdo, se acabó. Ahora, las constructoras podemos estar dentro de la concesionaria como socios, con lo cual estamos soportando las reclamaciones de dentro de 30 años y somos los primeros interesados en hacer las cosas razonablemente bien, sabiendo que hay criterios económicos que hay que respetar, y que hay un plan económico-financiero al que nos debemos. Pero en la medida de lo posible, estudiar fórmulas, sistemas, procedimientos, que facilitan la prestación sanitaria en la mejor de las circunstancias.

P. de la Torre. Yo voy un poco más lejos, porque he estado hasta hace dos semanas colaborando en la puesta en marcha de un hospital nuevo. He estado allí 3 años siguiendo la obra, etc. Y puedo decir que no tienes acceso a muchas instalaciones porque se han cerrado techos, se han hecho cosas... que no puedes entrar a meter un cable nuevo. Y ten en cuenta que el hospital está vivo, que va a sufrir reformas durante toda su vida, y tienes que tener acceso a todas las instalaciones.

No se ha pesado adecuadamente en esos sistemas de seguridad que tenemos que tener. Y no se piensa. Cuando había tiempo yo allí lo planteé, porque el proyecto ya estaba hecho, y ya estaba hecho de esa forma, y no se puede volver atrás.

J.M. Pastor. Por no perpetuarnos un poco en temas que no vamos a tratar. Una cosa está clara, el diseño de un hospital se hace en un momento determinado con unos proyectos, unos parámetros, y luego venimos los usuarios. Yo he sido sufridor, o usuario de esta situación, y hasta hace dos días he sido

gerente de concesión del hospital de Coslada, y también durante un tiempo estuve con el de Parla y lo conozco.

El problema que yo creo que hay aquí es que la gente diseña los hospitales en base a unos criterios concretos y razonables en un momento determinado, correspondiendo a unas necesidades que se plantean por parte de una Administración, por parte de las constructoras, los arquitectos. Luego viene la gente de mantenimiento, porque es de vital importancia el coste de mantenimiento y todo el confort del funcionamiento de un hospital. Pero luego vienen los usuarios, médicos, enfermeras, directivos... y a todo el mundo le parece mal o regular todo aquello que ha hecho otro. Es un defecto que tenemos todos, es decir, "esto es una porquería, porque tenía que haber sido así y así..."

Lo hemos sufrido todos en el momento en que llegan los usuarios de los hospitales y empiezan a querer cambiarlo todo. Hay que prestar mucha más atención a muchas cosas y hay que pensar que es el edificio más complicado que existe en el mundo, porque tiene de todo y todo es crítico. Pero claro, le preguntas a todos y entonces no acabas nunca. Es el eterno dilema de cuento con los cirujanos, cuento con los médicos, con los radiólogos, y al final no acabas. Y todo el mundo tiene sus razones.

El mantenimiento es una pieza clave a la hora de hacer un proyecto

Pedro de la Torre

P. de la Torre. Tienes razón. Yo no digo que se pregunte a todo el mundo porque entonces no terminas. Pero el mantenimiento es una pieza clave a la hora de hacer un proyecto. No la enfermera sino el mantenimiento. Creo que es básico para evitar gastos y dar un buen servicio.

J.C. Delgado. Antes comentabais que es la propia concesionaria quien sufre una serie de penalizaciones económicas de descuento de su canon y demás. Y es el riesgo ventura de la concesionaria.

Al final es el paciente quien sufre todo esto y el paciente, sobre todo en un sistema tan politizado en algunos aspectos como es el sistema concesional lo que acaba viendo es que el problema no es de la concesionaria ni de la constructora ni del servicio de mantenimiento. Es un hospital "privatizado" y al ser un problema tan politizado, el usuario no lo discrimina. No sabe si es que el sistema se ha privatizado y por eso funciona mal, no sabe si es que la Administración, por ahorrarse dinero, ha restringido en algunas partes que podían considerarse fundamentales del hospital.

Al final acabas viéndolo como usuario y lo que te van contando. La percepción que tienen desde fuera los pacientes es que cualquier cosa que falla es por ser un sistema concesional.

E. Anguita. No comparto tu idea y fundamentalmente porque cuando hemos hecho encuestas en los hospitales de modelo de concesión, aparte de que el nivel de satisfacción es muy alto, a esos usuarios se les ha preguntado y ellos no saben que están en un modelo concesionado.

Ellos saben que hay un hospital en Majadahonda, o en Parla o en Coslada donde son bien o mal atendidos. Saben que tienen un problema de asistencia sanitaria o de limpieza del hospital. Y no distinguen si ese hospital esta concesionado o no. Desde luego la responsabilidad nunca la transmiten hacia una concesión que no saben ni lo que es. La responsabilidad es de la Administración. Pero no porque estén en un hospital público o público conce-



Eva Anguita

sionado, sino porque están bien o mal atendidos.

Esto lo conozco no sólo por las encuestas sino también por mi experiencia personal al acudir yo misma o con algún miembro de mi familia escuchas a la gente y no dicen si es un hospital concesionado sino que pena que un hospital tan nuevo tenga un problema con la limpieza.

J.C. Delgado. Tengo que aclarar lo anterior. Para el usuario siempre la culpa es de la Administración y el que va más allá, el que si sabe que es una concesión es por el tema concesional y por la privatización.

E. Anguita. Yo si te daría la razón si los usuarios son los profesionales sanitarios. Los profesionales que están trabajando en estos hospitales saben que parte de responsabilidad tiene la concesión en el mantenimiento de los Servicios. Como comentaba P., todo el mantenimiento de los servicios ahora mismo es responsabilidad de las concesiones, todo el tema de limpieza es responsabilidad de las concesiones.

Evidentemente hay un responsable claro, pero para los profesionales sanitarios que trabajan en los hospitales, no para el paciente.

P. de la Torre. ¿Se hacen también encuestas de satisfacción sobre el personal que trabaja en el hospital? ¿Y realmente en estas encuestas se ve que éstas mejoran en hospitales concesionados respecto a los otros o no necesariamente?

E. Anguita. Las encuestas que yo conozco se hacen para conocer el clima laboral. No se han hecho encuestas para valorar la calidad de los servicios externalizados. La mayor parte de nuestros hospitales tienen la limpieza externalizada, tienen la lavandería externalizada... y que yo sepa se hacen encuestas específicas a lo mejor a las supervisoras de enfermería a ver cómo va la limpieza o si tienen problemas con los suministros de lencería, pero no encuestas generales y que yo sepa en estos hospitales tampoco se han hecho. No sé si tú José Manuel conoces alguna.

J.M. Pastor. Si. Alguna se ha hecho en materia de restauración con los pacientes. No con el personal. Con el personal del Hospital se han realizado en tema de mantenimiento y tema de limpieza que es aquello que puede afectar al desempeño de las funciones asistenciales.

J. Esteban. Preguntarle a alguien en un hospital nuevo que problemas tiene, es cuanto menos un acto "frívolo". Otra cosa es, si queréis estudiar de verdad qué opinan los usuarios del hospital, independientemente del tipo de hospital en el que estén, hacer una encuesta general. Si le pones características asociadas como que el hospital es nuevo, haz un estudio de benchmarking, de doble ciego ...y te equivocará también porque delante de un hos-

pital nuevo la percepción del cliente es magnífica siempre y las de los trabajadores depende del conflicto laboral que tengan en ese momento. Por lo tanto, me parece absolutamente estéril profundizar en ese conocimiento.

Pero si que yo quería centrarnos. No estamos cuestionando los diseños. Son buenos o malos pero en todo caso es otra etapa.

Si quería tener un punto de reflexión: Qué casualidad que en el mundo, la mayoría de los hospitales que se están haciendo no son en concesión. Pero ni el 0.005%. Me gustaría que no lo creyésemos pero esto es lo de las modas. Ahora tú que estás en Galicia, cuando yo estaba en Galicia hacíamos fundaciones. Vino para aquí alguien y se trajo a las fundaciones como gran solución. Ni una ni otra. En cada momento hay modelos que responden o tratan de responder a las posibilidades.

Evidentemente las concesiones es una fórmula que hace que los nietos paguen lo que nosotros inauguramos ahora. Pero es un modelo de servicio que pone la responsabilidad del servicio en manos de alguien que no tiene ni idea de lo que es el servicio, que son las constructoras. Esto dentro de 3 o 10 años no será así porque sois los que estais aprendiendo con la propia responsabilidad que adquirís en el propio negocio.

Me parece excelente este movimiento que implica grandes agentes económicos en un sector bastante anquilosado. Pero lo que ocurre, y estamos en la recepción del hospital, es que es un modelo totalmente diferente.

Una cosa es construir algo de acuerdo a un proyecto y a un contrato para la ejecución de ese proyecto específico y otra cosa muy diferente es una concesión, donde el concesionario hace su

propia "autorecepción". La Administración lo que hace es marcar pautas de tutela en un momento dado generalmente, en lugar de hacerlo a lo largo de los 20 o los 30 años de la vida del contrato. Las modificaciones necesarias estructurales por reajuste funcional que se producen son responsabilidad de la propia concesionaria, retiro a la constructora en este caso, para su propia adaptación.

Por tanto tiene que responder a otros modelos diferentes. No recibo ya el componente estructural, sino en todo caso certifico que en su funcionamiento cumple con los requisitos legales, de concurso, de especificaciones que yo doy. Nos olvidamos que el plan funcional, que es la base de los proyectos, tiene que responder a una filosofía asistencial que es la que debería estar detrás de todo.

Evidentemente no es hacer una sala de ecografías. ¿Y si subimos las ecografías a la planta del paciente para que no se tenga que desplazar? Esa decisión la tiene que tomar alguien, y no es el arquitecto, que para él siempre será más rentable una sala de ecografía. En todo caso quiero decir que el modelo que lo sustenta es la base de todo.

A lo largo de la concesión, de los años que transcurren, se van a modificar muchísimos modelos asistenciales y esa interacción va a ser compleja. Por lo tanto, la recepción de un edificio funcionando y cumpliendo esa filosofía asistencial que en un momento dado funciona, diez años después ya no funciona.

¿Qué ocurrirá con la telemedicina que está cambiando radicalmente el funcionamiento de las consultas externas? ¿Seguimos planificando las consultas externas con los mismos ratios, las mismas características? Seguimos así. Poco a poco se van modificando pero tan

poco a poco que las consultas quedarán de despachos.

Quiero decir que el momento es muy diferente, la recepción son situaciones completamente diferentes. Uno es una compra de servicios en un sector que tiene que madurar en su propia concepción de generación y filosofía del servicio, también el que lo contrata, y otro es la recepción en sus modelos más tradicionales donde si que hay un edificio, que tiene que responder a un proyecto, etc.

M. Lameiro. Nuestra función es ejecutar la obra según el proyecto que tenemos. También es importante tener en cuenta las aportaciones que tenemos durante el transcurso de la obra, y eso va también por el mantenimiento.

Nosotros sufrimos a la hora de hacer la obra cuando los espacios no corresponden a las soluciones propias constructivas. Llegado ese momento, las hacemos y después nos vamos. También haciendo de una determinada manera simplificamos, no simplificar en



Moncho Lameiro

beneficio nuestro, sino en beneficio del usuario o del propio hospital.

Cada hospital es un mundo distinto. No siguen el mismo modelo. Lo que requiere un hospital es el servicio para poder atender y cuidar al paciente

Moncho Lameiro

Otra cosa que también ocurre es que por ejemplo, al construir una cárcel, si el modelo es bueno, se sigue el modelo y ya se hacen todas iguales. Cada hospital es un mundo distinto. No siguen el mismo modelo. Lo que requiere un hospital es el servicio para poder atender y cuidar al paciente.

J. Esteban. Te olvidas que los hospitales son las catedrales del S XXI.

M. Lameiro. Cuando estás enfermo quieres que te atiendan bien y ya marcharte para casa. El resto te da prácticamente igual.

G. López de Guereñu. Yo recuerdo que en el Hospital del Meixoeiro, el proyecto de rehabilitación se había hecho con la colaboración del Jefe de Servicio que en aquel momento lo era del Hospital Xeral de Vigo. Cuando el hospital de Mexoeiro se iba a inaugurar, el Jefe de Servicio cesó y el nuevo que entraba lo primero que dijo es que quien hizo esta barbaridad. Es el factor humano.

Volviendo al tema de lo que afecta el diseño a la entrega del edificio y por consiguiente a su recepción, entrega y puesta en marcha, cada vez todo gira más en torno a lo que es el perímetro de la concesión.

Cada vez se transfiere más la responsabilidad del uso del edificio a la concesionaria. Parece que ha cambiado el suficiente número de cosas para que

los mecanismos de recepción vayan cambiando porque es que hasta ahora son prácticamente los mismos. No hay mucha diferencia entre entregar una obra corriente, La Paz, el Clínico, el 12 de Octubre... y entregar una concesión con la diferencia sustancial que hay en lo que se entrega. Con unos se entrega un edificio y lo otro es un hospital.

E. Anguita. Tienes razón, en un modelo concesional hay algo más que un edificio. De alguna manera sí se ha contemplado y se va incorporando. La recepción de un edificio está muy inventada. Desde que tu apruebas un proyecto y vas siguiendo el avance de obra con unas relaciones valoradas, si se van incorporando modificados y tú los vas ejecutando, cuando llega el final de la obra, hay un informe final de obra, una lista de repasos de la dirección facultativa y a nivel de edificio, a mí no se me ocurre que haya una forma mucho mejor. Está realmente sistematizada la recepción de las obras.

En la concesión no recibes una obra sino que COMPRUEBAS una obra, que no es lo mismo que recibir

Eva Anguita

Aquí tú no recibes una obra sino que compruebas una obra. Que no es lo mismo que recibir. El proceso administrativo es distinto, pero la sistemática no puede ser otra, es el intentar comprobar que ese edificio responde para lo que fue creado.

Estamos recibiendo no sólo un edificio, sino un edificio en funcionamiento, con todas sus instalaciones y luego está todo el tema del equipamiento que hemos tenido que diseñar la sistemática a la hora de recibirlo, que en los ocho hospitales que hemos tenido esta sistemática ha sido igual para todos, con un control administrativo de albaranes en el que se les pedía que todos

los espacios tuvieran lo que tenían que tener y un control por muestreo de determinadas zonas y comprobar que esos elementos estaban allí.

Podía ser equipamiento o cualquier cosa. Yo creo que el sistema de recepción está ya muy estructurado.

G. López de Guereñu. Lo que pasa es que no sólo recibes el edificio sino que recibes el uso posterior.

E. Anguita. Lo que quiero entender es que aparte de tener ese edificio y ese equipamiento, hay una serie de servicios que la concesionaria tiene que tener en el hospital y que lo que se hizo es trabajar con las concesionarias en unos protocolos de actuación y luego en el sistema de información que se puso en marcha para seguir el funcionamiento de esos servicios.

No es tanto un acta de recepción del edificio. Es algo mucho más global que integra la recepción del edificio como sus instalaciones como el equipamiento y luego una comprobación de que los servicios que va a tener que prestar esa concesionaria se van a tener que prestar con unas garantías de calidad, al menos teóricas porque esté protocolizado el sistema que se va a utilizar.

J. Esteban. Yo creo que eso no es así. Eso es un componente estático y una concesión es un componente totalmente dinámico. En el modelo concesional no valen las recepciones. Es un modelo diferente.

E. Anguita. Entonces no utilizemos el término recepción y, yo ya lo he dicho, lo que hacemos es una comprobación de que lo que hay en ese momento determinado previo al momento en el que la concesionaria empieza a cobrar un canon, que ahí es donde está el punto, que es un punto concreto y temporal por lo que tiene que haber

una comprobación previa de que el servicio por el que va a cobrar la concesionaria está correcto.

Posteriormente hay pruebas funcionales que son mucho más que la recepción de un edificio.

G. López de Guereñu. Cuando decía que han cambiado los tiempos y los modos de recepción, cuando me refería a que esa recepción era un hito, ahora hay que controlar también que el uso que se le ha dado al edificio es el adecuado y que todo lo que se ha hecho hasta ese momento se ha hecho también en virtud de.

Esa segunda parte de la recepción, la comprobación del funcionamiento de la estructura, es la que falta por desarrollar.

E. Anguita. La hemos desarrollado operativamente porque no ha quedado más remedio.

G. López de Guereñu. Y además se han hecho unos protocolos conjuntamente con las concesionarias en fase

previa para después llegar a un acuerdo, pero yo creo que es lo que hay que sistematizar más.

Por ejemplo, en los primeros meses o el primer año se harán unas pruebas de forma que se garantice que los servicios estén funcionando de forma adecuada, que las relaciones funcionales dentro del edificio sean también las adecuadas, que no hay ninguna interferencia para que al final de ese proceso digamos: oye, esto realmente funciona en las condiciones actuales.

Después ya sabemos que por la famosa cláusula de progreso, la Administración nos mete todas las innovaciones que se produzcan y tendremos que estar allí a la altura.

P. de la Torre. En el tema de las recepciones habría que hacer como en la E.luación continua de los alumnos en los colegios.

La recepción, ¿Lo recepcionamos? Sí. ¿Para qué día? Y llega la fecha y no está. Faltan cosas por comprobar. Si los organismos de control oficiales estuvieran metidos durante toda la obra, llegaría un momento en el que el examen final sería muy sencillo.

J.M. Pastor. El organismo de control es el último que llega. Hay un paso previo a la finalización de la instalación que es el control de calidad de la obra, que se encarga a un organismo externo y luego viene la ENICRE

P. de la Torre. A mi me dijo la propia ENICRE que tendrían que estar durante la obra, que luego había cosas que quedaban ocultas.

C. Santiago. Pero para eso ya están las casas de control. Y los informes de control se atienden.



J.M. Pastor

J.L. Paniagua. A mi me preocupa que estemos centrados en un único modelo y que no se reflexione sobre el origen y las consecuencias de ese modelo.

Quiero recordar que hay todo un proceso de producción de espacio, que empieza en planificación (que muchas veces se ha hecho a posteriori), hay un proceso de programación funcional, de programación de locales que es donde se define el modelo del hospital y el modelo de gestión del hospital, que tampoco se ha hecho muchas veces en ese programa funcional estas definiendo fundamentalmente cómo vas a atender al paciente.

Hay un proceso de diseño que en este modelo muchas veces la empresa ha entrado en el proyecto, peligro. Peligro en qué consecuencias tiene entrar en el proyecto.

Me preocupa que se diga que puede haber modelos de hospitales tipo

José León Paniagua

Me preocupa que se diga que puede haber modelos de hospitales tipo. A principio de los 80 se sacaba modelo tipo, hospital cajón de 500 camas. Si no sabemos que eso no se puede hacer me preocupa mucho.

Un hospital está respondiendo a una población, con una estructura, con una patología de edades diferentes, con una previsión de futuro, de desarrollo. La programación funcional del hospital está destinada a eso y tiene un modelo concreto de funcionamiento. Por lo tanto el hospital tipo no nos vale. Hay un sitio, con unas condiciones urbanísticas, hay una ciudad, es un equipamiento primario... no existe el hospital tipo. No podemos sacar del cajón el proyecto del hospital tipo desgraciadamente para vosotros.



José León Paniagua

El diseño de alguna forma está contando con todo eso. Y en este modelo, porque hay más modelos y cambiarán, ha entrado excesivamente la empresa. Porque le han pedido que entre, no porque haya querido.

J. Esteban. Yo creo que también ha querido. ¿Quién no va a querer fomentar su propio negocio?

J.L. Paniagua. Se le ha pedido y ha modificado proyectos preexistentes.

Hay un proceso de diseño, hay un proceso de construcción que se ha modificado, ya no es construcción ya es concesión, tiene decisiones sobre el proyecto, y esas decisiones van a tener consecuencias sobre el futuro del funcionamiento de los hospitales que han ido por esa vía.

Hay un proceso de equipamiento y distintos modelos de equipamientos - Está habiendo empresas concesionarias que están diciendo "todo el hospital me lo equipa tal casa por la vía de concesión".

Vuelvo a la reflexión inicial de por qué nace todo esto. Hay un modelo de puesta en funcionamiento que IIE. un tiempo, con esa E.luación continua evidentemente. Ese conflicto de recepción siempre ha existido, y hay un proceso de post E.luación que no existe. En este país no existe.

Cuando estabais hablando de todo el tema de encuestas: para sistemas complejos la encuesta no vale, es demasiado simple.

En el diseño hay cuatro o cinco elementos que tienes que contemplar pues si no te equivocas en el proyecto. Uno de ellos es el programa funcional, otro es el sitio, uno de ellos es el espacio de las instalaciones, desde el primer momento, el tema de sectorización que tiene que ver con incendios y E.cuaciones y el tema de estructura de circulaciones.. Eso es un proyecto del hospital en la fase inicial.

El tema de espacios e instalaciones se complica desde el principio. Ese proceso de producción y desarrollo de instalaciones requiere unos tiempos mínimos. Eso requiere un tiempo porque los ingenieros trabajan con los arquitectos y ven por donde van las instalaciones y los caminos críticos. Es fundamental que las instalaciones vayan por su sitio y que sean registrables.

El problema de este país también, pero es normal pues no tenemos masa crítica para ello, no somos el National Health Service. No se ha investigado. El National Health Service investigó en su momento. Getafe es Getafe porque es copia de un modelo del National Health Service 20 años después, y Leganés y el de Lanzarote y unos cuantos. Son copias.

Esa conclusión se desechó rápidamente porque la demanda y la flexibilidad no es homogénea en un hospital. El

área de hospitalización no es lo mismo que un área de diagnóstico o un área de gabinetes, no tienen la misma demanda y flexibilidad. Lo que sí necesitamos es tener canales suficientes, espacios suficientes, espacios en cubierta, espacios en bajo, instalaciones distribuidas como tú dices que evidentemente cuando dependen de una propiedad que no tiene dinero o de una constructora, esos espacios los van a restringir porque, aunque sin ellos funciona peor, es más barato. Ese es el problema que tenemos.

La construcción tiene tres patas que son la calidad, el precio y el plazo. En este momento, la calidad bajo cero. El plazo, muy importante pues hay plazos mínimos de cuatro años desde planificación hasta puesta en marcha, y lo otro es el precio.

La calidad está por debajo y tenemos que reflexionar sobre si los sistemas que estamos desarrollando nuevos derivados de necesidades financieras y de modelos financieros que tenemos nos está IIE.ndo a esta situación. Y lo tenemos que saber. Y esto que es calidad si recién iniciado se ven problemas, veamos dentro de diez años.

C. Santiago. Perdonadme porque hay muchas alusiones a las instalaciones y nosotros somos ingeniería de instalaciones además de control.

Este tema es clave, pero no sólo en hospitales. La falta de los periodos necesarios para planificar la instalación, al final repercute en la edificación. En la edificación es el mal constante.

Si los proyectos tuvieran el tiempo necesario de gestación serían mejores.

J. Esteban. La razón por la que no la tiene hay que decirla y la voy a decir yo, que para eso vengo del mundo académico.



Carlos Santiago

Un hospital hoy en día es una "acción política", hasta los privados. Esa acción política responde a sus electores y con ello cree legitimarse ante todo. Yo prefiero lo de las pirámides. En ese caso los constructores se te meten dentro. Aquí no hablamos de constructores sino de promotores. ¿Que quiero decir? Que lo bueno que tiene el que cuando alguien promueve pone, tiene de malo cuando esa promoción la quiere ligada a un cortoplacismo etc etc. No hablo de Madrid, hablo en general.

Hay muchos elementos que influyen. ¿Por qué se permite que un hospital se planifique y haga un proyecto en, digamos un año? Hay muchos países que entre el acta de aprobación de encargo hasta entrega de proyecto no puede mediar menos de cuatro años.

Primero: Uno quiere, y la ambición de querer es legítima pero el cómo es el que marca los plazos. Por ejemplo en Suecia se hunde un hospital. Ponga tiendas de campaña, haga uno de plástico, pero no me construya un hospital fuera de plazos, menos tres y menos veintisiete.

Segundo: Si usted tiene un problema financiero, échele imaginación o pida un crédito a un banco, pero no haga una concesión. No estoy hablando de Madrid y podría poner algún ejemplo concreto que inauguramos este sábado.

Se habla de concesión y la concesión consiste en el mantenimiento de equipos y suministro de electricidad.

J.M. Pastor. Eso es un arrendamiento operativo sin más.

J. Esteban. Estamos en una utilización excesivamente frívola en mi opinión de todos estos mecanismos sin la E.luación asociada al mismo. Y yo añadiría más: sin la formación, la reflexión. Los estudios adecuados.

Por ejemplo: nosotros como Universidad iniciamos hace tres años el programa de planificación y diseño de hospitales. Creo que este año finalmente arranca. No había ningún otro.

Este señor que es un experto y magnífico arquitecto y alguno más de los suyos es sólo una parte pero que no está transmitiendo su conocimiento reglado ordinario donde corriamos el modelo del National Health Service y el modelo del Sistema de Salud español.

Estamos hablando y discutiendo sobre apertura y traslado de hospitales y el primer curso que hay sobre eso lo iniciamos ahora.

J.L. Paniagua. Yo recuerdo unas jornadas que promovimos desde la Escuela Nacional de Sanidad sobre la apertura de hospitales. Es un proceso que ha cambiado muchísimo.

Simplemente el hecho de poner a prueba todos los sistemas de información y todas las infraestructuras de tele-

comunicaciones de los hospitales es un proceso clave.

Se estaban produciendo aperturas y lo digo también por mí mismo, en este sector nunca estamos siendo los primeros.

Las formas han cambiado. Evidentemente hay que reescribir porque las formas y los modelos se han modificado radicalmente y hacer una cosa reestructurada como ésta no es una experiencia de dos días en que convocamos a 4 o 5 gerentes para que nos expliquen cómo lo habían hecho. Además es una experiencia que ni siquiera quedó recogida porque parecía que es un hecho puntual y no es un hecho tan puntual.

J. Esteban. El hecho final es que no estamos haciendo una reflexión ordenada y regular que genere conocimiento sobre esto. Hemos hecho reflexiones puntuales, pero ¿Dónde está la E.luación?

E. Anguita. No ha habido tiempo suficiente.

J.L. Paniagua. El Ministerio de Sanidad y Política Social está elaborando guías de unidades funcionales de los hospitales, en colaboración con expertos y sociedades científicas. En España no existen. Las tiene el National Health Service, el Sistema de Salud de Canadá pero aquí no existen.

Han sido publicadas seis guías sobre la Maternidad hospitalaria, el Bloque quirúrgico, el Hospital de día, la Cirugía Mayor ambulatoria, la Unidad de pacientes pluripatológicos y la Unidad de Cuidados Paliativos¹.

¹ Todas ellas disponibles a través de la web (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02-2.htm>).

Se están terminando de editar y próximamente estarán accesibles a través de esa misma página web las correspondientes a Cuidados intensivos, Urgencias y Hospitalización.

Están actualmente en elaboración las correspondientes al Área del corazón, Esterilización, Diálisis, Sueño y Dolor.

Por ejemplo en el área de corazón ha iniciado recientemente se está cuestionando como se está funcionando, cómo se atiende al paciente y eso es lo que va a cambiar los hospitales.

Esa reflexión son esfuerzos que espero que no sean puntuales pues lle.mos ya tres años trabajando en eso pero evidentemente son esfuerzos en los que hay que trabajar en múltiples direcciones. En este sector, la necesidad de dar respuesta día a día no está permitiendo eso.

También tiene que ver con cómo estamos organizados territorialmente. Para hacer ese tipo de cosas, necesitamos una masa crítica mínima, y las Comunidades Autónomas, ni siquiera la más grande, la tiene. Y ahí tenemos un problema.

G. López de Guereñu. Retomando el tema anterior. Estamos hablando de concesiones cuando cada uno de los modelos de España es diferente. Tampoco hemos tenido tiempo de E.luarlos. Las primeras concesiones fueron las del 2000 en Valencia. Las siguientes las de Madrid. Eso sin duda hay que hacerlo.

El nivel de los constructores es muy e.le.do y parece que el de los concesionarios también. De las diez mayores concesionarias del mundo, seis son españolas.

J. Esteban. Otra cosa es que esa evolución nos lleve a lo del famoso modelo

seguro-banco, banco-seguro. En los países nórdicos los bancos eran dueños de los seguros y las aseguradoras dueñas de los bancos.

Es un tema de filosofía de negocio. Vosotros, con toda la legitimidad del mundo aprovecháis cualquier mecanismo de generación del negocio y lo construís. Y si es bueno continuáis y si no lo rechazáis.

Cuando se abre una brecha de este modelo de negocio, las constructoras entran a todas las de la ley. Ahora, ¿Tienen las constructoras en su seno esa concepción de servicio que este modelo requiere?

E. Anguita. Lo están cogiendo evidentemente porque se están creando un nicho de negocio.

J. Esteban. Habrá que evaluarlo. Y esa evaluación no podrá hacerse preguntando a los pacientes. Habrá que hacer estudios de cómo se adecúan. Habrá que ver por qué tardó tanto la implantación de la cirugía mayor ambulatoria.



José Esteban

E. Anguita. Para eso está la Universidad y ese es su papel: investigar.

J. Esteban. ¿Va a tardar tanto la implantación de este modelo? Los componentes de estructura de los hospitales van a tardar mucho tiempo en implantarse si no se estudia que es lo que se está haciendo. Todo retraso implica seguir en el status quo que el riesgo del beneficio que me venga a ver.

Estamos hablando de un sector con una movilización brutal. Con unos riesgos brutales y con unos beneficios también. Y yo soy partidario de que existan esos beneficios.

¿Qué pasará cuando la telemedicina haga en tres o cuatro años las consultas externas absolutamente sobrantes? Tendrás que cambiar muchísimo del equipamiento y tendrás que transformar todo ese hospital.

Tienen que hacerse estudios prospectivos de cómo va a evolucionar. Las concesionarias tendrán que ponerse a esos estudios prospectivos de negocio hacia futuro en sus propias explotaciones actuales y en las siguientes para ir a venderlas.

J.L. Paniagua. No se va a producir ese cambio.

Me preocupa mucho el tema del nuevo modelo de hospital en relación a tecnologías y atención al paciente, alta resolución y demás y lo que se está haciendo que no está respondiendo a eso.

Se ha partido de programas funcionales muy débiles porque se han hecho también en muy poco tiempo, donde decimos "el área ambulatoria está cambiando". ¿Pero que es eso de que el área ambulatoria está cambiando? No son consultas. Son hospitales de día donde está realmente el modelo

del hospital de futuro. Los nuevos diseños no están respondiendo en absoluto a ese modelo.

¿Qué va a pasar? Nada, Aquí funciona todo. Funcionará peor pero funciona.

Existen muchos modelos de hospital donde ese gran área ambulatoria no se está percibiendo en absoluto

Juan Carlos Delgado

Ese modelo de hospital no se está produciendo. No digo el de las concesiones, hablo también de otros muchos modelos donde ese gran área ambulatoria no se está percibiendo en absoluto.

E. Anguita. No estoy de acuerdo.

Los programas funcionales tenían una sistemática: el INSALUD se reunía con los denominados expertos que determinaban hacia donde avanzaba la ciencia en su campo de conocimiento en el area cardiovascular, digestiva...

Iban nutriéndote de lo que ellos creían que iba a ser el avance de su especialidad y en función de eso se iba haciendo un programa funcional.

O estamos hablando de una asistencia que se está dando en el extranjero y que nuestros expertos no conocen o los programas funcionales que se están haciendo en la Comunidad de Madrid o que yo he hecho en el Insalud tenían esa sistemática.

J.L. Paniagua. He participado en casi todos los Concursos y conozco casi todos los programas funcionales y no aparece en ninguno el área ambulatoria como tal.

E. Anguita. Aparece en todos y en los hospitales de día. Coge un programa funcional y lo que dice es que las consultas y los gabinetes están integrados.

J.L. Paniagua. Yo me refiero al área ambulatoria como concepción donde consultas, gabinetes, diálisis, hospital de día quirúrgico... Esas áreas no están definidas así.

J.M. Pastor. Hay además otro problema: el uso al que se destinan áreas. Estén o no definidas en los planes funcionales, los usuarios (médicos, enfermeras etc), las usan como quieren, lo que a veces se separa mucho de la función para la que fueron construidas.

E. Anguita. Estoy de acuerdo con Esteban en que a todos los que participamos en este proyecto, nos hubiera encantado tener un periodo de reflexión y comparación de experiencias.

J. Esteban. El tema de que contiene o no el plan funcional, ya se E.luará en su momento.

De lo que no cabe duda es que como sector debemos estar cuestionándonos y generando modelos antes de que nos los pidan, cuando nos los pidan y después. Y eso se hace muy poco. Estamos en una situación quizás segura a corto plazo, pero no a medio o largo plazo.

Las novedades tecnológicas. No importa incorporar o no las novedades. Hay que estar continuamente E.luándolas para en un momento poder incorporarlas hasta como normativa.

¿Existen sistemas de alertas tecnológicas? No hay alertas que detecten innovaciones de verdad, que mejoren el sector. Como estandarizamos producto, los beneficios se nos caen en picado. Primera alerta como promotores: que no se estandarice demasiado porque se acaba el negocio.

Todo lo que son planes funcionales etc, responde a filosofías que no son las de

los asistenciales. Dónde están los gestores, dónde están los análisis de modelos E.luados.

Creo que estamos a años luz en positivo de cómo estábamos antes, por metros cuadrados, infraestructura, inversión... ¿Eso responde realmente a un incremento de eficiencia proporcional al esfuerzo, que la sociedad, que nuestros hijos y nuestros nietos van a responder?

J.C. Delgado. Te contesto. Estandarizar.

M. Lameiro. Estandar es un programa que te lleve a unas soluciones a poder ser lo más perfectas posibles. Los estándares también varían. No es normal que estés toda la vida haciendo hospitales y en cualquier momento dudes.

J.C. Delgado. Por ejemplo en Suiza cambian los estándares conforme cambia la población. Allí lo han E.luado y lo han estudiado. Pero aquí no es así.

La variable fundamental de cambio de un hospital es la población. Y en este

caso crecimiento físico, antropométrico... Así de simple. Ni hablo de patologías. Y hay que adaptarse a ella. Y es más superficie.

Si el que tiene que hacer la inversión es quien hace el proyecto, no adaptará los estándares porque le cuesta más dinero.

G. López de Guereñu. Eso no es así. La Administración te entrega con el plan funcional el plan de espacios y allí te dice los metros cuadrados. ¿Qué es lo que hace que de la superficie útil a la realidad vaya en vez de 1,75 a 1,70? La habilidad del autor del proyecto para conjugar las piezas y evitar recorridos, pasillos...

Al final los costes/inversión repercuten relativamente poco en el modelo financiero que tenemos.

Los costes recurrentes a la explotación son los que repercuten en la explotación uno a uno. Hay si hay algo que tiene que ver con los costes pues si tienes que limpiar y mantener más superficie, cuesta más.



Ahí si hay que hacer una labor de optimización y a ser posible en más de 55 días.

Sale el concurso, a veces sin proyecto, y hay que juntar equipos potentes de ingeniería, de arquitectura, la empresa colabora con nuestro soporte técnico para desarrollar lo mejor posible la respuesta que damos.

E. Anguita. Efectivamente ese el tiempo teórico en el que tiene que estar la respuesta en la Administración. Somos conscientes de que ese tiempo es pequeño por lo que luego el periodo de supervisión nuestro se dilata porque el proyecto no está totalmente acabado y son muchas las observaciones que se le hacen al concesionario para que vaya mejorando su proyecto. Entonces al final sobre esos 45 días se incorporan otros dos meses.

J. Esteban. Yo estaría de acuerdo hasta en que no haya ni plazos, si realmente hubiera un proceso de elaboración, que garantizara que se cumple con un montón de normativas que no existe.

E. Anguita. Hay un montón de normativas que ya existen, en edificación sobre todo.

J. Esteban. No tantas y a lo mejor es bueno que no existan porque así mejoramos la creatividad. A lo que yo iba es que realmente esa variable de tiempo actúa en beneficio de todos.No quisiera particularizar en un solo ejemplo. Los hay de todos los colores y en todo el mundo.

Lo que importa es la dinámica. El propio modelo asistencial del hospital, con toda la experiencia previa es muy mejorable.Además es así. Debería estar constantemente modificándose.

Hace 15 años, en la concepción de una unidad funcional participaban un ges-

tor, algún gerente con responsabilidad ejecutiva en el funcionamiento.

E. Anguita. Siempre han participado los gerentes y los facultativos.

J. Esteban. No es verdad. Cuando yo era gerente, tenía que ir mi firma al lado para que el arquitecto cobrara porque yo decía blanco y el arquitecto hacía lo que le daba la gana.Eso pasaba y eso pasa ahora.

Son necesarios unos tiempos de maduración del proyecto que son críticos y que ahora no le estamos dando al hospital. Creo que en general y no sólo en concesión, los tiempos de proyecto son muy cortos. Domina el factor tiempo por encima de calidad y otras veces el coste ha sido radical y ahora yo diría que menos.

G. López de Guereñu. Antes ha dicho José León Paniagua que tiene tres patas el proyecto que se encarga a un hospital: el precio, la calidad y el tiempo y luego viene la opción política. Claro, cuando se hace en un tiempo, con una calidad y para un precio luego viene la opción política y dice de acuerdo pero el tiempo es muy largo y el precio muy caro. Haced esto por menos dinero.

J.L. Paniagua. En mi experiencia la empresa se mete en los proyectos. Y si no se puede meter por las buenas, se mete por las malas. Por un tema de plazos y por un tema de costes básicamente.

Mas que centrarme en esto, que no nos va a llevar a ninguna parte, es el tema de los metros cuadrados y la eficiencia de los metros cuadrados, que va a crecer con el tema de los gabinetes y la alta resolución y otro tema es si se han hecho centros que son ineficientes.

Conozco algunos hospitales que se han "cerrado". Muy pequeños, muy

locales que se han hecho en los últimos 10 o 15 años, derivado de la cercanía a la población, de la toma de decisiones de las Comunidades Autónomas, etc. Han acabado cerrando o transformándose en residencias.

En los hospitales intermedios eso no es tan evidente pero también se está dando el tema de que no están respondiendo a la previsión inicial. Por un tema mínimo que va a extenderse sobre todo el sistema sanitario en los próximos años que es la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente va a diseñar y planificar los hospitales. Y eso tiene que ver en el caso de los metros cuadrados y de modelos de hospitales con masa crítica mínima para que el paciente tenga los recursos asistenciales y personal lo suficientemente entrenado para que eso se produzca.

Esto no quiere decir que no veamos salas de hemodinámica en sitios "raros", porque hay otros conceptos también. La organización sanitaria es muy potente también y tiene una capacidad de respuesta como no la tiene el sistema educativo ni otros. Hay modelos de gestión que permiten que un profesional sanitario se pueda trasladar a un hospital pequeño y ahí pueda realizar una hemodinamia. Sacar el hospital tipo va a ser cada vez más difícil. Puede haber sistemas de estos que lo hagan cada vez más difícil.

E. Anguita. No hablamos de esto. Lo que decimos es que hay unas guías funcionales de servicios, que están desarrolladas en otros países y que aquí no las tenemos.

Lo que no puede ser es que sea tan diferente el servicio de radioterapia del Hospital Clínico San Carlos al Hospital 12 de Octubre, porque el Servicio de Radioterapia, con unos determinados

aceleradores va a tener una dimensión que es la misma en el 12 que en La Paz. Entonces lo que no se entiende muy bien es que haya tantas diferencias entre unos sitios y otros.

Me resulta un poco raro que a estas alturas el Ministerio, y digo Ministerio porque es el organismo integrador y donde de alguna manera deberíamos recibir estas guías de orientación para las Comunidades Autónomas, pues no hemos recibido indicaciones de cual es el tamaño ideal de los quirófanos, no está decidido, y en un sitio se hace de 32, en otro de 40 y en otro de 60.

J.L. Paniagua. Yo quería comentar una cosa que tiene relación con lo que se está hablando. El Ministerio está haciendo guías de estándares y comunicaciones, son guías porque cada Comunidad Autónoma tiene competencia exclusiva y tiene decretos.

No sé si habéis hecho, porque yo lo he hecho, una E.luación del bloque quirúrgico lo que dice cada Comunidad Autónoma. Es increíble la comparación de lo que ha hecho cada una. Eso lo ha hecho el Ministerio de Fomento con la Ley de Accesibilidad y las condiciones de los minusválidos son diferentes en cada Comunidad Autónoma. Ahora se ha querido meter con eso y establecer condiciones sobre eso.

Las Comunidades Autónomas tienen decretos sobre quirófanos y UCIS, hay Comunidades que tienen cero y otras lo desarrollan muchísimo, con errores garrafales y que el constructor tiene que cumplir. No son guías, son decretos.

En tema de instalaciones también se muestra un desconocimiento de toda la evidencia científica que hay sobre funcionamiento, seguridad, asistencia, infección nosocomial, diseño.. y hay mucho conocimiento sobre esto

y mucha ignorancia sobre ese conocimiento.

El Ministerio está haciendo guías y hay alguna Comunidad que sobre esa guía va a cambiar su decreto, pero en general no se está produciendo eso.

Os invito a hacer esa comparativa sobre acreditación con los 17 decretos y es increíble.

J.C. Delgado. Muy esencial es que exista un consenso entre la propiedad, la constructora y los agentes implicados. El principal problema de esto es que no suele haberlo. El fin es común y lo lógico es que todos los agentes estuvieran presionando para él.

C. Santiago. Yo si quería comentar que los estándares son muy difíciles de implantar a día de hoy. Lo primero sí es cierto que el sistema concesional tiene un recorrido muy corto pero antes de que existiera este sistema concesional las opiniones de un hospital y el sistema de control de un hospital también variaban incluso más rápidamente. Por parte de la Administración está utilizando herramientas para controlar de alguna manera toda ésta melé que se está organizando, con cambios de normativas e incluso en el caso Balear se

está planteando todo el tema de equipamiento de alta tecnología por medio del diálogo competitivo.

El diálogo competitivo le permite a la Administración la capacidad de hacer algunos cambios

Carlos Santiago

Todo ello son herramientas dedicadas a intentar que todos estos cambios que se están produciendo sean lo más rápidamente absorbidos y modificar algunos aspectos del proyecto que pueden ser mejorables. El diálogo competitivo le permite a la Administración la capacidad de hacer algunos cambios.

Y de eso si que hay menos experiencia. Hay una experiencia en Francia con un traslado de un equipamiento.

J.C. Delgado. En el Hospital de Son Dureta se está utilizando el diálogo competitivo para la alta tecnología.

M. Lameiro. Y en Lugo igual.

J.M. Pastor. Todavía se está empezando en este tema.

J.L. Paniagua. Hace falta un foro donde se desarrolle esto.