



Hacia un nuevo sistema de consenso público privado en la gestión y resultados del sistema sanitario y su implicación en el colectivo de enfermería

M. Lourdes Martínez Muñoz
Directora de Enfermería
Hospital Infanta Leonor. Madrid

La participación del sector privado en el Sistema Nacional de Salud Español, no es nuevo ni exclusivo de la Comunidad de Madrid. La mayoría de las Comunidades Autónomas, independientemente de su color político, recurren desde hace años a unas nuevas modalidades de prestación sanitaria, con participación del capital privado, ya sea en forma de conciertos con hospitales o centros de la red privada (para reducir lista de espera), de fundaciones sin ánimo de lucro o de sociedades anónimas. Estas circunstancias no alteran la titularidad del servicio de salud que sigue siendo público, universal y gratuito para el ciudadano, no debiéndose entender de privatización encubierta de la Sanidad Pública Española.

En este sentido habría que hablar de tres integrantes: un financiador privado, un receptor del servicio (paciente) y un efector de ese servicio que deberá controlar lo que se contrata y como se contrata, en relación a las condiciones y el objetivo a concretar.

La experiencia en la colaboración entre el sector público y privado está siendo muy positiva. Hay que tener en cuenta que los nuevos hospitales de

la Comunidad de Madrid se construyeron y se pusieron en funcionamiento en un tiempo record, alcanzando una velocidad de crucero y un ritmo vertiginoso, propio de los mejores hospitales de Europa, como en nuestro caso del Hospital Infanta Leonor.

Esta novedad conlleva a un proceso de adaptación y asimilación; por parte de las Administraciones implicadas y la incorporación de sistemas de colaboración público privada a la sanidad de forma específica, como desarrollaremos a continuación.

Deben convocarse los servicios que prestará la concesión y, que se puedan desglosar los indicadores de gestión de los mismos, evaluando el resultado de la acción de forma conjunta.

Se debe valorar la financiación de las empresas concesionarias en base a las necesidades y los objetivos, y evaluar sus resultados para acondicionar dichos recursos y su cuantía.

El punto fundamental es el paciente cliente, verdadero receptor del servicio asistencial obtenido; es decir, se debe evaluar el nivel de satisfacción

del servicio del paciente y su entorno para llevarlo a cabo. Esto exige en relación al estamento de enfermería un consenso y un esquema de resultados con una correcta evaluación de los mismos.

La primera conclusión es que se debe tener muy presente el mismo objetivo tanto de lo público como de lo privado, que es el paciente como centro del sistema, pero también del personal como eje del mismo y la aportación del modelo a la excelencia y sostenibilidad del sistema sanitario, en especial al colectivo de enfermería.

Para medir la gestión conjunta es conveniente identificar procesos comunes en los que intervienen ambas partes, protocolizarlos conjuntamente, y evaluar los indicadores de procesos y resultados, añadiendo indicadores comunes en los cuadros de mando; como es la calidad percibida por los pacientes y los factores económicos siendo el personal sanitario, al que diriji, quién debe recabar estos datos por medio de protocolos de actuación.

La evaluación de los resultados de la colaboración público privada en el ámbito sanitario debe ser consensuada, sencilla, periódica y debe ser sometida a seguimiento por un comité de ambas partes pero liderado por la Gerencia del centro sanitario.

El contrato de concesión de obra pública regula la previsión de servicios y viceversa. Los resultados de servicio condicionan, obviamente, la regulación de la propia entidad concesionaria, lo que obliga a una interrelación entre ambas, tanto concesión pública como privada, siendo parte integrante de ambas el proceso asistencial.

Esta circunstancia ha sido favorable económicamente a ambas partes, ya que por un lado se ha evitado el en-

deudamiento de la parte pública, y por otro lado, gracias a la mayor solvencia económica de la privada, una más rápida gestión de medios materiales con un control adecuado y más exhaustivo de los mismos para obtener beneficios ambos tanto en cuestión de salud, como de gestión económica, por medio de mecanismos mutuos.

Una cuestión a valorar es el tiempo de contratación que obligará a lo largo de este periodo (treinta años) a reevaluaciones periódicas en los aspectos de gestión, tanto de la concesionaria como de servicio. La prestación de servicios empieza en la puerta de entrada de un hospital en la que ya te encuentras con el administrativo, que es quién recibe en primera instancia el paciente. Creemos que esta prestación de servicios debe ser evaluada, al igual que TIGAS, limpieza, hostelería, logística, etc, que deben ser contemplados en un contrato menos estricto y restrictivo; de tal forma que no sea una réplica de los hospitales antiguos; por medio de contrataciones de servicio, obteniendo gran mayoría de beneficios en la parte privada y asistencial. Esto obliga a una revisión consensuada.

Un punto de posible conflicto de intereses es el de la responsabilidad de la prestación del servicio. Cuando hay algún problema en el hospital, ¿la responsabilidad solo la tiene lo público?. Evidentemente hay dos empresas, dos gestores pero los dos tienen la misma responsabilidad y esta relación de riesgos se debe fijar previamente.

Los sistemas de evaluación deberían tener indicadores para medir tanto la eficiencia como la actividad, pero también otros intangibles que debería aportar el modelo. Como son: la agilidad y la flexibilidad para adaptarse a la presión asistencial o la incorporación de investigación y desarrollo.

También los indicadores deben ser capaces de medir la aportación de los modelos organizativos a la dinamización del sistema sanitario, contribución que tiene mucho que ver con superar rigideces a las que también se ven sometidas las empresas públicas.

La calidad percibida por los pacientes y los factores económicos deben ser indicadores comunes a la hora de evaluar la gestión mixta; y para medir el impacto de esta gestión conjunta es conveniente identificar los procesos en los que intervienen ambas partes protocolizar conjuntamente los procesos comunes y evaluar los indicadores de proceso y resultado.

La experiencia hasta la fecha es que cuando, las sociedades concesionarias son competentes, aportan al modelo nuevas formas de gestión más eficientes, siempre y cuando no prime el criterio económico en el proceso de concesión, con riesgo de resultar en muchos casos únicamente expertos en construcción y no en prestación de servicio.

Ponemos un ejemplo: en las sociedades concesionarias no se encuentra ninguna empresa hotelera, que sin duda habría mejorado la gestión de hospitalización, ni ningún gran distribuidor, lo que redundaría en una mejor gestión logística y abaratamiento de costes. Sería posible a raíz de las relaciones público-privadas, crear un sistema general, o un método de gestión global, pero siempre en cada hospital bajo su propia idiosincrasia y ámbito específico de resultados, alineándose los objetivos de colaboración con cláusulas de revisión y consenso.

El balance de esta colaboración público-privada es positiva de tal modo, que hasta el momento actual, los datos disponibles del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) demuestran

una producción superior al 20% en relación al estándar, y una productividad 14% mejor que dicho estándar.

La apertura del hospital es bien recibida por el ciudadano, pero no la idea de colaboración público privada, quizás por un desconocimiento de sus beneficios y del incremento de la eficacia social de los servicios.

Parte del posible desconcierto ante el desarrollo del modelo puede venir ante la resistencia por parte de las sociedades concesionarias a asumir el concepto de riesgo y ventura, que en otro tipo de concesiones administrativas está muy claro y asumido.

El problema puede residir en que la prestación de la asistencia sanitaria está sujeta a factores políticos y sociales que condicionan en gran medida la propia naturaleza de la prestación, superando consideraciones científicas. En este escenario el concepto de riesgo y ventura de la construcción queda muy claro, el de la prestación de servicios no tanto.

Esta circunstancia no responde a las necesidades de ambas partes, porque actualmente no tenemos una completa propuesta de objetivos comunes, y más cuando el diálogo entre ambas partes es difícil de articular cuando los objetivos son diferentes. De aquí la importancia de buscar objetivos comunes en beneficio de ambas partes.

El modelo es bueno, positivo, con un aspecto político de gestión importante, siendo necesario que esta dinámica que se plasmó en su inicio en la fase de financiación y construcción se traslade a la fase de explotación, en base a un consenso entre las partes, buscando en todo momento la satisfacción de servicios al paciente, verdadero centro del sistema y motivo de nuestros desvelos.