

## **Gestión de servicios en colaboración público-privada, una experiencia que mira al futuro**



*De izquierda a derecha: Jesús Santín, Juan Manuel Vivar, Luis Carretero, Pedro Galdós, Carmen Martínez de Pancorbo, Enrique Sánchez-Capuchino, Ángel González y Rubén Flores.*

### **Participantes:**

**D. Juan Manuel Vivar.** *Unidad Técnica de Control del SERMAS.*

**Dña. Carmen Martínez de Pancorbo.** *Directora Gerente. Hospital Infanta Sofía.*

**D. Pedro Galdós.** *Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.*

**D. Rubén Flores.** *Director de Enfermería. Hospital del Tajo.*

**D. Ángel González.** *Director General de la Sociedad Concesionaria del Hospital del Sureste. Arganda.*

**D. Enrique Sánchez-Capuchino.** *Director General de la Sociedad Concesionaria Hospital de Vallecas.*

**D. Jesús Santín.** *Director Comercial de Philips Cuidado de la salud.*

Moderador: **D. Luis Carretero.** *Director de Gestión y Planificación. Ib-salut.*

## Introducción

**L. Carretero:** ¿Hemos estado a la altura a la hora de desarrollar y gestionar los servicios de concesión? Es decir: ¿funciona la gestión de los servicios de concesiones? ¿Ha estado a la altura la Administración cuando ha sacado la licitación, cuando ha adjudicado? ¿Están dando un buen servicio las concesionarias? Tenemos experiencias en el modelo y vemos la realidad desde puntos de vista diferentes. Os animo a que este debate sea enriquecedor.

**Á. González:** Desgraciadamente la primera respuesta que se me ocurre es no. No hemos estado a la altura ni unos ni otros. Básicamente porque este modelo de concesión ha sido contemplado y, creo que desgraciadamente, por ambas partes como un modelo constructivo con escasa atención a la prestación de servicios.

La Administración en su momento quería tener hospitales baratos. Los consiguió y ello conllevaba que los servicios estuviesen muy muy ajustados. Los servicios pueden ser baratos, pero valen lo

que valen. Nosotros hicimos unas ofertas que contemplaban servicios baratos y por tanto terriblemente ajustados, la Administración lo aceptó y con la puesta en marcha se produce, desde mi punto de vista, un cierto desencuentro, que se va acentuando porque la demanda de servicios crece en el hospital, mientras que la Administración mira permanentemente hacia otro lado.

**R. Flores:** El proceso lo dividiría en dos fases: en una primera fase diría que los servicios no han estado a la altura de lo que esperábamos, me refiero a todo lo que ha sido el proceso de apertura. Las prisas las tienen los malos toreros y aquí hemos tenido muchas prisas a la hora de montar los nuevos hospitales y de concatenar los servicios con las expectativas asistenciales. Y una segunda fase, que es en la que estamos ahora, en la cual empezamos a reordenar los servicios o a intentar coordinarlos con las áreas asistenciales. Uno de los grandes errores ha sido el tema de la subcontratación, porque en mi hospital hemos tenido dos interlocutores a la hora de resolver la puesta en marcha.



Rubén Flores

---

*Las prisas las tienen los malos toreros y aquí hemos tenido muchas prisas a la hora de montar los nuevos hospitales y de concatenar los servicios con las expectativas asistenciales*

Rubén Flores

---

**P. Galdós:** Coincido con vosotros, quizá no se ha estado a la altura de las circunstancias o quizá no se ha explicado bien y nuestras expectativas eran completamente diferentes.

Y las empresas concesionarias también seguramente. Formé parte de algunas de las comisiones técnicas de adjudicación de equipamiento para los hospitales nuevos y me sorprendió descubrir

que el 60% de la puntuación lo daba el precio y el resto la evaluación técnica... No había ninguna capacidad de manobra para obtener la mejor oferta técnica. A mi me parece que esto es un problema de financiación fundamentalmente. Nuestras expectativas como médicos no se han cumplido.

---

***Nadie nos preguntó cómo tenía que ser el hospital y eso ha hecho que nos demos cuenta de que esto iba a la baja.***

**Pedro Galdós**

---

**L. Carretero:** Dejarme que hable como Administración. Baleares está también trabajando con el modelo PFI, empezó después de Madrid, tenemos que abrir el primer hospital (Son Dureta) y ahora mismo estamos licitando dos nuevos PFI. Baleares es una Comunidad que ha pasado el sarampión político de la colaboración público-privada, porque lo empezó un gobierno de un color y ahora mismo lo esta siguiendo otro gobierno de otro color. El debate político ahí no existe, es un debate mucho más técnico.



Pedro Galdós

Pero claro, se me abren los ojos cuando oigo todo esto. Los pliegos dicen muy claro los niveles de calidad de los servicios, los niveles de disponibilidad y garantía de los servicios... Y, cuando como Comunidad nos planteamos ir a una alternativa de colaboración público-privada, es para mejorar esa calidad de los servicios precisamente. Que ahora se diga que esto no funciona y, que con ese dinero solo se puede dar algo barattillo, me rompe los esquemas.

Tenemos empresas muy serias que han licitado a un concurso que estaba muy claro, los pliegos estaban clarísimos. Alguna empresa no se llevó ni un solo hospital porque consideraba que era imposible llevárselo a ese precio y decidió no bajar. Pero ahora esta adjudicado a 30 años y si se produce un reequilibrio económico para adaptar la situación, se perderá absolutamente la posibilidad de que no compute como deuda, por que se va a considerar que no hay transferencia de riesgo.

**Á. González:** Desde la primera adjudicación se fue a la baja. Hasta la propia Administración ha reconocido una baja del 40% sobre lo esperado. No olvidemos cual es la estructura del mercado concesional y constructivo español, en el que las empresas constructoras tienen un músculo inusitado para el tamaño del país. La competencia aquí fue feroz y por el miedo a quedarse fuera los precios se tiraron. ¡Pero las ofertas también se aceptaron!

Tengo la experiencia de otros entornos y el modelo es mucho más dialogante, con mucho más trabajo previo... Puede ser que el volumen que suponen los siete hospitales de golpe, la presión de la Administración para inaugurar antes de mayo del 2007 y el escaso tiempo que se dio a las concesionarias, haya jugado una mala pasada. Pero estoy convencido de que el modelo funciona. Tenemos experiencia en Reino Uni-



Juan M. Vivar

do y es así. La experiencia de Madrid ha sido tremendamente fructuosa, no solamente para la Administración sino para ambas partes, pero ha tenido una mala evaluación de riesgos por la precipitación con que se ha hecho.

**R. Flores:** Creo que los pliegos están definidos, se pueden mejorar pero están perfectamente definidos Otra cosa es la interpretación. Nosotros, cuando llegamos al hospital, no había colaboración público privada, había un enfrentamiento directo público privado.

¿Cómo se ha resuelto? Ha habido muchísimas reuniones después para empezar a interpretar los pliegos y las peticiones técnicas de cada uno de los servicios. Venir de un modelo tradicional a buscar una colaboración, no se consigue en dos días.

En la primera fase no funcionaban los servicios pero ahora sí y los índices de satisfacción de los usuarios, que los tenemos día a día, nos indican que están funcionando. ¿Podemos seguir mejorando? Evidentemente. Es cuestión de colaborar hasta donde podáis llegar

vosotros y hasta donde podamos llegar nosotros, independientemente de los problemas financieros que estáis poniendo encima de la mesa. El modelo lo estamos creando ahora mismo, lo estamos empezando a evaluar.

**J. M. Vivar:** Al obligar la explotación durante una serie de años a una reposición, a unos servicios propios etc., se esperaba una mayor eficiencia en el diseño y en los materiales de la que realmente ha habido. Y esa era una expectativa muy clara, es un principio de este tipo de modelo y esa, la primera no se ha cumplido.

---

*Determinadas cosas que son pecados del modelo tradicional, que aquí se querían superar y no ha sido así.*

Juan Manuel Vivar

---

Hay hospitales donde hay suelos que no hay quien los limpie, fachadas de vidrio con el mismo problema, en fin, determinadas cosas que son pecados del modelo tradicional y que aquí se querían superar.

**Á. González:** Tienes toda la razón. Lo que pasa es que en el proceso la palabra eficiencia no estaba. La eficiencia no tiene por qué ser barata. Es que se fue al precio, recuerda que era el 60%.

Por otro lado, la capacidad de evaluación que puede tener cualquier equipo para evaluar lo que implica este modelo, en un solo hospital a 30 años, no es una cuestión de cuatro días. La experiencia de las empresas que trabajan en el Reino Unido es que no tardas menos de año y medio trabajando para sacar el modelo analizado. Aquí obviamente hubo que hacerlo en tres meses y para siete hospitales a la vez y alguno de la complejidad que tiene el modelo de Majadahonda.

**R. Flores:** Una reflexión: si no se hubiera producido esta coyuntura economi-

ca que tenemos ahora, la oferta ¿hubiese valido o no hubiese valido?

**L. Carretero:** Si os parece y por centrar un poco el tema..., en Baleares, intentando aprender de la experiencia de Madrid, primero hemos licitado un concurso de ideas, hemos seleccionado un anteproyecto, hemos desarrollado el proyecto nosotros y al lanzar el concurso hemos dejado a la dirección facultativa en manos de la concesionaria para que interprete el proyecto y lo ejecute, manteniendo en nuestras manos el control del proyecto.

También hemos intentado no cargar el precio en los criterios de valoración. Hemos dado la vuelta a los criterios de valoración, ahora la parte técnica pesa mucho más. El Comité de expertos tiene que analizar sobre todo la idoneidad de los servicios, no tanto el precio.

**P. Galdós:** Y los Servicios son consultados. Por ejemplo, el jefe de Intensivos de Son Dureta me pregunta para hacer modificaciones. Y al parecer el arquitecto, que es el mismo de Puerta de Hierro, las acepta.



Ángel González

**Á. González:** Los hospitales no funcionan a los dos años como funcionaban en el primer año. Eso se ha experimentado en todos. Donde antes tenías un modelo de funcionamiento, ahora nace otro, y otro... Normalmente, en un hospital tradicional, eso se reconduce porque los contratos son de dos más dos años y los servicios logísticos de apoyo se van adaptando progresivamente.

---

***No se puede cambiar el número de especialistas, de enfermeras, reestructurar el modelo de prestación, cambiar la cartera de servicios y no articular el mecanismo para evaluar y reequilibrar la concesión.***

**Ángel González**

---

Las concesionarias ven que está variando el entorno y que la Administración no contempla lo que cuesta. No se puede cambiar el número de especialistas, de enfermeras, reestructurar el modelo de prestación, cambiar la cartera de servicios y no articular el mecanismo para evaluar y reequilibrar la concesión. No estoy diciendo que se pague más o menos, estoy diciendo que se utilicen esos mecanismos de ajuste. Intentar estirar el contrato para siempre, sin ajustarlo, es impensable. Así no se puede funcionar, porque el interés no se puede centrar sólo en la cantidad o la calidad del servicio, sin saber hacia donde está orientado. No hay nada peor que una excelente respuesta a un objetivo mal formulado y muchas veces nos está pasando esto. ¿Qué ocurre, que hemos diseñado un modelo de 30 años para no hablarnos nunca? ¿Va a ser siempre: "el pliego dice esto"? Oiga, que esto se hizo en 2003 ¿Vamos a seguir igual hasta 2033?

**R. Flores:** Pero hay que dejar que el modelo empiece a madurar. No puedes vivir con el pliego inicial pero tampoco lo puedes cambiar cada segundo. Las condiciones de apertura de los seis pri-



meros meses no tienen nada que ver con la modulación del modelo que tengo yo ahora en el Hospital. Ahora estamos viendo el pliego y discutiéndolo. Lo estamos modelando día a día con la concesionaria, porque estamos los dos trabajando continuamente. No tiene sentido que no trabajemos juntos.

**Á. González:** Sacadme de la realidad de los ejemplos concretos. Estoy hablando del modelo contractual que ha de ser modificado o siempre saldrá el espontáneo de la interpretación textual, que exija su cumplimiento y si no penalice.

**R. Flores:** Ángel, no podemos vivir toda la vida con la penalización. No me pueden pedir que a mi partner le este penalizando continuamente. O nos sentamos o algo pasa.

**E. Sánchez-Capuchino:** Lo que esta claro es que aquí no hay más ingresos que los de la Administración y con eso tienes que pagar al banco, amortizar la inversión y pagar a los servicios. Eso está en la oferta escrito y cuantificado. Con todo tenías un proyecto muy ajustado pero viable. ¿Qué ha pasado?

Que los servicios han crecido exponencialmente y, además, han surgido otros gastos de los que nos hemos hecho cargo. Los ingresos siguen siendo los mismos. No tenemos otros.

**R. Flores:** Otros ingresos sí que hay, como los de las explotaciones comerciales. Quizá lo que ha sucedido es que las expectativas eran exageradas en relación a la realidad, por ejemplo, en los aparcamientos.

**E. Sánchez-Capuchino:** En cualquier caso así no podemos seguir. ¿Estás de acuerdo conmigo en que cada vez hay mas necesidades? ¿Sentémonos, veamos como vamos a crecer y valoremos esas necesidades!...

**P. Galdós:** Los 7 hospitales puestos en marcha en Madrid fue una osadía que salió bien. Pero es lógico que quisieran licitar a la baja. Si no, es imposible mantenerlos. Pero el usuario piensa que cualquier petición, con vosotros, va a tener una respuesta más rápida y mejor. Porque si no, ¿qué es lo que aportáis al modelo? ¿La rentabilidad sólo para vosotros?



Enrique Sánchez-Capuchino

Siguiente paso: Decís que habéis ido a la baja y que eso hay que reconsiderarlo. Denunciáis que no se pueden hacer cosas por debajo del coste real. Pero las necesidades existen, y hay que cubrirlas aunque solo sean las mínimas. Y yo creo que las concesionarias no lo están haciendo: por ejemplo, un solo empleado para limpiar 1.200 m<sup>2</sup> de superficie de una Unidad de Cuidados Intensivos, es un empeño imposible. Tenemos que sentarnos la Administración y nosotros con vosotros delante. para decir lo que necesitamos. Hay que hacer algo, no puede ser que antes nosotros solos, lo hiciésemos mejor.

**Á. González:** ¿A lo mejor nos está pasando lo mismo que pasó con otros

modelos: la Fundación Alcorcón, Fuenlabrada...? ¿A lo mejor con los nuevos modelos de Torrejón y Villalba, la siguiente vuelta del modelo, a nosotros nos dejan sentarnos a negociar?

La dotación capitativa en Torrejón es de 570 €. Estoy convencido de que en cualquier área, se está gastando, con los costes propios más la concesión, la mitad. No estamos hablando de los mismos parámetros contractuales.

Por otra parte las modificaciones que pides, son en su mayoría pequeñas modificaciones de estructura para adaptarse a las necesidades del usuario, que no hubiesen costado nada en fase de construcción. Hubiera sido mejor trabajar con equipos, en el diseño de servicios, en vez de mantenerlos absolutamente al margen. Pero hubo una voluntad expresa en no hacerlo.

**P. Galdós:** Subyace el miedo a los médicos ya que nos consideran un poco caprichosos y se piensa que pondríamos patas arriba el hospital aumentando los costes, lo que no es cierto. Conocemos muy bien nuestras necesidades

**E. Sánchez-Capuchino:** Más que el miedo a que los médicos pidan, es que había un plazo para construir el hospital en 16 ó 18 meses. Con esos plazos no se puede discutir la más mínima reforma. Eso podría suponer retrasos. Recordar, por ejemplo, que por pliego, la realización del proyecto constructivo debía realizarse en 45 días.

**L. Carretero:** Ya hemos lamentado mucho de una parte y de otra. Vamos a centrarnos en el modelo de gestión ¿En qué es distinto un hospital de un modelo tradicional a un modelo concesión? ¿Qué ha cambiado en la organización del hospital o ha cambiado poco?

**C. Martínez de Pancorbo:** Los modelos en si mismos no son ni buenos ni malos. Hay que ver qué aportan unos sobre otros y, para eso, lo más importante es el planteamiento de las personas y los recursos que hay dentro del hospital. Si tienes un socio, lo lógico es buscar alianzas para que ambos compartamos objetivos comunes y los logremos alcanzar.

El modelo nace con el objetivo de poder construir unos hospitales en un tiempo que con otro modelo no sería alcanzable. El primer objetivo era hacerlos y ahora la parte que queda es la explotación de los servicios. Los que estamos dirigiendo esos hospitales venimos de trabajar en hospitales de modelo tradicional y tampoco nos suena tan lejano la externalización de la limpieza, la restauración, etc. Ahora tenemos todos los servicios de apoyo contratados. Los que mas disfunciones causan son los servicios más cercanos a la asistencia, como puede ser la parte administrativa... pero también hay soluciones para poderlos integrar. Los servicios que siempre han sido de soporte no están generando problemas, pues todo el mundo entiende, que la parte sanitaria pública se tiene que dedicar a hacer lo que sabe, prestar servicios sanitarios.

Lo que hay que garantizar es que esos servicios se den con calidad y ahí tenemos, como ventaja sobre los hospitales tradicionales, toda una herramienta de evaluación, que es un trabajo bien hecho. Los indicadores de disponibilidad y de calidad de los servicios que incorpora la herramienta de evaluación existente en estos hospitales podrían también generalizarse a los hospitales tradicionales, para que nos podamos comparar todos. No obstante, creo que todavía no es el momento de entrar en esas comparaciones. Hay que ajustar el modelo y decidir qué indicadores se van a seleccionar para evaluarlo objetivamente.

Este modelo puede ofrecer también oportunidades. Nos la eficiencia en el sistema no sólo de los nuevos hospitales si no también de los tradicionales, es decir, del conjunto del sistema sanitario público. También (nosotros albergamos en el hospital Infanta Sofía el laboratorio central y el anillo radiológico) esto no es sólo un modelo de colaboración público-privada, sino también una oportunidad de colaboración entre redes de profesionales.

**L. Carretero:** Pedro, como profesional asistencial ¿Qué ha cambiado de estar en Puerta de Hierro a estar en Majadahonda?

**P. Galdós:** El problema principal no ha sido el de la concesionaria. El problema fue el traslado ya con 80 enfermos, con la incorporación en crudo de un sistema informático, una presión de urgencias inmediata, y la rápida ocupación de camas, de forma que al mes estábamos con el mismo número de ingresos que en el hospital antiguo. Inicialmente y ahora, el problema es de

personal. El de la concesionaria es casi accesorio.

**Á. González:** El problema es que se tiende a hacer una foto fija. Hacer esto ahora cuesta esto. No se pensó en las modificaciones que se producen durante 30 años. También las ofertas han sido una foto fija y, por lo que decíamos antes, más tamaño carné que panorámica. Hasta las primeras ofertas, hablo por ejemplo de las nuestras, que eran generosas y que nadie las aceptó eran fotos fijas. Todos sabemos la inelasticidad que tenemos en los contratos de financiación, hasta haciendo la oferta más generosa, si al día siguiente me piden algo que no estaba contemplado, tengo que decir que no puedo. No puedo porque rompe mi contrato de financiación. Nadie nos pidió un modelo evolutivo, no se nos pidió que imagináramos lo que iba a pasar de aquí a 30 años y ahora la foto fija a 30 años es insufrible. No la va a soportar nadie.

**J. M. Vivar:** Pero el modelo sí habla de una actividad 2007 y de una activi-





dad 2017. ¿Dónde queda eso en la foto fija? Porque ahí sí que hay un marco de previsión.

**Á. González:** Pero no se mete en la oferta. Lo que se dice es que en 2017 habrá que hacer obras. Se introdujo sólo el factor construcción, el edificio se hacía con previsión de espacios vacíos para evitar grandes obras en el futuro, pero si te fijas en los modelos de financiación que corren, te das cuenta de que es foto fija y a correr.

**L. Carretero:** Una pregunta de profano: ¿Cómo es la organización de una concesionaria en uno de estos hospitales? ¿Se parece a la que tendríamos en una Dirección de Servicios Generales como la que tendríamos en un hospital modelo tradicional?

**Á. González:** No, es mucho más dinámica, con un organigrama mucho más plano y con mayor participación de los proveedores de servicios. Nosotros tenemos sólo dos niveles.

**C. Martínez de Pancorbo:** Bien, cada uno puede organizarse como considere, pero en nuestro caso, la estructura organizativa de los servicios sanitarios es también más horizontal que en los hospitales con modelo tradicional.

**E. Sánchez-Capuchino:** Creo que lo de tener dos jefes no es buena idea. En un modelo en el que existe una cabeza responsable, que intenta organizar todos sus recursos en función de sus objetivos, lo hace mejor, creo yo, que cuando los objetivos de dos cabezas son, deberían de ser iguales, pero en el fondo son un tanto diferentes.

**Á. González:** Además, las responsabilidades de los Gerentes públicos en cuanto a las Concesionarias son bastante limitadas. En el modelo tradicional, tú como gerente puedes coordinar recursos, sabes que si intentas buscar

un cierto nivel de eficiencia en términos puramente económicos, puedes sacrificar ciertas cuestiones a cambio de otra serie de beneficios. Sin embargo aquí, no es así. Ciertos sacrificios no son razonables por parte de las Concesionarias. Daos cuenta de que si se nos pide algo no contemplado y lo hacemos, hay que pagarlo al contado en una situación de crisis económica y de enorme falta de liquidez; y ¡no te preocupes!, que cuando la Administración me lo acepte... dentro de tres o cuatro años, lo reequilibrará a treinta años.

**L. Carretero:** Entonces es un problema de diseño del modelo, que no busca la coincidencia de objetivos y no externaliza la Dirección de Servicios Generales, si no que subcontrata la prestación de los servicios. Aún así está claro que el modelo está financiado y que las empresas han asumido los retos que planteaba.

Quiero volver a las cargas de estructura y a su variabilidad dentro de las experiencias del modelo. ¿Es ahora más alta que en el modelo tradicional?

**Á. González:** No necesariamente. Los hospitales pequeños son los más ineficientes porque hay una parte de estructura de gestión que tenemos que tener y que incluso está marcada en el pliego (un director general, un responsable de calidad, un responsable de inmovilizado...), pero también se da el caso de dos hospitales de Madrid con la misma Concesionaria que comparten estructura.

**L. Carretero:** En cuanto a la evaluación. ¿Está funcionando el seguimiento de los niveles de servicio y de calidad?

**J. M. Vivar:** Hay una metodología que todos conocéis y que se diseñaba en el pliego, pero el rendimiento que estamos obteniendo depende mucho de las personas que están en los hospita-

les. Para mi este modelo de medición de la prestación de servicios bajo la fórmula de SLA (Services Level Agreement), que es algo tremendamente actual y utilizado en el mercado fuera del marco de la concesión, me parece un buen modelo para evolucionar. Muy bueno para poner negro sobre blanco las deficiencias de unos y de otros y para buscar caminos de consenso; más allá de las propias penalizaciones económicas o deducciones que implique.

Hay hospitales que lo han aprovechado y se están llevando al máximo nivel dentro del hospital, de una forma sistemática, contrastable y puntual, problemas de funcionamiento que de otra forma no se analizarían. Es un sistema de información para la dirección del hospital que en el modelo tradicional no existe y que por tanto no podemos comparar.

**L. Carretero:** En Baleares estamos trabajando para que el sistema de evaluación que pongamos en marcha en las concesiones se aplique al resto de la red. De hecho, el software lo hemos comprado ya con esa idea, porque



Luis Carretero

consideramos que gestionar por niveles de servicio es uno de los mayores valores del modelo y una de las razones más importante para embarcarnos en este proyecto, incluso más que las asociadas a la construcción o a la financiación.

**Á. González:** A mi también me vale para saber como lo hacen los demás y como lo estamos haciendo nosotros. Es verdad que hay desviaciones sobre lo que estamos diciendo, que producen los que lo utilizan como un arma arrojadiza, esa minoría es inevitable y con el tiempo entiendo que se reducirá más.

También es cierto que debería hacerse una revisión de los indicadores, hay algunos que ya son poco significativos y se está detectando que faltan otros que ahora pueden ser más reveladores. Pero independientemente de las discusiones sobre la actualización, creo que lo bueno que tienen es la sanción en términos económicos. Sólo hay que ver las discusiones, incluso un poco subidas de tono, por cuatro euros; y no lo que no alcanzo a ver es cómo podría incorporarse esas penalizaciones en el modelo público tradicional. También veo como carencia del modelo el que no sea biunívoco, el que sólo mire a un lado.

**L. Carretero:** ¿Cómo podría serlo?

**J. M. Vivar:** Esto es lo que decíamos antes. En el modelo tradicional las carencias de unos servicios se podían cubrir con otros, aquí quizá en algunos casos hay mayor nivel de exigencia para la parte privada, porque se la mide, se la parametriza.

**Á. González:** Ha habido escasa divulgación entre los equipos "públicos". Nosotros en el hospital intentamos hacer una charla informativa para debatir sobre el alcance del modelo y lo que

implicaba realmente y casi pudimos. Hay que entender que la vorágine del cada día lo hace todo muy complicado y que además luego se incorporó mucha más gente que también venía sin esa información. Se nos veía y quizá se nos ve como extraños subcontratados.

**P. Galdós:** Hemos aprendido con la práctica, pero también te digo que si hay alguna cosa buena la sabemos apreciar y sabemos ver cuando se aportan soluciones y donde están los problemas.

**R. Flores:** Es cierto que uno de los problemas ha sido la divulgación del modelo dentro del propio hospital. Los profesionales se incorporan en el nuevo hospital y proceden de diversos hospitales del modelo tradicional. Hacerse con la cultura de este modelo no es fácil. Por ejemplo, el sistema de evaluación, que me parece genial (con una salvedad: creo que la penalización económica no debería aplicarse a un socio, si no que habría que buscar otras alternativas) es complejo... Lo hemos ido viendo y nos ha venido muy bien porque nos permite detectar donde tenemos la necesidad. Hemos cambiado el chip, de una persona, un hueco, a una necesidad veinte personas si son necesarias o una o dieciséis. Un celador, una planta. Ahora es una actividad veinte... Ha sido el sistema de evaluación y las múltiples reuniones y debates que ha generado para evaluar cuál es el problema. Como anécdota podemos decir que hemos pasado en cuatro meses de 38 "penalizaciones" a seis en Gestión de Personal Administrativo. En medio ha habido planes de formación y otras actuaciones. Y eso conlleva un trabajo muy importante de protocolos, manuales de procedimientos, reuniones entre ambas partes...

**Á. González:** El modelo de funcionamiento no lo hemos cambiado los concesionarios. Es cierto que nosotros tra-

bajamos un modelo de tarea no de puesto, pero esto ya se hacía en otros hospitales públicos previamente, lo que está cambiando el funcionamiento es el sistema de evaluación.

También es cierto, en lo que se refiere a la difusión, que hace unos pocos meses tuvimos que ir a la Asamblea de Madrid a explicar el modelo y que la semana pasada personalidades del sector seguían publicando en un periódico nacional versiones del modelo que no tienen mucho que ver con la realidad. Si a los intelectuales del sector les cuesta entender el modelo, tampoco podemos ser tan exigentes con los profesionales que se han incorporado y que al mismo tiempo tenían que hacer otras muchas tareas.

**R. Flores:** La única mejora que pondría al sistema de evaluación es la reiteración de cualquier necesidad no cubierta. La reiteración debería penalizarse las veces que se produzca y no sólo una vez. Es cierto que puedes utilizar la vía del "expediente sancionador", hemos hecho tres, pero sería más ágil dentro del sistema.

**L. Carretero:** ¿De qué presumirais los concesionarios?

**Á. González:** No presumimos de nada, pero te digo una cosa: comparación y presumo de que en la comparación se verá que somos más eficientes. Es verdad que hay ámbitos donde se producen insatisfacciones, ahora comparando pesos por pesos, creo que nosotros tenemos más flexibilidad para hacer las cosas, no mejor, pero sí más eficientemente.

**C. Martínez de Pancorbo:** Yo disiento en parte. Creo que si comparamos un hospital tradicional orientado a en una gestión por procesos las diferencias no son tantas. Este discurso no es del modelo concesional. Yo misma me

pregunto ¿si me hubiese incorporado a un hospital nuevo de modelo tradicional habría cambiado mi manera de hacer? Y pienso que básicamente no. Cuando pactaba los objetivos del hospital, no pactaba el número de intervenciones... eso hace mucho que no funciona así. Se pacta el rendimiento quirúrgico, se pacta los tiempos de respuesta diagnóstica de un proceso...

El modelo radicalmente distinto, quizá para los servicios de soporte sí, porque generalmente no les dedicábamos tanto tiempo y esfuerzo. Ahora sí se ha puesto el énfasis en que algunos son estratégicos y forman parte del proceso asistencial, pero para los que ya lo creíamos no ha sido un gran cambio.

Si me preguntan ¿qué ha cambiado? El cambio inicial ha sido el coste y esfuerzo añadido de los profesionales del sector público para trasladar el conocimiento en determinados servicios al sector privado. Nosotros hemos participado con un importante coste en formar al personal contratado por la sociedad concesionaria para determinados servicios, y ha sido así de manera voluntaria.

**R. Flores:** Ya lo hemos hablado. Estamos finalizando la fase de apertura y la fase de apertura nos ha llevado un coste importante, como bien dice Carmen. Hemos tenido que formar a la empresa concesionaria y formar a los propios profesionales sanitarios. El coste ha sido del conjunto. Es cierto que el objetivo debería haber sido único, pero también es cierto que el pliego decía que el personal de la empresa concesionaria debería estar formado en el inicio de la actividad y no ha sido así, por ejemplo, en el manejo de los aplicativos informáticos.

**C. Martínez de Pancorbo:** Claro que eso era muy difícil salvo que procedieran de un hospital público.

**R. Flores:** Particularizando en mi hospital: lo primero que se ha hecho ha sido formar al personal sanitario y ahora, el concesionario está gastando sus recursos en formar a su gente. Es evolución propia del crecimiento del hospital. Es lógico.

**C. Martínez de Pancorbo:** En la primera fase, que es la que estamos evaluando, hemos tenido un coste importante. Coste que hubiéramos tenido, no sé si más o menos, pero también en formar a la gente nueva, salvo que hubieran procedido de un proceso de reordenación, como ha sido el caso del personal sanitario.

Ahora bien, lógicamente este personal tiene que participar en los procesos y en los objetivos del personal, así que es inevitable que el hospital participe en su formación.

**J. M. Vivar:** Pero ¿si los hospitales hubieran seguido el modelo tradicional hubiera ocurrido lo mismo?

**C. Martínez de Pancorbo:** Hubiésemos tenido que dar formación en todo



Carmen Martínez de Pancorbo

lo nuevo, por ejemplo en las herramientas informáticas que implica pasar de la historia clínica en papel a la electrónica. Pero una cosa es formar en lo que son las herramientas informáticas y otra cosa es formar en el modelo de funcionamiento sanitario. ¡Son dos cosas muy distintas!

Hay que decir a las personas que trabajar en un mostrador en un centro sanitario que no es lo mismo que trabajar en una gran superficie y hay que explicarle cuáles son los objetivos del sistema sanitario público. La formación es algo más que enseñar a utilizar una herramienta informática, es infundir una cultura organizativa. Ese trabajo lo hemos hecho entre la sociedad concesionaria y el hospital, porque lo hemos considerado estratégico. Porque las personas, pague quien pague, trabajan incorporadas a unos equipos asistenciales y se tienen que implicar con el equipo asistencial. No queda otra.

Pero también es toda una oportunidad. Somos un hospital nuevo que necesita diseñar procedimientos y protocolos de actuación nuevos al proceder los profesionales sanitarios de culturas organizativas también diferentes.

**L. Carretero:** En Madrid hay una experiencia importante, están funcionando varios hospitales en concesión administrativa. Otras Comunidades estamos apostando también por los modelos de colaboración público-privada y estamos convencidos de que vamos por buen camino, pero ¿qué recomendaciones haríais a las Comunidades que están empezando o a esta misma para sus nuevos proyectos, para que el modelo funcionara mejor?

**Á. González:** Yo creo que habría que gastar más tiempo previo. Llámale diálogo competitivo o ponle la etiqueta que más te guste. Es la experiencia de otros países, la de invertir en un tiempo

previo para definir. El modelo irlandés que la Administración plantea: "¿Qué les parece las ideas que tengo para hacer esto...? Si empezamos el diálogo así, es fácil que el modelo funcione mejor, porque los desacuerdos razonables son mínimos, ni en precios, ni en cobertura de servicios...

Con la misma filosofía el modelo debe ser revisable en el tiempo. Yo sigo apostando por el modelo, creo que no hay otro. Creo que tenemos una capacidad de financiación y de gestión que favorece a la Administración y creo que en la gestión de servicios podemos ser más eficientes que en el modelo tradicional. También creo que es necesario que el modelo tenga... llamémosle *benchmarking* cada cinco años y que algo que hemos señalado como positivo, el modelo de evaluación, siga desarrollándose como herramienta de mejora que ayude a todos.

**R. Flores:** Al modelo hay que darle tiempo. Es un modelo que tiene 18 meses, es un neonato que todavía tiene que crecer. No es el momento para empezar a valorarlo, si no para modelarlo, para modelar lo que estamos haciendo. Y para los que van a empezar esta vía, creo que el mejor consejo sería el dar más participación a los profesionales y más tiempo para desarrollarlo y ponerlo en marcha. Las prisas sólo para los malos toreros.

La evaluación hasta ahora es buena. Hay que mejorar los indicadores con los que estamos trabajando.

**E. Sánchez-Capuchino:** Ya lo he dicho antes, yo soy menos optimista que los demás. Creo que esto no va bien y que el 2010 va a ser un año en el que se va a ver. Hay varias concesionarias que no van a aguantar el tirón. Ojala me equivoque, pero la actividad sigue subiendo y no veo a la Administración con ganas de ayudar. La última es la creación



de un área única en la Comunidad de Madrid y nos piden hacer un call center... Algunos dijimos: ¡Mira qué bien, nos van a quitar la admisión de los hospitales y esos recursos los podremos utilizar en otra actividad e irán mejor las cosas! Pues no, quieren que el *call center* lo pongamos nosotros...

---

*Creo que esto no va bien y que el 2010 va a ser un año en el que se va a ver. Hay varias concesionarias que no van a aguantar el tirón.*

Enrique Sánchez-Capuchino

---

Ha llegado el momento de sentarse a evaluar todos estos modelos de una manera constructiva, llevamos años con proyectos en colaboración público-privada, hay experiencias en muchas países para sacar conclusiones y definir claramente lo que se quiere con la colaboración, porque la sensación que tenemos las Concesionarias es estar colaborando en nada.

**C. Martínez de Pancorbo:** Creo que el modelo que en otros sectores funciona bien, debería tener en cuenta el gran dinamismo del sector sanitario, y aportar una mayor flexibilidad.

---

*Creo que el modelo que en otros sectores funciona bien, debería tener en cuenta el gran dinamismo del sector sanitario y aportar una mayor flexibilidad.*

Carmen Martínez de Pancorbo

---

Nosotros ahora necesitamos modelar el hospital, no sólo en la organización sino en la estructura y esa modelación cuesta hacerla porque el sistema es rígido.

**E. Sánchez-Capuchino:** En el pliego se contempla la opción del reequilibrio económico. Tu puedes solicitar a la empresa concesionaria esa modelación,

los precios están establecidos y tu lo puedes pagar al contado, lo puedes llevar al reequilibrio económico (aumentando el canon), al reequilibrio temporal (ampliando el periodo de concesión) e incluso lo puedes llevar a situaciones mixtas... el problema al final es el dinero.

**C. Martínez de Pancorbo:** También hay un concepto muy importante que es el famoso "riesgo y ventura". Pero de alguna manera hay que buscar soluciones para no generar una parálisis que nos perjudique a todos y que abra un inicio de desconfianza para nada aconsejable. También es verdad que nos ha pillado una situación de crisis económica y financiera que no está facilitando el desarrollo del modelo.

**P. Galdós:** A mi me ha resultado enormemente interesante oírlos. Respecto a la relación público-privado en salud, yo creía que el sistema público era prácticamente universal, pero la realidad es que entre el 20 y el 25% de la inversión es privada. Y en ese tipo de inversión o de competencia entre privada y pública llevamos las de perder siempre. Los formadores somos nosotros y muchas veces acabamos siendo el último receptor del enfermo cuando la enfermedad no va bien.

Este sistema público para la atención del enfermo, y privado para el mantenimiento del hospital y otros servicios, me parece más atractivo. Puede incorporar mayor eficiencia en un sistema que no es estático. Que no se dude que el sistema sanitario es dinámico, que nos movemos y somos suficientemente receptivos y dispuestos a trabajar. El asunto es demostrarlo. Y el demostrarlo tampoco es nada ofensivo. Los médicos deberíamos tener un agencia de evaluación como la NICE británica para ayudarnos, mejorar el sistema. Y las concesionarias deben demostrar por medio de indicadores

su eficiencia y menor tiempo de respuesta. Los médicos necesitamos ese apoyo para atender a los enfermos, hoy dudoso.

Con respecto a la flexibilidad... Es un tema que tiene mucho interés para nosotros en Medicina Intensiva. Flexibilidad no supone cubrir muchos puestos con pocas personas. Por ejemplo, con seguridad se necesita un celador presente en la UCI. Y ahí no hay flexibilidad, no se puede compartir con otro Servicio para que la mitad de los días no dispongas de él. Todo este tipo de cuestiones muestra la necesidad de ponernos a hablar y poner las cartas boca arriba. Sí, porque no nos hemos enterado de cual es el sistema. Los nuevos hospitales se pagan por un canon periódico, pero además tienen la explotación de determinados servicios por medio de una empresa concesionaria. Esto ha sido una rama lateral que ha salido de una principal que ha sido la construcción, pero ya que está aquí creo que es un sistema a explotar.

**E. Sánchez-Capuchino:** Dentro de lo que se paga al año hay una parte muy importante que es directamente para amortizar la construcción, los servicios no pagan la construcción

**L. Carretero:** Hemos aprendido de lo que se ha hecho hasta ahora que no se trata de un modelo de construcción de infraestructuras. El que lo enfoque como un modelo de construcción se equivoca y al final te lleva a una situación muy difícil. Para un gestor sanitario, que se construya un hospital al contado o en concesión, no es lo relevante. Sí es relevante quién va a dirigir los servicios durante treinta años. Por lo tanto, lo que sí estamos haciendo en los modelos que estamos lanzando en Baleares es centrar todo el esfuerzo en la gestión de los servicios, tanto el esfuerzo de pliego, como el esfuerzo de evaluación para elegir en la licitación.

Para nosotros la concesión es muy importante como modelo de cambio. Tenemos unas 400 personas estatutarias en Son Dureta, parecido al caso del Hospital Puerta de Hierro, que pasan en Son Espases a depender de la Concesionaria. El modelo de cambio es fundamental, queremos pasar de una gestión a la que los gerentes le dedicábamos poco tiempo, a una situación donde una empresa aporte valor y mejore los resultados en cuanto a indicadores de cada servicio.

---

***La evaluación es un valor y lo estamos extendiendo al resto del sistema.***

**Luis Carretero**

---

La segunda enseñanza que hemos aprendido es que el modelo debe ser rentable, tiene que estar en mercado. Si pretendes licitar e incentivar bajas temerarias en el concurso te vas a encontrar luego con situaciones imposibles. Así para el Hospital de Ibiza el 70% de los puntos del concurso se determinan por criterios de idoneidad de la oferta no corresponden al precio y el otro 30% está limitado también en la baja.

La cuarta enseñanza es que la evaluación es un valor y lo estamos extendiendo al resto del sistema. Lo ideal es que no haya que penalizar nunca, trabajamos para que no haya que penalizar nunca, pero cualquier fallo de disponibilidad del servicio salte inmediatamente y pueda corregirse con celeridad. Además el software para el sistema de evaluación lo estamos pagando con la concesionaria, porque también les interesa.

La quinta es la flexibilidad. Todavía no hemos abierto Son Espases, el concurso incorporaba la gestión de la biblioteca y resulta que ya no hay biblioteca, porque las revistas son electrónicas. Ya estamos renegociando quitar ese servi-

cio y cambiarlo por otra cosa. Otro ejemplo, el Archivo de Historias Clínicas que tenía Son Dureta cuando se licitó no tiene nada que ver con el que se necesitará en Son Espases con historia electrónica. Sería una locura que nos planteáramos mantener el pliego al cien por cien. Sería malo para la concesionaria y malo para nosotros. El mismo modelo te permite manteniendo los parámetros de rentabilidad de la oferta, reequilibrar para que mejore el servicio y se mantenga el equilibrio de la concesión.

La sexta es que para nosotros como Comunidad Autónoma la concesión es muy importante como modelo de cambio. Tenemos unas 400 personas, parecido al caso del Hospital Puerta de Hierro, estatutarias que pasan en Son Espases a depender de la concesionaria. El modelo de cambio es fundamental, queremos pasar de una gestión a la que los gerentes le dedicábamos poco tiempo, a una situación donde una empresa aporte valor y mejore los resultados en cuanto a indicadores de cada servicio.



Jesús Santín

**J. Santín:** Después de oírlos, las ideas que tenía me las confirmáis. Básicamente es que la criatura promete, pero hay que educarla muchísimo. Seguramente nos hemos centrado un poco en Madrid por lo ambicioso del proyecto. Somos así, un proyecto pensado en frío de poner en marcha siete nuevos hospitales con un modelo nuevo, mezclando construcción, financiación, provisión de servicios no sanitarios, todo a la vez y todo inventado de nuevo, casi es un milagro que las cosas estén funcionando y que los datos de satisfacción de los usuarios sean buenos, a parte de los desajustes que pueda haber.

---

***Si el sector público fuera capaz de construir, financiar y gestionar con mayor eficiencia, obviamente no recurriría a los demás***

Jesús Santín

---

¿Cómo se puede mejorar? Pues pensando más el modelo, diseñándolo de forma que el concesionario no esté asfixiado y tenga su justo retorno y, por otro lado, que podamos cambiar una puerta sin que tengamos que recurrir al ministro. Esto último demuestra que el modelo es muy imperfecto, porque si no es flexible no puede ser bueno. Las reglas de flexibilidad tienen que garantizar la sostenibilidad del modelo a treinta años. Si a día de hoy no somos capaces de cambiar una puerta, imaginarnos los retos dentro de quince o veinte años y los problemas que puede plantear.

Además el modelo no acaba aquí. Ya el sistema ha dado un par de pasos más. Ya se incluyen en las últimas versiones el suministro de alta tecnología y en un paso más allá también la provisión de servicios sanitarios, el modelo caritativo, que está también suficientemente explorado y con bastantes ejemplos.

En conclusión, el blanco está en movimiento, que es algo que acaba de em-

pezar pero que está claro que tiene todo el futuro por delante, porque es una gran ayuda para la Administración. La iniciativa privada es más eficiente, por eso estamos aquí, porque si fuera al revés, si el sector público fuera capaz de construir, financiar y gestionar con mayor eficiencia, obviamente no recurriría a los demás. Esto es lo que nos depara el futuro y nosotros como proveedores de alta tec-

nología tenemos que prepararnos para conjuntamente ser más eficientes, lo cual no quiere decir que el pacto, el equilibrio, no sea leal entre las partes. Ambos tienen que ganar.

A veces la Administración desde su posición poderosa tiende a desequilibrar, pero esto no puede funcionar con perfil adjudicatario, la relación debe ser de colaborador o de socio.