

Sistemas de evaluación de servicios en colaboración público-privada, una experiencia que mira al futuro



De izquierda a derecha: J. Villalobos, E. Asayag, L. Martínez, P. García, J.R. Repullo, R. García, J.M. Pastor.

Participantes:

D. Elias Esayag. Unidad Técnica de Control del SERMAS.

Dña. Lourdes Martínez. Directora de Enfermería. Hospital de Vallecas.

D. José Ramón Repullo. Profesor de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad.

D. Gonzalo Otero. Director General de la Sociedad Concesionaria Hospital Majadahonda.

D. Javier Villalobos. Director del Área de Servicios Generales. Mestesa.

Moderador: **D. Pedro García.** Director General de la Sociedad Concesionaria del Hospital del Tajo. Aranjuez.

No pudo asistir: **D. Manuel Palomino.** Dirección de Gestión y Planificación. Ib-salut.

Organizadores: **Roberto García, José Manuel Pastor, Angel J. Pérez, Pedro García, Angel González y Enrique Sánchez-Capuchino.**

Introducción

P. García: Este punto de encuentro tiene la intención de abrir el debate sobre los sistemas de evaluación de Servicios. Creo que existen ya experiencias que permiten aprender algunas lecciones sobre:

- ¿Qué deben medir los sistemas de evaluación de servicios en la colaboración público-privada?
- ¿Cuáles son las características que deben tener los sistemas de evaluación para ser considerados como tal? ¿Cómo, cuándo y por quién deben evaluarse los resultados?
- ¿Cuáles son las lecciones aprendidas de las experiencias que tenemos?
- ¿Cuál es el futuro de los sistemas de evaluación en la colaboración público-privada?

No obstante os recuerdo que estamos ante una mesa totalmente abierta en la que disponéis de plena libertad y en la

que como moderador pienso intervenir muy poco.

Si os parece y a la vista de algunos informes que últimamente se han publicado, donde es evidente que en algunos casos los sistemas no evalúan lo que dicen que tienen que evaluar, os planteo la primera de las preguntas anteriores: ¿Qué deben medir los sistemas de evaluación de servicios en la colaboración público-privada? Cuando queráis empezamos...

E. Esayag: En cualquiera de los casos, cualquiera que sea el alcance de los contratos de colaboración público-privada, en cualquiera de sus diversas modalidades, ante todo, entiendo que el contrato debe tener una aproximación basada en lo que los ingleses llaman SLA (Service Level Agreement). Lo primero que hay que tener presente que sobre todo es un contrato bajo un nivel de acuerdo de prestación de servicios, eso pasa obviamente por un consenso y comunicación entre dos partes, cosa que un contrato tradicional no necesariamente lo tiene implícito.

Es preciso la definición de unos indicadores o parámetros de funcionamiento, porque la evaluación del servicio, en lugar de ser una obligación de una parte frente a la otra, termina siendo un esquema en el que hay dos partes que necesitan colaborar

E. Esayag

Para proveer ese acuerdo es preciso la definición de unos indicadores o parámetros de funcionamiento, porque la evaluación del servicio, en lugar de ser una obligación de una parte frente a la otra, termina siendo un esquema en el que hay dos partes que necesitan colaborar. Uno necesita proveer los servicios y otro recibirlos en base a una de-



Elias Esayag

finición de objetivos medibles, precisos, transparentes y contrastables...

¿Qué se evalúa? Pues el servicio objeto del contrato. ¿A partir de qué? A partir de indicadores de calidad y disponibilidad. Esto implica que el contrato es mucho más elaborado que un contrato tradicional. La fase de planificación del contrato y sus indicadores es donde está la clave del sistema de evaluación. En el caso de la Comunidad de Madrid mide unos servicios de apoyo sanitario, en otros casos puede medir el servicio sanitario como tal, pero obviamente si eso no pasa por la definición de indicadores medibles dinámicamente, la medición es prácticamente imposible.

J.R. Repullo: Creo que ésto tiene que ver mucho con lo que ahora está tan de moda en el mundo de la teoría de las organizaciones. El último premio Nobel de economía, Oliver Williamson, que realmente ha revolucionado la teoría de la organización, ha planteado que en el fondo todo es un conjunto de contratos, es decir, las organizaciones son un conjunto de contratos; las publicas también. Por lo tanto disuelve un poco ese modelo y habla de la capacidad que se tiene para, a través de modelos contractuales, teniendo en cuenta los costes de transacción, establecer modelos organizativos eficientes para conseguir lo que se pretende.

La clave está en la capacidad de medir, la mensurabilidad. ¿En qué medida se pueden fabricar buenos indicadores que alimenten el objetivo real de la organización?

Tenemos la perspectiva de casi 20 años desde la primera reforma contractual que hubo en Europa, que fue la británica y, que en general funcionó bastante mal. El intento inicial de la reforma sanitaria era definir con claridad todos los



José Ramón Repullo

ítems que entrarían en el contrato del financiador con los proveedores. No funcionó bien porque, en primer lugar, la oferta induce demanda y se pierde el control contractual; en segundo lugar porque hay una evolución muy turbulenta desde el punto de vista del cambio tecnológico, científico... y, en tercer lugar, porque hay mucha asimetría de información, por lo tanto, el médico, como proveedor tiene mucha más información que el cliente, pero también que el financiador.

El auge de los modelos capitativos, de financiación capitativa ajustada, es en el fondo el resultado del fracaso del contrato por ítems de servicio; por falta de información, simetría... e ignorancia

José Ramón Repullo

En esas condiciones, el sistema británico y otros, como los sistemas privados tipo Kaiser permanente, se han volcado hacia un modelo más capitativo. El auge de los modelos capitativos, de financiación capitativa ajustada es en el fondo el resultado del fracaso del

contrato por ítems de servicio; por falta de información, simetría... e ignorancia.

La pregunta es ¿Ocurre esto también para la parte de concierto de lo residencial o no asistencial o no clínico? ¿Se puede hacer un contrato detallado hasta el punto de poner doscientos noventa y tantos indicadores en niveles de servicios?... Creo que esta es la gran pregunta y dejo simplemente abierto el interrogante... ¿Está funcionando? ¿No nos pasará como a esa orquesta del Titanic, que estaba intentado el virtuosismo en su última pieza musical, mientras que el barco se estaba hundiendo? Es bastante posible que fijándonos en detalles del cumplimiento contractual, estemos olvidando la pintura general de cómo está avanzando el conjunto de la institución, cuyo objetivo no es tener bien los jardines o la gente bien alimentada, sino fundamentalmente dar buenos servicios clínicos. Por lo tanto, esta sería un poco la paradoja en la que podíamos estar entrando.

G. Otero: Contestando un poco a la primera pregunta y haciendo referencias también a lo que apuntaba Elías, creo que en primer lugar hay que evaluar lo que se contrata. En principio, los indicadores como tal referencia, como sistema de evaluación, a mi modo de entender es un apéndice de lo que se contrata, osea, la esencia de lo que se contrata, no sé si es la misma referencia que hace José Ramón al barco. La esencia de lo que se contrata y cómo se contrata es lo que igual no está tan bien visualizada en estos indicadores que se controlan.

La esencia de lo que se contrata es lo que menos se examina, es lo que menos se evalúa. Deberíamos examinar, revisar, no tanto los indicadores como tal sino cuáles son los términos de la contratación y que es lo que se contrata. ¿Cuál es el esquema de contrata-

ción y que es lo que se pretende? A estas preguntas creo que no responden los indicadores y creo, que si hay que evaluar, habría que empezar por centrarnos y a lo mejor ver que los términos de contratación, realmente, dan el resultado esperado, pero no es lo que apetece que dé, quiero decir, existe una determinada disfunción entre lo que realmente se contrata y lo que después aparece como objetivo a conseguir. Para mi esa es la cuestión.

J. Villalobos: En mi opinión, al final no deja de ser como cualquier relación entre cliente y proveedor, que aquí tiene unos considerandos específicos por el tipo de contratación publico-privada. Lo que tiene que valorarse es si el servicio que esta proporcionando

Lo más importante que tienen todos los sistemas de evaluación de proveedores, es que tienen que ayudar a mejorar la calidad del producto del cliente, ahí es donde principalmente van a tener que evolucionar

Javier Villalobos



Javier Villalobos



Lourdes Martínez

el proveedor cumple con las necesidades del cliente, si es conforme a los requisitos contratados y debe identificar mejoras potenciales. Por supuesto tiene que hacerse de forma continúa, tienen que existir penalizaciones, tiene que existir la forma de transferir el riesgo,... pero más que por el hecho de penalizar, por posibilitar el interés del prestatario en producir mejoras que sean más eficaces y más eficientes. Pero lo más importante, que tienen todos los sistemas de evaluación de proveedores, es que tienen que ayudar a mejorar la calidad del producto del cliente, ahí es donde principalmente van a tener que evolucionar. Respondiendo a lo que decía José Ramón, creo que sí se pueden medir y tenemos que ver también como se hace en el entorno, en la industria,... en definitiva no dejan de ser servicios que ya estaban subcontratados por la Administración en la organización tradicional, lo que pasa es que en esos casos no se mide.

L. Martínez: Aprovechando la convocatoria de este punto de encuentro, he estado hablando y trabajando un poco

para conocer como lo entiende el resto del colectivo al que yo dirijo. La primera conclusión es que debemos tener muy presente el mismo objetivo, tanto de lo público como de lo privado, que es el paciente como centro del sistema, pero también el personal como eje del mismo y la aportación del modelo a la excelencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

Debemos tener muy presente el mismo objetivo que es el paciente como centro del sistema, pero también el personal como eje del mismo y la aportación del modelo a la excelencia y sostenibilidad del sistema sanitario

Lourdes Martínez

Por otra parte, creíamos que para medir la gestión conjunta sería conveniente identificar unos procesos comunes en los que intervienen ambas partes, protocolizarlos conjuntamente y, sobre todo, evaluar los indicadores de procesos y resultados, añadiendo indicadores comunes en los cuadros de mando, como es la calidad percibida de los pacientes y los factores económicos. Por ahora no nos hemos puesto en ese mismo objetivo común, vamos avanzando poquito a poquito, pero indudablemente esto lo tenemos que tener muy claro.

E. Esayag: Discrepo con que sea imposible medir, creo que sí es posible medir, ¿con más o menos indicadores?. Coincido en que pueden ser indicadores más compactos por servicios, pero indudablemente aquello que no se mide no se conoce. Si entendemos que este es un modelo de colaboración por transferencia de riesgo, de transferencia operativa, quien la tutela debe ser en todos los casos la administración. Y para ello tiene que tener herramientas para controlar la gestión propiedad de otros, de la concesión. Si no hay indicadores, no hay ni siquiera una aproxima-

ción de conocimiento, aunque sea fallida, de qué es lo que está ocurriendo con los contratos de servicios.

Yo creo que el alcance es muy claro sobre los servicios que debe prestar la concesión, que los indicadores sean excesivos y de acuerdo a ese alcance, es posible, pero entiendo que los indicadores son un desglose, una variante, otra dimensión de lo que el alcance en sus términos más generales se entiende como parte del contrato. De manera que si no hay indicadores todo se va "al traste". Obviamente de esta primera etapa podemos sacar algunas lecciones aprendidas, que pueden generar una mejor práctica para posibles futuros contratos, está claro que la mayor definición, la mejor configuración de los indicadores puede traer como consecuencia posterior que la prestación y la operación de los servicios sea mucho más fácil.

G. Otero: Yo lo que observo aquí es un nivel de partida totalmente distinto. Lourdes señala muy bien que tenemos que evaluar cual es el resultado de la acción conjunta. Yo pregunto: ¿Quién ha contratado una acción conjunta? Porque según lo que dice Elías parece que nos han contratado servicios. ¿Quién me ha contratado a mí servicios? ¿De que estamos hablando realmente? ¿De una colaboración público-privada? ¿De un contrato de aportación de un trabajo en común? ¿De un contrato de servicios y obviamos todo el resto de lo que es una colaboración público-privada? ¿Está definido? Estas premisas ahora son las que ahora mismo están a falta de definir y acepto una colaboración público-privada, pero esa colaboración entra fundamentalmente en un término que se da por supuesto, pero que no es así, es la financiación. ¿Es buena la financiación que ofrecen las Conce-



De iz a der: R. García, J.M. Pastor, G.Otero, L. Martínez

sionarias a la Administración? ¿Es buena la construcción? ¿Es bueno el diseño de la construcción y el esquema de explotación de esa obra? Porque ahí hay muchas cuestiones que plantear, parece que la financiación de la construcción como se da en el periodo de cabeza ahí se acaba y se da por su puesto que ya está. Y ese diseño de los servicios que luego vamos a evaluar con indicadores, pero ¿está bien hecho? Los servicios que nos piden ¿no están definidos con un carácter demasiado tradicional como para que después se nos exija innovación? ¿De qué hablamos?

P. García: Yo me atrevería a lanzar una pregunta como moderador. ¿Qué debemos evaluar del modelo, el contrato o el cumplimiento? Lourdes plantea el paciente. Aparece ahí la palabra paciente y sin embargo durante los 10 minutos anteriores no se ha hablado de él, ha sido del contrato. ¿Qué vamos a valorar colaboración o subcontratación? Porque como tu bien has dicho este modelo es viejo, se han subcontratado los servicios de siempre. ¿Qué vamos a evaluar?



Pedro García

Es un poco lo que José Ramón decía: ¿Qué tenemos que evaluar, si la orquesta toca bien o que se está hundiendo el barco?

¿Qué vamos a valorar colaboración o subcontratación?

Porque se han subcontratado los servicios de siempre

Pedro García

R. García: Cuando arrancó el plan de los Hospitales de Madrid, recuerdo que hubo unas jornadas organizadas, antes de salir el pliego del hospital de Majadahonda, que generaron mucha expectación. Una de las cuestiones que se debatieron (aunque después con las oferta y adjudicaciones todo el mundo la olvidó) fue: ¿Por qué se eligió un contrato de concesión de obra pública para regular esta previsión de servicios?

Había informes de empresas consultoras reconocidas que cuestionaban que esto fuera una forma adecuada para este tipo de servicios. ¿Por qué? Porque la concesión de obra pública no se entiende, si los servicios que se dan en concesión no son los fundamentales para esa infraestructura. Está claro que en este caso se trata de servicios complementarios. Sin embargo se elige esta fórmula porque es cómoda, la ley de concesiones era un marco estable, conocido y que funciona en muchos otros sectores (carreteras, tranvías, etc.).

Creo que hay un problema en la elección de ese modelo contractual. La concesión funciona muy bien para una autopista, porque al final el concesionario es el explotador y el que pone el pavimento, lo mantiene y esa actividad se puede medir muy bien. Aquí es distinto, el concesionario es una parte del proceso asistencial, ni siquiera la más importante.

J.M. Pastor: No creo que sea un problema de modalidad de contrato, lo que pasa que este modelo se ha testado en ámbitos en los que la prestación del servicio era mucho más concreta y medible. ¿Cuál es el problema que entiendo que hay aquí y que ha salido recurrentemente en los puntos de encuentro que hemos tenido?: La definición actividad/servicio que debe prestar la concesionaria.

Javier antes hablaba de evaluación de proveedores... Ahí está claro, lo que pones encima de la mesa son unos parámetros y los comparas con los facilitados por el proveedor. Aquí muchos servicios que se están evaluando a través del SIGI u otras sistemas no son comparables con los servicios de otros hospitales de corte tradicional.

J.R. Repullo: Yo creo que lo que plantea Roberto nos pone en la pista, es decir, se supone que esto tiene su historia. La historia es que en un momento determinado, Madrid necesita abrir hospitales en una legislatura y le interesa especialmente la obra pública y, por lo tanto, esta iniciativa le permite cortar la cinta, sin incurrir en endeudamiento en un tiempo políticamente activo. La mayor parte de las prisas tiene que ver con esto y, por lo tanto, la mayor parte de la atención, el foco de la atención, se dedica a la parte más visible. Hay gente que apuesta por añadir una racionalidad sobrevenida poniendo mecanismos de control de la segunda parte, de la gestión de la explotación.

La gestión de la explotación proviene de sistemas mucho más sencillos, que plantean lo que es "tu inversión te la mantengo y te la entrego dentro de 30 años tal y como te la entregué", pero imaginarnos si nos entregan cualquier hospital como estaba hace 30 años. En cambio una carretera te la puede entregar como hace 30

años. Este es el problema, estamos en el sector más dinámico de la economía social, fijaros en la complejidad de un hospital y estamos a las puertas de una revolución en la arquitectura y diseño funcional de los hospitales... ¿Lo resolvemos pedaleando más fuerte?, haciendo más indicadores, mejorando las cláusulas... tengo dudas.

El problema está en el concepto, que se nos va un poco de las manos. Si queremos evaluar el modelo de gestión de la parte residencial y no clínica posiblemente la pregunta más correcta sería ¿se gestiona mejor contratando a uno que contrate a trece o contratando directamente a los trece? Es un problema de modalidad de externalización.

La otra pregunta es ¿en qué medida una producción tan compleja como es la hospitalaria, puede establecerse con un modelo bicefálico de dos entidades con dimensión patrimonial distinta, sin que haya mecanismos rápidos de ajuste de todo lo que no puede aparecer en los contratos? Por lo tanto es posible que este modelo requiriera dinámicas de ajuste local mucho más ágiles en precios, cantidades y calidades. Posiblemente esa fuera la mejor opción, la opción natural de evolución del modelo, siempre y cuando el financiador no intentara transferir riesgos excesivos.

Y una última cosa, el problema de los indicadores es importante, hay cosas, muchas que se pueden medir. Pero no necesariamente los indicadores deben alimentar un sistema determinista, lineal, de fiscalización. Eso puede estar muy bien, pero imaginemos un supuesto: Tenemos un indicador ideal de limpieza, pero resulta que nos están faltando limpiadoras todos los días... ¿Tenemos indicadores que controlan efectivamente el nivel de

cumplimiento en términos de estructura, proceso y resultados?

L. Martínez: Esa prestación de servicios empieza en la puerta de entrada de un hospital en la que ya te encuentras con un administrativo, que es el que recibe primero al paciente. No sé si es que no se ha evaluado o no se ha estudiado esa prestación de servicios que se está dando, es decir, se atiende a un coste económico y de ahí no se puede salir. Nosotros, en el hospital hemos ido evolucionando poco a poco, pero esa parte es fundamental, puesto que tiene un abanico amplio como es desde los administrativos, tigas, limpieza, hostelería, toda la parte de logística,... y se nos viene abajo por una interpretación estricta e incluso restrictiva del contrato. Ese es el recorrido que estamos teniendo día a día.

Creíamos que desde la parte privada íbamos a tener grandes cambios, pero están haciendo una réplica de los hospitales antiguos. Si hubiésemos hecho una contratación de servicios, di gamos tipo Corte Inglés, seguro que habríamos visto una gran mejoría en la parte privada, pero ha sido una réplica de lo que ya teníamos antes.

P. García: Parece que el problema de evaluar empieza a fallar porque todavía no hemos sido capaces de definir, primero qué queremos evaluar, segundo, cómo lo queremos evaluar y tercero, quién lo tiene que evaluar. Es decir, teóricamente tenemos indicadores que miden cosas, pero que no son las que evalúan el sistema... de forma que podemos llegar incluso a decir: ¡que bien se cumple el contrato! y sin embargo (o desde la otra parte) estar en una situación crítica.

Sigo insistiendo qué queremos evaluar y cómo lo tenemos que evaluar. Y un comentario, pido que cuando se hable de externalización sea de conceptos

externalizables y cuando se hable de subcontratación sea de conceptos contratados. Este modelo de externalización no tiene absolutamente nada, este es un modelo de subcontratación. Externalizar es una cosa y subcontratar otra.

G. Otero: Otra cuestión por no repetir lo anterior, con independencia de que no estoy para nada de acuerdo ni con Roberto ni con José Ramón sobre que este modelo o este contrato sirve para lo que sirve. Y fundamentalmente sirve para gestionar infraestructuras, no sirve para gestionar servicios principales. A partir de ahí debiéramos dejarnos de definir si es externalización o subcontratación... es un contrato a riesgo y ventura y por lo tanto a mi me tiene que decir el cauce para el retorno de la inversión y dejarme innovar. Yo hablaría más bien de exteriorización. ¿Por qué me obliga el contrato a tener la cocina en el hospital? ¿Por qué me obliga el contrato a tener la central de esterilización en el hospital? ¿Por qué me obliga a tener almacén en el hospital? ¿Por qué el contrato no recoge todos los aspectos de la infraestructura como la gestión energé-



Gonzalo Otero

tica? ¿Por qué no me deja hacer eso flexible, entre otras cosas? ¿Por qué en el contrato yo no puedo comprar sábanas? ¿Por qué el contrato no es realmente a riesgo y ventura? A mí no me dan el timón del barco en el sentido real de contratación... Yo le doy la prestación de servicios y se los doy tan próximos a usted como me deje definirlos. Es decir, si usted quiere que haya una colaboración con un cliente tan importante como los pacientes.

Es un contrato a riesgo y ventura y por lo tanto a mí me tiene que decir el cauce para el retorno de la inversión y dejarme innovar

Gonzalo Otero

J. Villalobos: Viéndolo desde fuera veo que se ha trabajado mucho y bien para lanzarlo y ahora lo que hay que hacer es mejorarlo. Los modelos serán buenos si cumplen con los objetivos y no serán buenos si no cumplen, pero eso depende de todos los actores que participan en el modelo.

¿Qué se ha hecho mal? Quisiera ser positivo... porque es un modelo nuevo, cuesta... y está funcionando... Pero sí que parece que todo está muy pensado en base a la cultura tradicional, que es de dotación, no de servicio.

El servicio hay que medirlo con indicadores que miden el resultado. Los indicadores salen de los registros de las variables de los puntos críticos del servicio, que prestas para tu cliente. El ejemplo del call-center es típico. Se pueden contratar telefonistas o se puede contratar un servicio que se evalúe en función de cuatro o cinco parámetros: tiempo de respuesta, rechazos, etc.

P. García: Siempre volvemos a lo mismo, tu pones un ejemplo, el call center... y lo evaluamos por el tiempo que se tar-

de en contestar una llamada... pero si yo cojo la llamada en dos segundos, nos piden una cita y le tengo que contestar que las agendas no están abiertas o que no hay disciplinas de agendas... ¿Estamos evaluando bien el sistema? La prestación hay que evaluarla en cada parte y en su conjunto.

J.R. Repullo: Ya lo dijo Barea en la comisión de la Asamblea de Madrid, parece que conceptualmente hay dos ámbitos, uno es la obra y el otro es la explotación. En todo caso, el debate de la obra podríamos hacerlo por separado, pero en el debate de la explotación... ahí sí estoy muy de acuerdo, si tiene algún sentido esta innovación, es para que se produzca un cambio de control de medios a control de resultados o de servicios y en medio, es donde se tiene que establecer todo este proceso. ¿Por qué no se ha dado? Pues posiblemente por una dificultad de gestionar tan rápidamente las reglas del juego y una vez que se han establecido las reglas del juego se han cristalizado. Lo que me preocupa es: ¿en qué medida, una concesionaria que contrata servicio es capaz de crear un nuevo valor añadido que no conocíamos en el sistema y difundirlo a otros puntos de la red?, porque si no es así el viejo modelo acaba inundando al nuevo. El problema es, cómo hacemos para que la innovación tenga lugar y cómo hacemos para que sea generalizable... yo diría que no estamos todavía en un camino muy prometedor ni para una cosa, ni para la otra.

J. Villalobos: Pues este modelo se está imponiendo en todas las comunidades y debe compararse entre sí, con el modelo tradicional y con otras modalidades de concesión. Lo cierto es que si no es así no habría nuevos hospitales y lo cierto es que la Administración, si mide, puede tener información muy valiosa para orientar y orientarse en la eficiencia, en la calidad y en la innovación.

E. Esayag: Volviendo a la pregunta de qué miden los sistemas de evaluación, creo que son dos variantes de un mismo tema. En primer lugar tiene que medir los servicios (entiéndase el contrato), que son los que impactan sobre el paciente, porque si no esto no tendría sentido y, en segundo lugar, tiene que medir el modelo, el modelo a efectos estratégicos para determinar si esto es viable, si es más eficaz y eficiente que el modelo tradicional. Se habla de lo mismo pero son dos dimensiones, las dos son necesarias y hay que medirlas para identificar los puntos de mejora. Sé que Pedro no comparte esta opinión pero esto requiere un acoplaje de dos partes. Hay contratos que ya tienen recogida la necesidad de actuaciones conjuntas para revisar periódicamente el contrato, a través de benchmarking, a través de cláusulas de progreso u otros mecanismos de regulación del cambio, etc.

L. Martínez: En esas dos opciones que dices ¿se incluye la responsabilidad de ambos al mismo proceso?, es decir, cuando hay algo, algún problema en el hospital, ¿la responsabilidad la tenemos sólo lo público? En otras palabras, hay veces que creo que no llegan a ver el alcance de la responsabilidad o la trascendencia que tiene la no prestación de un servicio. Evidentemente hay dos empresas, dos gestores, pero los dos tienen la misma responsabilidad. Creo que falta ese matiz.

P. García: De cara al futuro, ¿qué cuestiones se deberían evaluar para intentar que después de todos los intentos, finalmente al cabo de un tiempo el sistema de evaluación pudiera dar una respuesta a todas esas preguntas que han aparecido... Parece como si el gran riesgo es que el sistema de evaluación, al cabo del tiempo, genere una información distinta de la que se necesita.

G. Otero: En cuanto a lo que ha dicho Lourdes, la responsabilidad a través de la traslación de riesgos es la que también se fija. Creo que estos contratos el riesgo sobre el tema asistencial en todos sus aspectos se lo que queda la parte pública, no la privada. ¿Qué la podía haber? Pues escríbase y valórese.

Yo diría que deberían establecerse dos sistemas de evaluación: Uno para evaluar el contrato por los términos del contrato, ara lo cual sirven los indicadores que hemos pactado y otro debería dirigirse a la detección de áreas de mejora y la repercusión que esto tendría. Evaluemos esto y evaluémoslo conjuntamente, porque si no lo único que hacemos es separar más a las partes.

L. Martínez: Los sistemas de evaluación debieran tener indicadores para medir tanto la eficiencia como la actividad, pero también de otros intangibles que debiera aportar el modelo, como son: la agilidad y flexibilidad para adaptarse a la presión asistencial o la incorporación de I+D+I.

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 propias empresas públicas, por lo tanto creemos que debe ser consensuado, que debe ser sencillo, que debe ser expuesto por ambas partes, con un comité formado por ambas partes y liderado por la Gerencia.

E. Esayag: En ese sentido, yo sí creo que la actividad de control se debe ejercer desde fuera del ámbito del hospital, entre otras cosas porque si no, el riesgo de perder la homogeneidad, sobre todo cuando estamos hablando de la gestión de una red, es alta (en el caso

de Madrid, siete hospitales). Si eso se hace desde dentro del hospital posiblemente, se haga muy bien para ese hospital pero no para el conjunto de una red que se está gestionando desde el mismo modelo.

R. García: El modelo de estos hospitales nuevos empieza y acaba en el hospital porque al día siguiente se ha cambiado, es decir, no hay modelo en la sanidad madrileña, ha habido una provisión de unas infraestructuras con unas coordenadas de poco tiempo, con un propósito de no consolidar deuda y eso ha cambiado a los dos años, porque el modelo actual de "bata blanca" consolida deuda.

Parece que en este sentido el orden de las cuestiones sería: ¿cuál es el modelo sanitario?, ¿cómo hacemos la provisión de este hospital y cuál es la fórmula jurídica contractual adecuada? y la más importante, sobre todo para los que ya están en marcha, ¿este modelo es flexible? ¿permite que las valoraciones que hacen los equipos de gestores públicos y privados realmente al sistema?... Mi experiencia, hasta hace tres meses que abandoné la concesionaria, es que no.

Por otra parte creo que las empresas, como las que están detrás de las concesionarias, en otras situaciones han sido capaces de hacer acciones conjuntas, de innovar o de optimizar otros procesos. Aquí parece que al igual que los hospitales cada empresa un mundo.

E. Esayag: Pero si es verdad una cosa y es que aunque sea muy puntual ha existido en hospitales elementos puntuales de mejora, de mejora de algún proceso, de mejora de comunicación entre ambas partes para proveer un servicio, es decir, los sistemas de medición, han sido capaces de identificar elementos críticos y áreas puntuales

de mejora, creo que hay continuamente intentos de mejora, y esto ya es una labor de las partes que conviven en los hospitales.

P. García: Hacemos una ronda para poder concluir. Una de las preguntas que llegamos a hacer era que tanto desde el punto de vista de la eficiencia social como desde el punto de vista el futuro ¿qué podemos hacer en el futuro? Insisto, desde el punto de vista de los modelos de evaluación.

L. Martínez: Dentro de las lecciones aprendidas yo creo que es una experiencia muy positiva. Los nuevos hospitales se construyen en tiempo record y entraron en funcionamiento en tiempo no de record sino increíble. Con respecto a lo que decías del balance de la colaboración, ahora mismo, en los datos que disponemos del CMBD demuestran que una producción superior al 20% en relación al estándar y una productividad del 14% mejor del estándar, son datos que están ahí y que yo creo que son relevantes y hay que tener en cuenta. Con respecto a la eficacia social, parte del posible desconcierto ante el desarrollo del modelo, puede venir sobre todo por la resistencia por parte de las sociedades concesionarias asumir el concepto de riesgo y ventura que en otro tipo de concesiones administrativas está muy claro y asumido.

E. Esayag: Como lección aprendida destacaría que se entienda que deben alinearse los objetivos de la colaboración, que la colaboración debe ser transversal en todo momento y que debe estar recogida y regulada de alguna forma a través de cláusulas para revisión, cláusulas para el consenso, frecuencias de cómo se hace y cuándo se hace.

J. Villalobos: Creo que además deben evolucionar para producir mejoras en

el servicio, para ello debe hacerse extensivo a todas las organizaciones que presten ese servicio, debe ser transparente y debe ser único. Me parece bien que esté centralizado, pero se debe medir, contrastar y comparar.

G. Otero: Una reflexión de principio a fin, yo creo que este modelo es bueno, muy positivo, tiene un aspecto político de gestión que está fuera de toda duda en el momento en que se hacen todos estos hospitales a esta velo-

cidad con una metodología nueva. Los resultados se puede decir que a diario son buenos y lo que se espera es que esta dinámica que se reflejó muy bien el principio en la fase de financiación y construcción, no se trasladó del todo a la fase de explotación y que este es el camino que tenemos que recorrer juntos.

P. García: Agradecer vuestra presencia y pedir disculpas si no he sabido moderar bien la mesa.