

La innovación en los servicios no sanitarios



De izquierda a derecha: P. López, G. Carrasco, M. Muñoz, F.J. Guijarro, E. Salinas, C. Leube y F. Redondo

Participantes:

Francisco Javier Guijarro Hueso. Responsable del área de logística y aprovisionamiento del SERMAS.

Gabriel Carrasco Ramos. Subdirector de Régimen Económico y Presupuestario. Área Sanitaria de Cáceres.

Dulce García Lemos. Directora de Gestión. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Alfonso de Carlos Muñoz. Gerente. GISPASA.

Pedro López Redondo. Subdirector de Infraestructuras. Hospital La Fe.

Mariano Muñoz Torrejón. Mediterránea de Catering.

Enrique Salinas. Clece.

Fernando Redondo Rodríguez. Valoriza Facilities.

Moderadora: **Cristina Leube Jiménez.** Fundación Signo.

Organizan: **José I. García Ganges Fernández de la Puente, Cristina Leube Jiménez, Ángel J. Pérez Gómez**

Transcripción: **Noelia Padrazo**



Cristina Leube

C. Leube. En este Punto de encuentro vamos a analizar las vías de innovación dentro del área no sanitaria.

Es un tema complejo pues son labores de apoyo y no el corazón del negocio sanitario, por lo que la inversión y la dedicación en cualquiera de estas áreas siempre irá detrás de las necesidades sanitarias.

A pesar de esto, se están produciendo innovaciones que afectan directamente a la reducción de costes y a las mejoras en gestión por lo que queremos que se expongan algunas a lo largo de esta reunión.

F.J. Guijarro. Me gustaría hablar desde un doble punto de vista. La visión futura de los Servicios no sanitarios: el de la Administración y el de los proveedores o prestadores de servicios.

Desde el punto de vista de la Administración y no solamente de la Comunidad de Madrid, hay que empezar a hablar de acuerdos sobre niveles de servicios o métodos que nos permitan

medir la calidad de los servicios que nos están prestando.

Durante mucho tiempo nos hemos dedicado a hacer grandes pliegos de prescripciones técnicas sobre los servicios pero no le hemos dedicado el mismo interés a medir el nivel del servicio.

Los acuerdos de nivel definidos que hay ahora mismo, son acuerdos definidos por parte de la Administración y veo necesario que se involucre el sector privado para que nos ayude a conseguir acuerdos de niveles de servicio donde ellos estén conformes y nosotros tengamos la capacidad de regular de una forma objetiva y clara cómo se está llevando a cabo esta prestación.

Como aspecto novedoso y no de innovación, en la Comunidad de Madrid, vinculados a un proyecto de nueva creación que va a ser la Gerencia de Área Única, vamos a tener la oportunidad, que podéis haber observado ya en los boletines europeos, de centralizar muchos servicios.

Actualmente nos movemos en un campo donde tenemos varios expedientes de contratación de limpieza, con 11 áreas sanitarias, y esto se va a reducir en el plazo de tres meses a un expediente administrativo donde las 11 áreas sanitarias se concentran.

De igual forma, esto va a ocurrir con servicios como seguridad y vigilancia, mantenimiento, etc.

También me gustaría destacar otra innovación que es la instauración de una plataforma logística en el sentido de la necesidad que puede tener la Administración de tener a su lado a un operador logístico como prestador de servicios en el ámbito de la Atención Primaria.

Como decía al principio, hay un doble punto de vista, por parte de la Administración y de los proveedores.

Como bien es conocido, cualquier servicio que saquemos está obligado a un proceso de licitación pública y con un soporte legal y un marco regulador que es la Ley de Contratos del Sector Público.

Nos estamos encontrando con un problema de análisis. Cuando saquemos un servicio, estamos exigiendo tanto los aspectos de solvencia económica como de solvencia técnica con una clasificación. Esto significa que las clasificaciones están reguladas por el Ministerio de Economía, están tabuladas por un tipo de servicio, en unos grupos, y luego en función del valor económico. Se pueden presentar a la licitación empresas que en el momento que tengan la clasificación y tengan facturación de 601.000 euros están capacitadas para poder llegar a prestar el servicio de un Concurso de 12 millones.

Entendemos que esta clasificación da cancha a muchísimas empresas cuan-



Francisco Javier Guijarro

do el potencial que nosotros ponemos como nivel de contratación es mucho más elevado que lo que le pueda regular la clasificación.

Desde el foro de la Comunidad de Madrid estamos evaluando clasificaciones adicionales pero parece ser que no hay soporte jurídico para exigir clasificaciones adicionales, pero si entendemos que para un volumen de hospitales como el Juan Canalejo, el Central de Asturias o La Fe no puede ser lo mismo una empresa que tenga una facturación de 600.000 euros que una empresa que factura al año volúmenes mayores.

Tenemos que ser capaces de definir un modelo que ajuste más nuestra necesidad con las empresas que tienen capacidad de prestar ese servicio

Francisco Javier Guijarro

Tenemos que ser capaces de definir un modelo que ajuste mas nuestra necesidad con las empresas que tienen capacidad de prestar ese servicio. En el caso de la limpieza estamos contratando servicios a empresas que son intensivas en mano de obra directa y lo que hacen es un soporte de personal, porque les obligamos por otra parte por ley a que se subroguen permanentemente en el personal que está prestando ese servicio. Eso nos ha dado una línea de conflicto y estamos estudiando la forma de poder subsanarlo, analizando la rentabilidad económica.

F. Redondo. Quería hacer una salvedad. Quizás una de las innovaciones en el modelo de gestión, es la cantidad de servicios que están siendo externalizados en el ámbito hospitalario, limpieza, mantenimiento... Y por tanto la oportunidad de dar soporte a los mismos por empresas auxiliares que antes no existían o bien se han

transformado para poder asumir estos nuevos servicios.

Por ejemplo la esterilización siempre ha sido un tema muy pegado al área asistencial cuando fuera de España existen grandes centrales de esterilización que surten a varios hospitales. Aquí se ha conseguido una mediana externalización en el modelo Madrid. En el tema de la logística se va mucho más allá en Madrid de lo que se está haciendo en otros hospitales. En las lavanderías, ya prácticamente no existen lavanderías dentro de los propios hospitales...

Habría que saber cuál es el límite y esto son los responsables de los SSGG de los hospitales quienes tienen que decidirlo, es decir que consideran lo asistencial, que según el modelo Madrid son médicos, enfermeras y auxiliares, y a partir de ahí si ha de externalizarse o no. Yo entiendo que el modelo de externalización es el modelo a seguir.

Se están sacando concursos para la prestación de los servicios generales hospitalarios con distintos modelos de contratación. Puede ser el modelo concesional o cualquier otro modelo mixto de servicios que agrupen uno o varios servicios en uno solo.

Como empresa prestataria de servicios animo a que esto siga siendo así. Veo que hay una oportunidad de participar en la innovación de estos con la introducción de SLA¹ en los servicios no asistenciales para que la calidad percibida y la calidad real que se está dando sea la adecuada y se pueda medir.

Ya existen esos niveles para todos los servicios no asistenciales en la Comunidad de Madrid cuyo tratamiento informatizado permite un seguimiento

de los mismos en tiempo real. Esos niveles de servicio y su implantación y control son los que al final van a marcar no el que se preste el servicio, sino si se está realizando de manera adecuada y según lo pactado.

G. Carrasco. Siempre estamos hablando de externalización como si fuese la panacea. Yo me hago una pregunta: ¿Es rentable económica y socialmente externalizar?

Por mucha calidad de servicios que pongamos, hay un tema que por experiencia, cuando una empresa incumple un servicio externalizado, la rescisión de contrato es de más de un año con lo que estamos durante un año con una empresa que incumple manifiestamente.

¿Es rentable económica y socialmente externalizar?

Gabriel Carrasco

Vamos a ver un tema importante: el personal de limpieza. Todos tendemos a compararnos con el que está al lado.



Gabriel Carrasco

¹ SLA. Service Level Agreement.

El que está al lado se ha incrementado el sueldo en un 1% durante este año limpieza, como está indexado al IPC más dos puntos, un 3%, de aquí a siete años el trabajador privado de limpieza cobra lo mismo que un funcionario con esa categoría, el absentismo de limpieza es de un 16%, el mío un 17, similar, yo estoy pagando el IVA, la Seguridad Social... Con lo cual yo la pregunta que lanzo no es sobre innovación sino ¿Realmente es rentable externalizar?

Todo se externaliza y se obtiene un beneficio inicialmente, pero después de tres años ese personal se compara con sus convecinos que son funcionarios y tiende a hacer lo mismo que los funcionarios, por lo que tienen un absentismo laboral similar al que tengo yo. Por lo cual y sin discutir si es adecuado o no, ¿Realmente es conveniente? ¿Hay un ahorro? Independientemente de la innovación que supone.

C. Leube. Me vas a permitir intervenir. Independientemente de la externalización o no se trata de ver que sistemas de gestión, de control y de SLA se aplican independientemente de que el servicio lo gestiones tú o lo externalices.

Tratamos de ver cómo se pueden mejorar los rendimientos en un mercado absolutamente competitivo como el que tenemos ahora mismo. Está externalizado o no ¿Qué herramientas estamos utilizando ahora mismo en un entorno cambiante y de negocio para una mayor eficacia?

F.J. Guijarro. Creo que ha llegado el momento en el que tendríamos que valorar los contratos de servicio y en especial los de limpieza. Están muy definidos y tenemos un incremento de coste continuo.

G. Carrasco. Negocian Convenios Colectivos con dinero público.

F. J. Guijarro. Convenio colectivo y lo que es peor, convenio de centro. Volviendo a la innovación detallada por Fernando Redondo, el límite entre servicio sanitario y no sanitario está en la propia definición. Los servicios sanitarios se conocen. Tanto en el anillo radiológico como en el tema de laboratorio no estamos hablando de un servicio no sanitario, estamos hablando de una gestión de servicio público. La propia ley determina qué es uno y qué es otro. De hecho el laboratorio centralizado de la Comunidad de Madrid es una gestión de servicio público.

Gestiones de servicios no sanitarios, no sé de ninguno que se gestione como un servicio público, si bien hay algunas que están rozando.

F. Redondo. Era una pregunta para entender en el ámbito en el que nos movemos, el hospital, donde puede estar el límite de la externalización. Como dices la Ley ya establece los modelos de contratos para la Gestión de Servicios. De cualquier manera el tema de la limpieza es un tema muy complejo.

D. García. Mi Hospital tiene servicios externalizados y servicios que llevamos desde dentro. Por ejemplo como servicio propio tenemos la lavandería, la cocina y parte del mantenimiento.

Creo que lo primero sería hacer un análisis de eficiencia de los servicios que tienes, tanto propios como subcontratados. Creo que es un punto muy débil que tenemos los hospitales. Nosotros contratamos pero a la hora de pedirnos si tenemos un análisis sobre un coste eficiente de los servicios, la mayoría de los hospitales no lo tiene. Entonces no puedes comparar si te compensa externalizarlo o tenerlo dentro y por otra parte no te puedes comparar con otros hospitales.



Dulce García

¿Qué se deriva de esto? Cuando en una CCAA o en un Servicio de Salud se quiere centralizar la contratación de un servicio, planes de energía, de limpieza, etc es complicadísimo poner en común datos de rentabilidad o de eficiencia del servicio. Cualquier medida que se pueda tomar en los servicios no sanitarios parte de la base de que no tiene esa información que probablemente sea relevante para llevarlo adelante.

Eso es así y a nosotros nos está pasando en la Comunidad gallega. Ya hace años que hay un proyecto que es el INTEGRACOM .que se puso en marcha para hacer compras centralizadas desde los servicios Centrales. En ellas intervinimos todos los hospitales y muchos se han quedado en el camino porque no hay forma de hacer una puesta en común y una homogeneización de esos servicios. Cada uno tiene sus particularidades y muchos hospitales no tienen datos, Creo que ahí se debería trabajar muchísimo, en el control y análisis de los servicios tanto internos como externalizados, porque la toma de decisiones va a ser sesgada.

Un ejemplo, una empresa externa nos presentaba un plan integral de eficiencia energética. Es un plan que interesa pues hay una inversión que hacer y unos ahorros que obtener, pero nadie sabe de dónde partimos. Estamos un poco en el aire y hay mucho camino por hacer.

P. López. Si no tienes un histórico para hacer una proyección, si no sabes evaluar para ver si ha habido una mejora... Deberías ligar el contrato a unos resultados.

D. García. Por ejemplo el Hospital de Lugo que se acaba de construir y sin embargo el edificio ni siquiera está preparado desde el punto de vista energético. Vamos un poco a la improvisación y no nos detenemos a planificar y parece que con los años sigo viendo que no metemos la cuña donde hay que meterla.

Y termino diciendo que las áreas de gestión de los hospitales que son las indicadas para realizar estos análisis han decrecido, por lo menos en los hospitales tradicionales que son los que yo conozco. El personal destinado al control de servicios y al control de gestión se está quedando en nada. Hay una restricción de personal y se crece en las áreas asistenciales. En las áreas de apoyo, en vez de crecer, decrecemos, con lo que es imposible hacer un análisis serio de las situaciones tanto internas como externas. Es un fallo de visión por parte de los que ponen los números encima de la mesa que es economía.

M. Muñoz. Desde el punto de vista de los servicios de la restauración. Me extrañan los comentarios de la Administración en cuanto al control de costes. Hago la pregunta del millón: ¿Cuánto vale el servicio de restauración del actual Hospital Central de Asturias? , o cualquier otro Hospital



Mariano Muñoz

con el servicio de restauración de pacientes en autogestión?

A. de Carlos. No lo sé porque no lo tenemos como parte de los servicios del nuevo hospital.

M. Muñoz. Tenemos un problema en el área de restauración, que como las áreas de restauración de los hospitales no hacen ruido y nadie sabe lo que cuestan, ¿Cuánto cuestan en autogestión los servicios de restauración de los hospitales? Una barbaridad, eso es lo que cuestan.

Sin irnos más lejos de aquí, cuánto cuestan los servicios de restauración de La Paz, el Ramón y Cajal o el 12 de Octubre. Pues a bote pronto debe costar entre 30 y 40 euros la pensión completa por paciente. Eso cuesta más del doble de lo que cuesta externalizado. Lo que habría que hacer es lo que dice Dulce, hacer un análisis en profundidad de ver qué es lo que tenemos, cuanto nos cuesta...

D. García. Una cuña nada más. Hemos tenido externalizada la cocina en uno

de nuestros hospitales y fue un fracaso rotundo. Se nos dispararon los costes y tuvimos que volver a gestionarla nosotros

M. Muñoz. ¿Te puedo preguntar cuánto cuesta? Sin saber cuánto cuesta te cuesta más del doble de lo que te costaría con una externalización

D. García. No tengo el dato encima de la mesa pero te lo mando mañana mismo. Creo que para saber si es el doble tendrías que venir a analizarlo con datos concretos.

M. Muñoz. Sabiendo el coste de personal de los hospitales y la cantidad de personal que tienen no me hace falta. Nuestro mayor competidor en este negocio es la Administración. No nos hace competencia ni a nivel de calidad ni a nivel de servicio. Nos hace competencia porque históricamente es un servicio que no hace ruido, que se sigue manteniendo... ¿A qué coste? Por ejemplo, ¿Cuántos empleados tiene los Hospitales grandes, que tiene este servicio en autogestión, La Paz, el Ramón y Cajal, el Gregorio Marañón... todos ellos por encima de los 200 trabajadores, pero si extrapolo esta situación al Hospital Central de Asturias hay trescientos cincuenta.

D. García. Te voy a dar otro ejemplo más fácil que el de restauración. Las cafeterías. Las empresas adjudicatarias del servicio en el hospital firman convenios con sus trabajadores y crean una hipoteca para las siguientes. Firman unos convenios impresionantes y el siguiente tiene que asumirlos.

G. Carrasco. Y además es con dinero público.

M. Muñoz. Eso no siempre es así. Nosotros damos servicio a más de 50 hospitales y todos los trabajadores se rigen por el Convenio de Hostelería.

En la casi totalidad de los servicios externalizados de hostelería de los hospitales no ha pasado por hacer convenios de Centro de trabajo ó equiparar al personal en salarios al personal de la Administración como han hecho con las empresas de limpieza porque nosotros nos hemos hecho fuertes en ese tema. El sector de la limpieza, donde sube el IVA, además tienen un convenio propio de Centro de trabajo que yo no controlo y debería controlarse de alguna manera. Pero en nuestro negocio la Administración no es nada competitiva con nosotros, ni en costes, ni en calidad ni en la gestión de servicios.

En nuestro negocio la Administración no es nada competitiva con nosotros, ni en costes, ni en calidad ni en la gestión de servicios.

Mariano Muñoz

La pregunta es, en una situación de crisis económica ¿Por qué no analizáis otro tipo de servicios, que no sea a los externos? El sistema de restauración autogestionado es un cáncer para los hospitales

D. García. Nosotros externalizamos el servicio de restauración y fue un fracaso rotundo, aumentaron mucho los costes, bajó muchísimo la calidad de la comida que se presentaba...

Yo no estoy diciendo que los hospitales no tengan que externalizar sus servicios, ni mucho menos. Pero a veces, no siempre, lo interno es lo mejor. Un hospital como el nuestro, que tiene 40 años se ha encontrado buenos profesionales que desempeñan bien su trabajo, con un servicio estructurado. No tiene nada que ver este servicio con lo asistencial y podría ser externalizado, pero que lo están haciendo bien.

Y hay otros que a lo mejor no tendrías que tenerlo en el hospital, como nuestra lavandería. Pero está ahí y además es rentable porque se está gestionando bien

Que los servicios sean rentables, tanto si se hacen dentro como si se hacen fuera

Dulce García

No estoy en contra de la externalización. Digo que se mire que los servicios sean rentables, tanto si se hacen dentro como si se hacen fuera. Realmente en un hospital tradicional como el nuestro, tenemos mucha solera y realmente hay muy buenos profesionales. Y fuera también los hay, eso no lo niego.

P. López. Quería retomar el motivo de la reunión en cuanto a innovaciones de los Servicios Generales.

Podemos hablar de un primer bloque que trataría de las innovaciones de carácter tecnológico, que se van imponiendo y van mejorando la calidad de los servicios, como el etiquetado RFID



Pedro López

aplicado a la distribución de la comida de los pacientes de forma que se eviten errores en la asignación de dietas. Innovaciones tecnológicas que mejoran la confortabilidad y el entorno de los pacientes como aquello relacionado con el entretenimiento, en concreto las plataformas y pantallas táctiles, de uso compartido entre el paciente y los profesionales.

Por otro lado tenemos el gran caballo de batalla y lo más difícil que son las innovaciones en la gestión de los servicios. A su vez la divido en dos grandes bloques, la evaluación y medición sería uno y el otro las modalidades de contratación.

En el ámbito de la evaluación, el gran problema que tiene la sanidad pública son los sistemas de información, que van avanzando pero no con el ritmo suficiente para cubrir las necesidades que tenemos. Los servicios que aplican recursos humanos de baja cualificación son los más apropiados para la externalización, pero si después no se realiza un control efectivo, el resultado puede ser contraproducente. Es urgente e imprescindible una adecuada y eficaz medición del desempeño en los servicios que contrata la Administración y en concreto la Sanidad.

Los indicadores de la actividad sanitaria están perfectamente definidos: tenemos los GRD's e indicadores muy consolidados que se comparan entre hospitales. En los servicios no sanitarios no tenemos estas referencias. Es la gran carencia en estos momentos de los sistemas de gestión.

Otra reflexión que me parece interesante, si nos comparamos con el sistema financiero, éste consume el 20% de su presupuesto en los sistemas de información. Esto es impensable en nuestro sector y sería un capítulo importante para que permita que en un

futuro la Administración contrate con mayor eficiencia sus servicios.

En el otro gran bloque de la innovación en la gestión tendríamos las modalidades de contratación. Estas tienen que pasar necesariamente a modalidades de contratación de tipo colaboración público-privada. Se debe pasar a un contrato más flexible, donde haya feed back en ambos sentidos proveedor y Administración. Según mi experiencia, cuando esto se produce los resultados no se suman sino que son exponenciales. Ambas partes obtienen unas ventajas tremendas.

Cuando hay feed back entre el proveedor y la administración los resultados no se suman sino que son exponenciales. Ambas partes obtienen unas ventajas tremendas

Pedro López

Pongo el ejemplo de la Lavandería del Hospital La Fe, históricamente desahuciada, no se realizaban inversiones en renovar y mejorar sus equipamientos e instalaciones porque tenían malos resultados y no se le veía futuro, era como la pescadilla que se muerde la cola, carecía de credibilidad en el entorno hospitalario. La única solución que vimos fue la búsqueda de un "partner" para ayudarnos a reflotar una lavandería que requería una inversión inicial importante. La modalidad elegida fue un contrato de gestión de Servicio Público. Las claves de la contratación estaban en cómo se compartía el riesgo de la marcha del proyecto, no el riesgo y ventura que dice la Ley sino el riesgo en un sentido mucho más amplio.

Es necesario plasmar en el contrato cómo se va a compartir este riesgo, cómo se va a modular y concretamente, como los resultados se vinculan a los flujos económicos que conlleva la prestación. Todo esto no es fácil, tiene

mucho de evolución tipo prueba-error y requiere bastante flexibilidad. Actualmente, la situación ha cambiado radicalmente, nuestra lavandería abastece a grandes hospitales del área metropolitana, hospitales periféricos y la producción se ha duplicado en menos de dos años. El adjudicatario utiliza sus márgenes de mejora en los temas de contratación pues puede acudir a convenios diferentes, con mucha más flexibilidad y posibilidades que el Hospital.

Como resumen decir que nuestra gran necesidad es la implantación de sistemas de medición eficientes que nos permitan homogeneizar y comparar servicios. Sería factible un planteamiento progresivo, partiendo de un bloque de indicadores básicos pero muy consistentes que de manera continua se vayan complementando con otros nuevos de forma que la medición del servicio prestado cada vez sea más rigurosa y fiable. En todo caso, es importante que los indicadores que se indiquen en los pliegos, aunque básicos, sean aplicados con Rigor, de lo contrario la credibilidad de la Administración se verá comprometida.



Alfonso de Carlos

A. de Carlos. Como resumen en cuanto a la innovación, cuando hablábais de las herramientas que se pueden utilizar serían, el modelo de gestión, utilizar empresas que saben optimizar los servicios, la centralización de servicios y las innovaciones tecnológicas que hacen más fáciles y mejoran estos servicios.

En el tema del modelo de gestión, utilizar una herramienta de penalizaciones en los casos de incumplimiento, creo que es importante porque va a medir tiempos de respuesta y de resolución gracias al software, que efectivamente tiene que mejorarse pero creo que avanza a pasos agigantados y que se pueden personalizar, va a traer una mejora de servicio y en general en los temas de coste.

En el caso de centrales de esterilización, al ser una empresa pública podemos hacer un contrato de servicios a largo plazo, 20 años, lo que nos beneficia en el cálculo de la amortización y ahorro en costes.

Alfonso de Carlos

Hemos sacado en concurso el mantenimiento, integrando el ciclo de vida que es un tema complejo pues aunque va a ser revisado por el Hospital y por nosotros, quita el plan de inversiones y reposiciones de todos los años, limpieza, residuos, seguridad... Y luego en contratos separados haremos explotación de zonas comerciales y aparcamientos pues entendemos que llevan una gestión diferenciada. Cocina todavía no lo sacamos, tampoco archivos.

En esterilización vamos a hacer una central para el Central de Asturias y Mieres para esterilizar fuera de los hospitales. Los datos de costes que nos están dando nos dice que externalizarlo nos puede dar unos ahorros del 30%.

Un 30% de tres millones de euros que cuesta ahora el Hospital Central más el de Mieres pues es un millón de euros que te ahorras todos los años.

Vamos a valorar que tenga además ampliación para lavandería, porque son servicios adyacentes y si el movimiento de transporte es mínimo hay un ahorro que repercutirá al final en nosotros. Además valorando la posibilidad de hacer una central de microgeneración en la misma parcela porque tanto Lavandería como esterilización son productoras de vapor y altas temperaturas y yo no sé si en Europa hay ya algún caso, pero por estudios que se han hecho puede ser muy rentable tener estos tres servicios juntos. Ahora solo vamos a sacar esterilización con una mejora por si hay posibilidad futura para este tipo de ampliaciones.

El meter todos estos servicios en pliegos, es complejo. Además nosotros, a diferencia de una concesión pura, tenemos que hacer el hospital y luego decirle a otro diferente que lo mantenga, con lo que tiene que haber una recepción de una obra que no es de nadie que lo va a mantener, eso al final es complejo pero se hace.

Otro tema vital es el de la gestión energética. Hay empresas que se dedican a ofertar basándose en ahorros, con lo cual se benefician ambas partes. Tiene optimizada su ingeniería para disminuir al máximo los costes energéticos, los costes en gas, también se dan factores de compra masiva de gas con un ahorro económico que al final se puede repercutir en los hospitales.

En el Hospital de Mieres sacamos esta semana el aprovechamiento de agua de mina. Tenemos una mina de Hunosa a un kilómetro, que puede garantizar 20° de temperatura durante todo el año y vamos a usar esa agua para la cli-

matización y para el agua caliente sanitaria. La inversión mayoritaria la hace la empresa que suministra el agua caliente y tenemos un acuerdo a tres bandas entre GISPASA, el Servicio de Salud del Principado de Asturias y Hunosa. Hunosa obtiene el beneficio del ahorro del consumo.

Otros temas de innovación para el futuro: temas de WIFI, temas de robotización con el inconveniente de que el hospital tiene que estar preparado para ello, con unas anchuras etc y eso en un hospital en funcionamiento es muy difícil.

También el tema del hospital sin papeles, con los beneficios que supone para el paciente. Hay que invertir en el edificio pero luego eso redundaría en que los servicios sean más rápidos.

G. Carrasco. Permite que muestre mi asombro. Si en esterilización contando con amortizaciones de lavadoras, autoclaves etc se ahorra un 30% a lo que sumamos que estamos pagando el IVA, que estamos pagando me asombro porque están haciendo el servicio a un 50% por debajo.

Yo no sé la experiencia. Yo tengo los precios de la empresa que está haciendo la esterilización de Madrid, datos reales y creo que conté un 5% de ahorro sobre mi esterilización por lo que yo con eso no externalizo por el coste político que supone.

Estamos hablando de unos ahorros tan importantes que el siguiente paso es externalizar la dirección de gestión de las áreas. Si cada empresa tiene un valor añadido bastante más importante que lo que estamos negociando aquí, porque los hospitales lo estamos haciendo evidentemente muy mal. Consentir que un servicio, con dinero público se pueda gestionar por la mitad de lo que yo lo hago y utilizando

una expresión coloquial, hay que tener vergüenza torera e irse de aquí.

A. de Carlos. Pasar del 30% al 50% ha sido una extrapolación que yo no sé...

P. López. Una variable importante en el tema de esterilización en comparación con las cocinas, es que no se puede recolocar al personal de cocina en ningún otro servicio del hospital y al de esterilización si, ya que se trata de personal de enfermería principalmente. A veces no todo está en la rentabilidad, sino que hay otro tipo de efectos que pueden perjudicar a la organización como es un buen ambiente laboral.

A. de Carlos. Pero si por ejemplo comparamos con otro servicio análogo como puede ser mantenimiento en un hospital en concesión y otro sin concesión. Normalmente hay casi el doble de personal y lógicamente eso supone un coste.

G. Carrasco. En mi servicio de esterilización, el coste de personal puede ser

el 50%. El otro 50% son amortizaciones de maquinas etc. No es tan decisiva la mano de obra en esterilización. Se pueden evitar tiempos muertos y que ese personal realice otras funciones en ellos.

A. de Carlos. También influye que nosotros, que somos una empresa pública. hacemos un contrato a 20 años lo que nos beneficia en el cálculo de la amortización y esos periodos tan largos no los puede asumir la Administración.

E. Salinas. En la Comunidad de Madrid existe una herramienta para el control y seguimiento, que es el SIGI², sobre todo enfocada a la limpieza y que contempla tiempos de penalización y respuesta perfectamente cuantificadas.

F. Redondo. Se aplican en automático, esa es la realidad. Son deducciones sobre una mala prestación del servicio. Se aplican a todos los servicios no asistenciales.

Sobre la pregunta de Pedro sobre cómo se puede medir, ya hay herramientas. En el caso de Madrid se hizo un software específico pero tiene cabida en cualquier otro sitio.



Fernando Redondo

Creo que el SIGI es un sistema que permite en automático y acordando bien unos SLA realizar deducciones objetivas por no ejecutar bien un servicio o no efectuarlo

Fernando Redondo

Mide los niveles de calidad y la disponibilidad, entendiendo como disponibilidad también los tiempos de respuesta en zonas más o menos críticas.

Hemos colaborado junto a la Comunidad de Madrid varias concesionarias y

² SIGI. Sistema de Gestión de Incidencias.

creo que es una manera de que en automático y marcando bien unos SLA se realicen deducciones por no hacer bien un servicio o no hacerlo. Hay mil discusiones todos los meses pero la realidad es que se ha ido perfeccionando, incluso se puso otro programa por encima de este pues se entendió que en el ámbito del hospital hay muchas solicitudes de servicios que no tienen que ser penalizadas.

E. Salinas. En cuanto a innovación, en el tema de la limpieza, hemos implantado un sistema de control de presencia de manera que utilizan una pistola que indica la entrada y salida de cada área. Esta información se vuelca en un sistema informático y nos da datos actualizados de todos los empleados.

Tenemos un personal que subrogamos y que convive con el personal de limpieza de nuestra empresa. Ahí la gestión no es únicamente la del dinero público sino que es mucho más amplia

Enrique Salinas



Enrique Salinas

En cuanto a gestión, en el hospital Majadahonda tenemos un personal que subrogamos y que convive con el personal de limpieza de nuestra empresa. Ahí la gestión no es únicamente la del dinero público sino que es mucho más amplia.

G. Carrasco. ¿Cómo se mide que además de presencia da calidad en el servicio?

F. Redondo. Viene en los SLA. Está en un cuadro. Luego hay que tener en cuenta que es el cliente quien mide, no soy yo. Pero yo he aceptado previamente esas reglas del juego de mi cliente. He firmado un contrato donde acepto que mi cliente tiene la potestad de decidir si eso está limpio o no mediante unos estándares de calidad predefinidos.

F.J. Guijarro. No estamos hablando de penalizaciones según la Ley. Estamos hablando de deducciones que se hacen automáticamente en la factura de ese mes. Es un procedimiento distinto.

D. García. Sólo para que lo incluyas en lo que vas a decir. Cuando hablabas del modelo Madrid: ¿Qué pasa con la pequeña empresa?

F.J. Guijarro. Estamos inmersos en un proceso de centralización. Previamente ha habido una decisión estratégica que es sólo en el área de Primaria, centralizar las 11 áreas en una Gerencia de Área Única.

Ante esa decisión estratégica nos vimos obligados a realizar centralizadamente todo el cúmulo de servicios. Pero estamos hablando de Atención Primaria. En cada hospital de forma independiente todavía no se ha evaluado.

Si la pregunta fuera si se podría centralizar toda la limpieza del sector sanita-

rio de la Comunidad de Madrid, la respuesta es "Se podría hacer. ¿Por qué no?". Y en este caso respecto a la empresa pequeña, podrían estructurarse diferentes lotes de distintas cuantías de manera que la mediana empresa pueda ser competitiva con las "grandes empresas". No podemos ir de espaldas a potenciar una competitividad porque somos Administración Pública.

Dicho esto si me gustaría establecer una conexión entre las cosas que hemos dicho. Pedro remarcaba que tenemos que ir a dos grandes líneas: los controles y en los temas de contratación modalidades de contratos donde se vincule la colaboración público-privada.

En la actualidad se dispone de un sistema el SIGI³ que se ha hecho para controlar y medir al prestador de servicios y que no se ha hecho solo por la Administración, sino que se ha hecho con participación pública y privada. Ha habido una coparticipación y este producto ha visto la luz después de dos años de trabajo de un grupo de personas que estaban involucradas. Como resultado tenemos un modelo que establece prestación de servicios, que además tiene métodos de supervisión.

Este modelo nos obliga a tener un grupo de personas dedicado a la supervisión y análisis, Si no este modelo no tiene sentido. Nosotros si tenemos ese grupo de personas, pero porque hemos hecho esa apuesta. Tendremos que esperar un tiempo para ver la rentabilidad pero todavía es muy poco tiempo para analizar el coste eficiencia. El futuro debe ir dirigido a realizar estos análisis y para ello es necesario un grupo de personas expertas. Es la famosa UTC, unidad técnica de control, que es sólo para eso.

³ SIGI. Sistema de Gestión de Incidencias.

También creo que un diferencial que marca al sector empresarial respecto a la Administración, es la capacidad de inversión. Pero el sector público, por diferentes razones, no mantiene la capacidad de inversión a lo largo de los años, mientras el sector privado sí mantiene la capacidad de inversión y reposición periódica para seguir manteniendo esa rentabilidad.

Otro tema es el I+D+i. El sector público no lo tiene en estos servicios no asistenciales mientras que el sector privado sí por lo que obtienen rentabilidades en procesos que nosotros ni siquiera nos habíamos planteado.

D. García. En el tema de la lavandería tienes tú razón en que no hay reposición de inversión. Cuando en nuestra lavandería llegó el momento de sustituir las máquinas era una inversión muy elevada y lo tuvimos que hacer con el propio presupuesto del hospital. Eso sí, hicimos un arrendamiento a ocho años con un proveedor que también nos lleva el mantenimiento. Eso nos encarece, pero los costes están dentro del mercado y pudimos hacerlo además del esfuerzo presupuestario.

F.J. Guijarro. La inversión es potente. Yo analicé el modelo del Central de Asturias y mientras se estuvo actualizando la inversión la lavandería era muy productiva. De hecho, en época INSALUD, INSALUD tomó la decisión de hacer una lavandería centralizada en Madrid que tuviera capacidad no para todos los hospitales pero si que para por lo menos un 60% y ha sido muy rentable. De hecho hacia efecto de elemento regulador del mercado. Con un mejor funcionamiento, los precios en Madrid se bajaron de forma importante. Pasado el tiempo no se mantiene la inversión porque hay restricciones presupuestarias, pero es tan rentable como la privada.

Por último, hay experiencias que como efecto innovador en Europa, se pueden unir la lavandería como paso previo y después la esterilización. Se produce la entrega del producto totalmente en disposición de uso. Si lo uno al proceso de esterilización si puedo rentabilizar el proceso con una reducción de costes.

Creo que es un servicio que tiende a unirse con el paso del tiempo.

M. Muñoz. Históricamente y para gestionar cierto tipo de servicios la Administración emplea más mano de obra que la que utilizamos. También la diferencia de salarios va en detrimento.

G. Carrasco. A corto plazo pues en un breve plazo de tiempo el trabajador de la empresa privada reclama los mismos derechos que el de la pública.

M. Muñoz. En la restauración eso no pasa. Además de esa parte diferencial tenemos además un valor añadido. No practicamos el mismo sistema de alimentación que había antiguamente. Tenemos un problema de seguridad alimentaria. Si cocinamos para consumir en el mismo momento tenemos varios problemas, entre otros el de mantener la línea de frío, que garantiza la seguridad alimentaria.

Llevamos mucho tiempo planteándonos cómo ser eficaces y tener un valor añadido y lo más importante: como ser eficaces en medir la calidad y la prestación de los servicios. Para eso hay que cambiar el modelo actual.

Nosotros llevamos ya 10 años con algo que se llama línea fría, de una forma esporádica pero ya en los últimos tres o cuatro años hemos apostado de forma firme por este tema.

En la línea fría el proceso de seguridad alimentaria está garantizado al 100%.

Esto es obligatorio por normativa y se incumple continuamente. En línea caliente no somos capaces de ver en que niveles de garantía llega esa alimentación al paciente.

Una pregunta que nosotros nos hacemos es: ¿Una cocina es igual a un hospital? La respuesta tajante es NO, Una cocina en línea fría es igual a varios hospitales.

Estamos procurando ser eficaces y además nosotros dependemos no sólo de la opinión de la Administración, sino también del paciente. Estamos sometidos a un doble control. Si las encuestas de paciente no son favorables, ya no hace falta que la Administración lo mida. Salta la alarma.

Tenemos que ser capaces de mostrar a la Administración que somos eficaces, porque nuestro gran competidor en el negocio de la restauración es la propia Administración. Tenemos que ser capaces de convencerles de que lo que están haciendo es sensiblemente mejorable.

La Administración está obligada a entender de todo, pero zapatero a tus zapatos. El objetivo de un hospital es ser eficiente. Y nosotros ofertamos un servicio eficiente.

Uno de los problemas que teníamos era la regeneración de los alimentos en línea fría, cómo éramos capaces de regenerar los alimentos para obtener unos resultados óptimos. Eso ya está superado. Los fabricantes se pusieron manos a la obra hace tiempo y ya tenemos elementos probados con la tecnología adecuada para garantizar un nivel de calidad óptimo.

Y dicho esto, nosotros estamos luchando porque no nos queremos quedar al margen de la centralización de los servicios, queremos formar parte de ella.

G. Carrasco. Hay un tema que me preocupa. Todos hablan de la cadena de frío pero porqué sólo la han puesto cuatro o cinco hospitales a pesar de que parece que todo son ventajas.

M. Muñoz. Las mayores reclamaciones que hay es sobre la comida. Tenemos además una queja histórica, la temperatura de la comida. ¿Cómo conseguimos que la comida llegue caliente a los pacientes? Nos hemos llevado una sorpresa cuando ponemos en marcha la línea fría. La sorpresa es que la comida llegaba quemando. Es así y si puede ser.

D. García. Nosotros tenemos la cocina propia y servimos la comida desde el hospital a otros tres hospitales. Los pacientes tienen tres menús a elegir diariamente. No tenemos ninguna queja. Es más, tenemos felicitaciones.

M. Muñoz. Uno de los principales problemas que tenemos en los hospitales es tener que cocinar para consumir en

el día. Estas obligado a cocinar a la carrera. Con la cadena fría separamos el proceso de producción, respetando las normativas higiénico-sanitarias, y luego nos planteamos los sistemas de distribución. Cocinamos y de inmediato almacenamos a la temperatura adecuada. Separamos el proceso de producción del consumo, este proceso garantiza la seguridad alimentaria y la óptima calidad.

Así puedes producir cuando quieras, en turno de mañana de lunes a viernes. Eso implica menos personal, la eficacia y la seguridad alimentaria.

Almacenamos, tenemos fechas de caducidad de 4 o 5 días y sacamos los alimentos. Tenemos una variabilidad amplísima con cartas de cuatro o cinco primeros y segundos. Producimos según la oferta y la demanda que tenemos en los hospitales. Eso es el futuro.

Estamos distribuyendo y sirviendo la comida en unos carros que pueden ser de aire caliente y de termo-contacto que la comida sale de verdad caliente.



De izquierda a derecha: G. Carrasco, M. Muñoz, F.J. Guijarro, E. Salinas, C. Leube, D. García, A. de Carlos, F. Redondo y P. López,

Pensamos que la única forma de vencer a la Administración para que nos den sus hospitales es demostrar que propuesta que tenemos encima de la mesa es bueno y hay posibilidades de conseguir una serie de sinergias para cambiar el modelo y para conseguir que los pacientes aprecien las mejoras.

G. Carrasco. Si el modelo es tan bueno, los del sistema público lo cogemos, lo copiamos y lo hacemos más barato. ¿Qué haces con la plantilla de exceso que tenemos?

M. Muñoz. El punto de partida es malo pues te encuentras con plantillas muy grandes, y costes elevados, pero después se va regulando en el tiempo. Sabes por experiencia que siempre hay quejas, en un proceso de externalización, pero el tiempo juega a favor de estos procesos y se va regulando.

Tenemos un estudio de un hospital, donde partiendo de la plantilla ideal, hemos extrapolado su plantilla a varios años, para tener datos de las fechas de jubilación. En 15 años no sustituimos a nadie, ni en vacaciones, ni por otras causas. Puedes hacerte una idea de cómo se va regularizando los costes del servicio. Hay que tener en cuenta la edad media de la plantilla de los hospitales y hacer un plan como punto de partida.

D. García. Difiero de lo que dices. Yo todavía estoy resolviendo conflictos con empresas externas.

P. López. Creo que debería hacerse un análisis más en profundidad.

F. Redondo. Aparte de todas las innovaciones hay que hacer un gran esfuerzo porque las empresas de servicios tienen que implicarse un poco más. No se trata de dar mantenimiento. Se trata de dar mantenimiento y un plus más.

Este sector debería madurar todavía, primero porque se gana poco dinero, los márgenes son bajos y las empresas están para ganar dinero y segundo porque hay una competencia desleal que a veces se traduce en una mala utilización de los convenios de centro. Creo que ahí deberíamos aprender las empresas pues la competitividad se demuestra de otra manera.

Creo que para poder innovar hay que ver cómo se pueden dar a esos contratos una mayor duración. El Sector Público necesita un partner, no un contratista. La herramienta ya está en la Ley de Contratos Públicos.

F.J. Guijarro. Estáis hablando del diálogo competitivo y la colaboración público-privada, pero en la demanda energética hay una figura específica que te lo permite, pero que no es ninguna de estas dos. Me refiero al contrato Administrativo Especial.

Tenemos la costumbre de no mirar lo que hacen las otras Comunidades. Tenemos cantidad de contratos realizados que resuelven muchos problemas y, en lugar de mirar la Comunidad de al lado nos dedicamos a inventar o lo buscamos fuera.

Una concesión administrativa te permite más años de relación contractual, pues en seis, que es una prestación de servicio, no te va a permitir determinadas políticas de personal ni determinadas amortizaciones de inversiones que vamos a exigir para llevar a cabo un servicio.

F. Redondo. Esto es otra forma de innovar porque es una forma de avanzar en los servicios.

También hay poca homologación en los datos de los hospitales para estos servicios. Tendría que haber una serie de ratios que permitieran comparar y

homologar. Debería tenderse hacia ahí dado que permitiría un mejor control de costes, sobre todo en esta época de crisis. Creo que la mayoría de los hospitales saben cuales son sus costes, sobre todo para los contratos que son recurrentes.

C. Leube. Si os parece, quisiera hacer una breve ronda de conclusiones.

D. García. Los hospitales tienen controlados sus costes aunque no con un sistema homogéneo. Con los TIC's tenemos mucha información y habría que depurarla y trabajarla mejor. Tendríamos que sacar tres o cuatro indicadores sintéticos y homogéneos para poder comparar con otros hospitales. Esas TIC's también se deberían utilizar en beneficio del paciente, sobre todo en los de larga duración.

Totalmente de acuerdo con la colaboración público-privada.

A. de Carlos. A medida que vaya habiendo mas experiencias podremos intercambiarlas. A lo mejor sería bueno un registro centralizado donde conseguir todos estos pliegos. También la colaboración público privada es fundamental. También son importantes los dispositivos informáticos de control.

También el tema de la gestión energética va a ser fundamental de aquí a cinco años donde con la colaboración público privada se va a conseguir un ahorro importante.

F. Redondo. Un buen contrato de colaboración público privada a largo plazo, con unos buenos indicadores y pactados entre las partes permitirá avanzar mucho en las innovaciones pues es el sector privado quien tira de esas inversiones y es la única forma de avanzar.

P. López. Debo insistir en el tema de la medición y evaluación. El Estado de las Autonomías ha generado cierta dispersión en la gestión y deberíamos poder manejar una tabla de indicadores homogéneos. No sé a quién le puede corresponder pero se hace muy necesaria la mejora de los indicadores de actividad no sanitaria, la estandarización de la metodología con que se van a realizar las evaluaciones de los servicios para hablar todos el mismo lenguaje y podernos comparar.

G. Carrasco. Externalizamos sí o no basándonos en costes comparativos de personal porque otros datos no tenemos, ni de implantación de la tecnología, ni de eficacia, ni de ahorro.

M. Muñoz. Las privadas estamos obligadas a hacer cambios de modelo y ofrecer alternativas muy válidas a la Administración. Tenemos la obligación de generar valor añadido y sinergias para ofrecer una alta calidad.

F.J. Guijarro. Es imprescindible el papel de las TIC's, sobre todo cuando vamos a un futuro tecnológico basado en una tecnología que no sabemos hasta dónde puede llegar y que se soporta directamente en las TIC y la nanotecnología.

La segunda línea es que la Administración no debe trabajar de espaldas a los proveedores.

Por último, si queremos medir la calidad de los servicios no sanitarios, hay que estandarizar grupos de indicadores y al final compararlos en foros de encuentro. Somos sector público y tenemos que enseñar los datos.

E. Salinas. Para la innovación es vital la transparencia entre público y privado y el largo plazo.