

Monitorización y protocolización de los servicios no sanitarios en los 7 hospitales en régimen de concesión administrativa de la Comunidad de Madrid

Gil de Azcoiti B*, Aguirre Durán I***-****, Deán Guelbenzu M*****, Gómez Calderón MC°, González Mejías A**, Redondo Rodríguez F***-****, Roch Hamelin C*****,
Arrojo Martínez E***-****, Bedmar Ruiz A***-****, Escribano G*****, García Gil R*****,
García González B*, García-Moreno G*****, Guijarro Hueso J*****, Liaño Cuesta E*****,
López de Guereñu Polan G**, Martín de Diego MA**, Mozos Rodríguez F*****,
Navajas Twose R*****, Peña Sánchez-Migallón P***-****, Rovirosa Juncosa J*****,
Sáez de los Terreros S*****, Sánchez-Capuchino Guisasaola E*****, Sorribes Gil C*****,
Barazal JM*****, Jiménez Cortés MD*****, Moreno Martín J*****,
Navarro Martínez E*****.

* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

** Hospital del Sureste (Arganda)

*** Hospital Infanta Cristina (Parla)

**** Hospital del Henares (Coslada)

***** Hospital Infanta Leonor (Vallecas)

***** Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes)

***** Hospital del Tajo (Aranjuez)

***** Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

***** ISOF.

e-mail: direccion@hospitalmajadahonda.es

Resumen

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha puesto en marcha 7 hospitales utilizando el marco legal establecido en la Ley 13/2003 de 23 de mayo, Reguladora del Contrato de Concesión de Obras Públicas.

En todos estos hospitales, el contrato a 30 años implica que la construcción y la posterior gestión de todos los servicios no sanitarios corresponden a Sociedades Privadas (Concesionarias).

La Comunidad de Madrid y las Sociedades Concesionarias han elaborado los protocolos y manuales de procedimientos de los servicios no sanitarios que sirven para el desarrollo del sistema de seguimiento y control y la ejecución de penalizaciones cuando no se alcance el nivel de disponibilidad y calidad fijados, junto a las herramientas informáticas y de comunicación para dar cobertura a su implantación.



Palabras clave: Protocolos de servicios no sanitarios, Sistema de control de calidad y disponibilidad de servicios no sanitarios, Sistema de penalización.

Monitoring and creation of protocols of non medical services in the 7 hospitals in regime of administrative concession in Madrid Region (Comunidad de Madrid)

Abstract

The Regional Public Health of the Comunidad de Madrid have been started up 7 Hospitals using the legal framework of the 13/2003 law for the 23th of may, " Public Works Concessions Lease Law.

In those Hospitals, the 30 years Concessions Lease involved the construction of the hospital and the manage for the non-medical services is under a Private Company responsibilities (Concessions Companies).

Comunidad de Madrid and Concessions Companies have elaborated the Control and Evaluation Program for the non-medical services, which has the capability of translate a failure in the quality and/or availability of each Service into economic deductions to the Company who run the non-medical services of the Hospital. They also designed the software and the communication system to support the implementation of this Control and Evaluation Program.

Keywords: Protocols for the non-medical services, Control and Evaluation Program for the non-medical services, Penalties and Deductions System.

Introducción

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha puesto en marcha 7 hospitales utilizando el marco legal establecido en la Ley 13/2003, de 23 de mayo, Reguladora del Contrato de Concesión de Obras Públicas.

- Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda.
- Hospital del Sureste (Arganda).
- Hospital Infanta Cristina (Parla).
- Hospital del Henares (Coslada).

- Hospital Infanta Leonor (Vallecas).
- Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes).
- Hospital del Tajo (Aranjuez).

En todos estos hospitales, el contrato a 30 años implica que la construcción y la posterior gestión de todos los servicios no sanitarios corresponden a Sociedades Privadas (Concesionarias):

- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: Dragados, Bovis Lend Lease y Sacyr Vallehermoso.



- Hospital del Sureste (Arganda): FCC, OHL y Sociedad de Promoción y Participación Empresarial Caja Madrid.
 - Hospital Infanta Cristina (Parla): Sacyr Vallehermoso.
 - Hospital del Henares (Coslada): Sacyr Vallehermoso.
 - Hospital Infanta Leonor (Vallecas): Ploder, Begar, IDISSA, Cajamar, Vectrinsa, Arturo-Cantoblanco y Clínica Fuensanta.
 - Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes): Acciona.
 - Hospital del Tajo (Aranjuez): Constructora Hispánica, Construcciones Sánchez Domínguez-Sando e Instalaciones Inabensa.
3. Gestión de restauración.
 4. Residuos urbanos y sanitarios.
 5. Mantenimiento.
 6. Conservación de viales y jardines.
 7. Servicio integral lavandería.
 8. Servicio integral de esterilización.
 9. Desinsectación y desratización.
 10. Transporte interno/externo y gestión auxiliar.
 11. Gestión de almacenes y distribución de materiales.
 12. Gestión de personal administrativo y de recepción/información y centralita telefónica.
 13. Gestión del archivo de documentación clínica y administrativa (sólo para el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda).

Reservándose la Administración la gestión sanitaria (incluido el personal estrictamente sanitario) y el pago de las infraestructuras y de los servicios de explotación a través de un canon mensual, a partir del momento en que la Consejería declare la puesta en funcionamiento del hospital (una vez finalizada su construcción) y hasta la finalización del contrato.

En ese mismo contrato que las diferentes Sociedades Concesionarias de los Hospitales incluidos en el Plan de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad de Madrid firmaron con la Consejería de Sanidad se establecía el compromiso de elaborar los protocolos y manuales de procedimientos de cada uno de los Servicios de Explotación, antes de su entrada en funcionamiento:

1. Limpieza.
2. Servicio integral de seguridad.

Objeto

El objeto de los protocolos y manuales de procedimientos es garantizar las mejores prácticas y la calidad de los servicios de explotación, principal preocupación de ambas partes, junto a la necesidad de contar con un sistema homogéneo de seguimiento y control que garantice su cumplimiento.

De ahí la necesidad, manifestada también por la Administración, de elaborar protocolos comunes para todos los hospitales, que sin llegar al detalle im-



posible de los procedimientos concretos, afectados por la distribución física, la organización, las dimensiones, etc. de cada hospital, establezcan claramente las pautas comunes de funcionamiento y control.

Metodología

Desde junio de 2006 cada Sociedad Concesionaria ha trabajado el "protocolo básico" de determinados servicios para presentarlo al conjunto de las Sociedades.

El esquema de trabajo ha sido el siguiente:

1. Se han identificado los procesos de cada servicio (mapa de procesos) y se han documentado.
2. Se han incorporado a cada actividad los conocimientos y las técnicas que mejor resultado producen según la experiencia de las Sociedades Concesionarias que elaboran el primer borrador.
3. El protocolo básico obtenido se ha verificado con el sistema de medición de los niveles de disponibilidad y calidad requeridos por la Comunidad de Madrid, para comprobar que da respuesta a todos los requerimientos de forma satisfactoria.
 - a. El sistema de medición está formado por 295 indicadores para los Servicios de Explotación y 42 para las Explotaciones Comerciales (aparcamiento, máquinas expendedoras, cafeterías-restaurantes, TV y teléfono en habitaciones de pacientes y locales comerciales) publicados en el Pliego de Prescripciones Técnicas.
 - b. Los indicadores registran posibles fallos que puedan afectar a la disponibilidad del servicio prestado o a su calidad.

Servicio de Explotación	Calidad	Disponibilidad
01 Servicio de limpieza	11	14
02 Servicio integral de seguridad	12	16
03 Servicio de restauración	13	14
04 Residuos urbanos y sanitarios	14	11
05 Mantenimiento	15	15
06 Viales y jardines	6	15
07 Lavandería	8	7
08 Esterilización	8	9
09 Desinsectación y desratización	11	12
10 Transporte interno y gestión auxiliar	14	14
11 Almacenes y distribución	10	6
12 Servicio de gestión de personal administrativo de recepción/información y de centralita telefónica	17	4
13 Archivo de HH CC.	6	13
Total	145	150
Total general		295



- c. Cada indicador tiene asociado un tiempo de respuesta y un tiempo de corrección. Si la incidencia se confirma como fallo, o si no se cumplen los tiempos fijados, el indicador también determina la penalización económica (% sobre el canon mensual) a liquidar a la Sociedad Concesionaria.
- d. Los indicadores tienen diferentes niveles de gravedad (5 en el caso de disponibilidad y 2 en calidad) con su correspondiente escalado de penalizaciones.
4. La Concesionaria que ha elaborado el protocolo lo ha presentado al Conjunto de Sociedades y a la CAM, donde en sesiones de trabajo se han acordado las pautas comunes a seguir en la prestación de los servicios.
5. A la hora de dar forma a los protocolos también se han considerado otras obligaciones del contrato, como la implantación de la Norma ISO, que establece:
- a. El procedimiento debe redactarse una vez visualizado gráficamente, por tanto, antes de pasar a la descripción de las actuaciones a llevar a cabo, se elabora un diagrama de flujo de la secuencia de actividades.
- b. La identificación de:
- Objeto y ámbito de aplicación de la actividad.
 - Qué debe hacerse.
 - Quién debe hacerlo.
 - Cuándo, dónde y cómo debe llevarse a cabo.

- Qué materiales y equipos se van a utilizar.

Apartados que se completan con el desarrollo de los "protocolos básicos" en cada hospital y la consiguiente elaboración de los "manuales de procedimientos".

Protocolos básicos

Finalmente el protocolo básico o común tiene la siguiente forma:

1. Servicio (cualquiera de los 13 indicadores anteriormente).
2. Índice.
3. Diagrama de flujo. Sobre el diagrama se ha incorporado el índice del documento para facilitar la búsqueda de cada apartado dentro de la secuencia a realizar.
4. Título (procedimiento principal).

Cada documento finaliza por el título: 00 Situaciones Críticas del Servicio, que recoge aquellos procedimientos cuya defectuosa realización puede generar perjuicios a la actividad asistencial e incluso al propio paciente. Se ha hecho así para destacar su importancia, priorizar aún más la atención de los responsables y orientar el desarrollo posterior de los "manuales de procedimientos" en cada hospital.

5. Apartado o subtítulo (actividades)
 - A. Protocolo básico (contenido, requisitos y programa de actuación general para el título y subtítulo considerado).



- B. Resolución de incidencias (protocolo básico para solventar las incidencias que puedan producirse en este apartado, en lo que se refiere a los tiempos de respuesta como a la corrección).
- Respuesta.
 - Corrección.
- C. Procedimiento a desarrollar por el hospital (incorpora sólo las pautas comunes de):
- Responsable.
 - ¿Qué se hace?
 - ¿Cuándo?
 - Materiales y equipos a utilizar.
- D. Indicadores y valores de incumplimiento (literal de la descripción, identificación y cuantificación de errores o fallos significativos de servicio y cuantificación del valor o rango de corte, a partir del cual puede corresponder la sanción prevista en el sistema de control):
- Definición del indicador y valores según Pliego de Prescripciones Técnicas - PPT (número de indicador, categoría, tiempo de respuesta, tiempo de corrección, método de supervisión y frecuencia de supervisión).
 - Definición del indicador para su gestión:
 - Texto de registro: Descripción del indicador del PPT, tal y como se recoge en la aplicación de gestión de incidencias.
- Tipo: Si el indicador está predeterminado como incidencia o como fallo:
- Incidencia: Cualquier hecho que se considere anómalo o extraordinario, para que sea subsanado, corregido o simplemente conocido y advertido por quien corresponda (normalmente el responsable de la unidad).
 - Fallo: Incumplimiento verificado del manual de procedimientos (o del protocolo básico en su defecto), atribuible a las unidades gestionadas por la Sociedad Concesionaria que afecte a la prestación del servicio o a su calidad en los términos expresados en los indicadores del PPT. Una incidencia puede verificarse como fallo.
- Personal acreditado:
- El personal del hospital o de la Sociedad Concesionaria está acreditado para la gestión de incidencias cuando cumple las siguientes condiciones:
- Está identificado expresamente como responsable de Grupo Funcional Homogéneo - GFH en los registros de Recursos Humanos (del Hospital y de la Concesionaria).



- Tiene firma y código de identificación personal reconocidos.
- Es conocido (comunicado) a las partes implicadas por los procedimientos que se hayan articulado en cada caso.
- Tiene registrada en recursos humanos la delegación de estas funciones para los casos de ausencia en otra persona de la unidad.

El GFH, como unidad básica de gestión de incidencias cumple con las tres condiciones siguientes (tanto para las unidades del hospital como de la Sociedad Concesionaria).

- Tiene una localización física (unívoca, continua y estable en el tiempo).
 - Tiene una identificación lógica (código unívoco y estable en el tiempo).
 - Tiene un responsable acreditado expresamente por la Administración para la gestión habitual de la unidad (tramita peticiones a compras, farmacia, gestión de recursos humanos, gestión de informes, etc.).
- Localización:

Si el indicador requiere localización o no para facilitar la respuesta, la corrección y/o su verificación.

Todos los hospitales han codificado sus espacios con los mismos criterios, dejando la vinculación a GFH y al Servicio Funcional a la Dirección del Hospital.

- Observaciones:

Otros requisitos necesarios, aparte de la localización, para identificar adecuadamente el indicador y sus repercusiones.

- Verificación:

La verificación de la incidencia, fallo, respuesta o corrección se realiza cuando haya discrepancias entre el hospital y la Sociedad Concesionaria. Se establecen tres procedimientos:

- Automáticamente por los registros de la aplicación en la Central de Incidencias.
- Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el manual de procedimientos del hospital o en su defecto, del Protocolo Básico.
- No procede (no existe posibilidad de discrepancia por la naturaleza del hecho registrado y, por tanto, no procede la verificación).

- Cierre de la incidencia:

Procedimiento por el cual un indicador activado / registrado se da por corregido.



3. Cuantificación del indicador:

- a. De fallo.
- b. De respuesta.
- c. De corrección.

4. Sanciones previstas para cada indicador (control y seguimiento de la Administración para el cumplimiento del protocolo. Los valores unitarios establecidos y expresados en % sobre el correspondiente canon, están ponderados por la categoría del servicio y según la zona donde se produzcan – mapa de riesgo).

5. Otras indicaciones:

- En el texto se ha forzado la separación en párrafos, que se han numerado para facilitar su búsqueda y las posibles correcciones.
- El concepto posibilidad de incidencia, también usado frecuentemente en los protocolos, se utiliza consecuentemente como la previsión, por parte del personal de la unidad, de que pueda suceder un hecho anómalo o extraordinario.

Los protocolos básicos de los 13 servicios se firmaron con la Consejería de Sanidad en su versión 1.0 el 27 de diciembre de 2006, después de 6 meses de trabajo conjunto.

Sistema de Gestión de Incidencias (SGI)

Paralelamente las Sociedades Concesionarias junto a la Consejería de Sani-

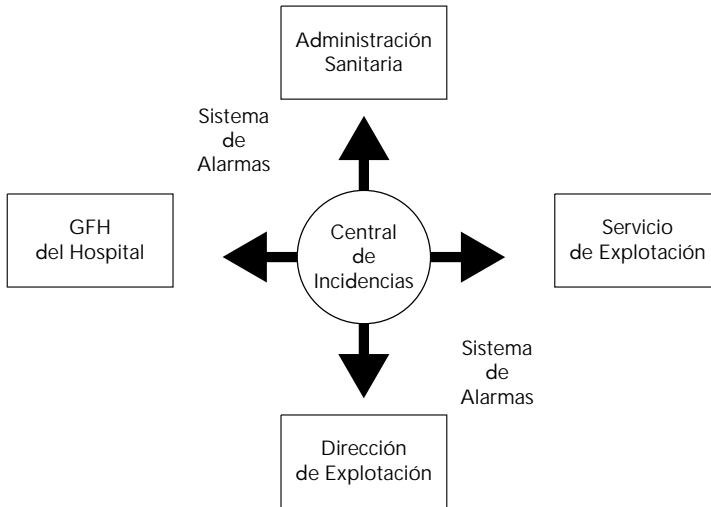
dad de la Comunidad de Madrid e ISOFT, crearon un equipo para desarrollar las herramientas informáticas y de comunicación necesarias para dar cobertura a la implantación de los protocolos básicos, manuales de procedimientos específicos de cada hospital, sistema de seguimiento y control y ejecución de penalizaciones.

Las funcionalidades que se perseguían eran:

- El personal acreditado del Hospital (responsables de GFH) debe poder registrar una incidencia desde su puesto de trabajo (cualquier terminal del Hospital) en el mismo momento en que la detecte.
- Los diferentes niveles de acceso, los perfiles y el sistema de codificación de espacios deben facilitar el trabajo del usuario y acotar su responsabilidad sobre el sistema.
- Las incidencias deben quedar registradas y seguir el procedimiento previsto en indicadores y protocolos (control de tiempos y procedimientos).
- El personal acreditado del Servicio de Explotación debe recibir inmediatamente la incidencia y poder responder y corregirla (desde cualquier terminal o desde dispositivo móvil tipo PDA).
- Toda la información estará centralizada en la Consejería de Sanidad y controlada por la Unidad Técnica de Control (UTC), pudiendo esta definir su sistema de alarmas en función de las necesidades de cada momento y de cada hospital, pudiendo comparar entre ellos y obtener información agregada.



Figura 1. Comunicación de la incidencia desde el hospital, respuesta y corrección (Servicios de Explotación) y alarmas para la UTC y Dirección de Explotación



- La Dirección de la Sociedad Concesionaria tendrá de idéntica manera su propio sistema de control referido, eso sí, únicamente a su hospital.
- Tanto la UTC como las Direcciones de Explotación tendrán la información correspondiente a las incidencias, fallos y evaluación de penalizaciones, de forma que los descuentos puedan realizarse con facilidad previa discusión de las discrepancias detectadas (incidencias/fallos).
- Las herramientas a utilizar deben ser compatibles e integrables con el HIS incorporado por la Consejería.

El 9 de noviembre de 2006 el equipo aprobó el análisis funcional y el 25 de enero de 2007, después de la revisión de varias versiones, en sesión plenaria

se hizo la prueba completa de la que salió la versión 1, el manual de usuario y el contenido del plan de formación de usuarios.

El 29 de marzo de 2007, se recepcionó la aplicación del Sistema de Gestión de Incidencias, quedando lista para su implantación en cada hospital siguiendo el calendario previsto de apertura.

En febrero y marzo de 2008 se pondrá en marcha el sistema en 6 de los 7 hospitales, aunque siguiendo el pliego de prescripciones técnicas, hasta pasados los 6 primeros meses, las penalizaciones no se harán efectivas.

Unidad Técnica de Control (UTC)

El 21 de septiembre de 2007, la Consejería de Sanidad convocó el concurso



sobre "Apoyo técnico a la unidad de control administrativa de las obras y servicios públicos de siete hospitales de la Comunidad de Madrid".

El ámbito de actuación que constituye el objeto del contrato es:

- La monitorización y seguimiento de la prestación de los servicios de explotación (cumplimiento de los protocolos, manuales de procedimiento y del SGI: inspecciones físicas, auditorías externas y encuestas de satisfacción).
- El análisis de la información relativa a la explotación de los servicios y funcionamiento del SGI (gestión de incidencias, fallos de servicio, calidad, tiempo de respuesta, tiempo de corrección y elaboración de propuestas para evitar su reiteración).
- Identificación de riesgos de disponibilidad de los servicios, recomendaciones al respecto. Información sobre aplicación de deducciones y penalizaciones a partir de la monitorización de las incidencias y fallos (SGI).
- La verificación del funcionamiento de las explotaciones y el cumplimiento de las demás obligaciones contractuales de las Sociedades Concesionarias.
- El análisis de la información y cuadro de mando.
- Análisis financiero de las sociedades concesionarias y valoración del impacto de los cambios en el modelo económico-financiero.
- Asesoría Jurídica.

En enero de 2008 la UTC se ha constituido como una unidad administrativa de la Consejería de Sanidad, con medios propios para la realización de las funciones previstas y el "apoyo técnico" facilitado por el contrato de consultoría (Gerens).

Puesta en marcha

Pasados los 6 meses de carencia, el Sistema de Gestión de Incidencias se pone en marcha en seis de los siete hospitales a partir del 1 de septiembre de 2008 (todos a excepción del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda que empezará en abril de 2009).

Desde esta fecha se ha incrementado paulatinamente el número de usuarios que participan del proceso de medición y gestión de los niveles de calidad y disponibilidad. Teniendo a final de 2008 el siguiente cómputo de usuarios:

N.º usuarios	Registrador	Corrector	Total
Total	282	179	461
Media/centro	47	30	77

Datos a 31 de diciembre de 2008

Desde su puesta en marcha el SGI ha recogido más de 1.400 incidencias (*Figura 2*) repartidas entre los diferentes centros y distribuidas entre los 12 servicios objeto de explotación (*Figura 3*).

De todos los registros contabilizados se computan durante este periodo 576 fallos (40% del total registrado) según se muestra en la *Figura 2*.



Figura 2. Datos a 31-3-2009

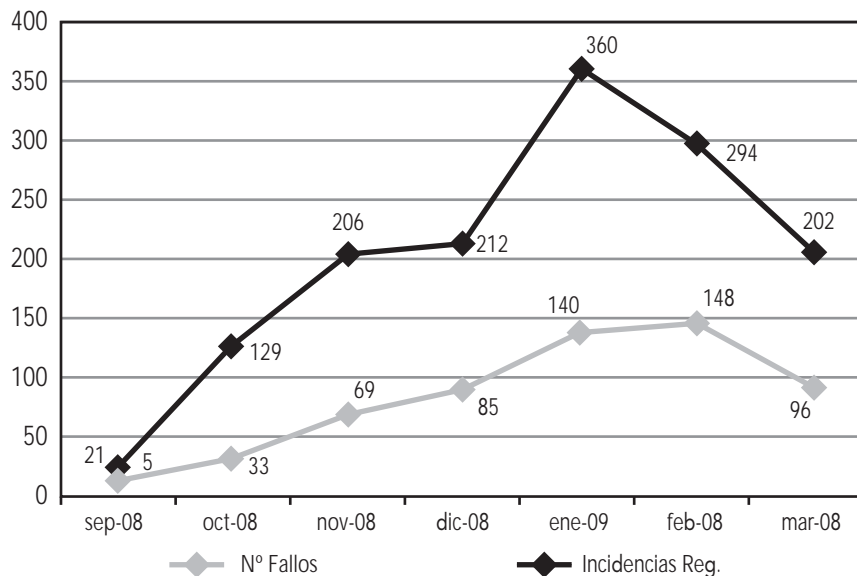


Figura 3. Datos a 31-3-2009. Incidencias registradas por servicio

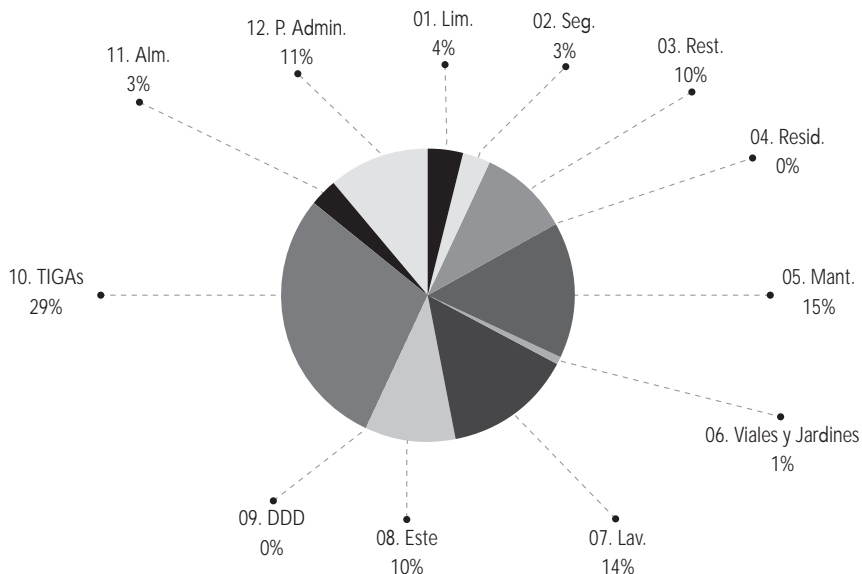
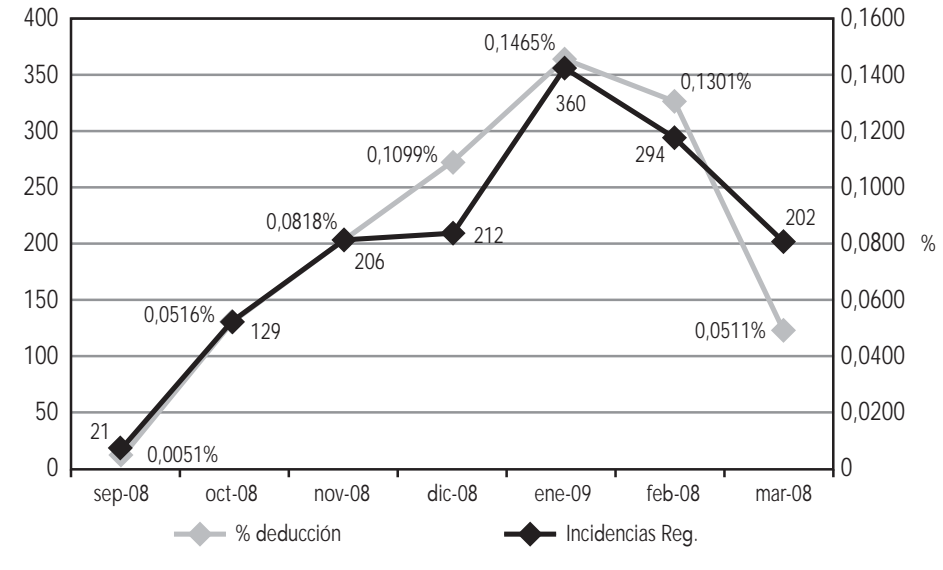




Figura 4. Datos a 31-3-2009



De esta manera se han medido los niveles de calidad y disponibilidad en los diferentes centros, cuantificándose mediante el porcentaje de deducción resultante sobre el Canon Variable Mensual. En la *Figura 4* se muestran los niveles medidos para el computo de los 6 hospitales desde la puesta en marcha.

Por otra parte, al final de cada mes, la Comisión Mixta (UTC, hospital y Sociedad Concesionaria) evalúan los resultados y establecen las actuaciones de corrección y/o mejora de los niveles de calidad y disponibilidad de los servicios.