

LA EFICIENCIA EN LA LIMPIEZA HOSPITALARIA PUEDE IR ACOMPAÑADA DE UN 35% DE AHORRO

En el contexto actual el sistema hospitalario necesita más que nunca controlar los costes, sin que de ello se derive una reducción de la calidad del servicio. Los servicios de limpieza tanto si se prestan con personal propio como subcontratado, no deben ser ajenos a esta realidad. No debemos olvidar que la limpieza hospitalaria es uno de los pilares esenciales en el que se fundamenta cualquier estrategia de control y reducción de las infecciones en pacientes relacionadas con la asistencia sanitaria, las denominadas enfermedades nosocomiales.

Un hospital limpio e higiénico es un hospital más económico, no obstante, la pregunta que debemos hacernos es: **¿Es posible reducir los costes de los servicios de limpieza sin rebajar la calidad del servicio?**

Esta comprobado que incluso en los más estrictos y exigentes niveles de limpieza e higiene, la reducción promedio en el sistema hospitalario español llega y, en algunos casos, sobrepasa el 35% del coste de los servicios de limpieza.

Las nuevas tecnologías que garantizan una mayor eficiencia tanto en limpieza estética como en niveles de higiene, acompañado de los sistemas organizativos adecuados, permiten cumplir con esos objetivos. Se trata de crear las bases que deberán aplicarse para que cualquier servicio de limpieza se adapte a la nueva realidad, y así, además de generar estos ahorros, podamos garantizar a los pacientes-clientes, a través de la limpieza, higiene y desinfección, el máximo nivel de satisfacción y salud, además de este sustancial ahorro de costes.

El resumen que a continuación les exponemos deberá llevarse a cabo tanto si se trata de personal propio como de subcontratado para que todas las actuaciones realizadas por estos en lo referente a la limpieza, higienización y desinfección, abarquen todas las áreas pertenecientes a cada hospital, es decir, superficies horizontales, verticales y mobiliario.

Así mismo se incluyen todas las actuaciones y programas específicos incluidos en su ámbito competencial y que estén bajo su responsabilidad entre los que destacamos los siguientes:

- Tratamiento de pavimentos.
- Gestión de residuos sanitarios.
- Desratización-Desinsectación.
- (Opcionalmente) Jardinería.

Todo lo expuesto aquí se llevará a cabo siendo en todo momento respetuoso con la normativa vigente, tanto en materia laboral, profesional, contractual, preventiva, así como en lo estipulado en las directrices pactadas en los correspondientes pliegos de prescripciones técnicas, así como en las normativas europeas de obligado cumplimiento que puedan afectar.

PREGUNTAS Y REFLEXIONES PRELIMINARES

Antes de empezar a desarrollar el presente documento queremos hacer una serie de preguntas y reflexiones para definir el problema objeto de discusión:

- ¿Cuál es el coste de la no calidad en la limpieza en los centros sanitarios?
- ¿Cuál es el coste en el gasto farmacéutico, estancias adicionales en los hospitales, tratamientos médicos adicionales, pérdida de confianza en los servicios médicos, etc. debido a las enfermedades nosocomiales?
- ¿Cuál es el coste político de una mala calidad en los servicios de limpieza?
- ¿Cuál es la imagen que se quiere proyectar a la sociedad, Europa, etc. de un servicio de limpiezas de calidad?
- ¿Cuál es la reducción en el prestigio de un servicio de limpieza deficiente?
- ¿Cuál es el coste adicional de estructuras organizativas sobredimensionadas?
- ¿Cuál es el coste adicional en duplicidades, puestos superfluos, puestos decorativos, etc.?
- ¿Cuál es el coste de la falta de profesionalidad, personalismos, clientelismos?
- ¿Cuál es el coste de obviar la introducción de las nuevas tecnologías de limpieza en los servicios?
- ¿Cuál es el coste de una falta de gestión apropiada de residuos?
- ¿Cuál es el coste de la falta de adopción de medidas preventivas?
- ¿Cuál es el coste adicional que supone la falta de gestión de los recursos disponible de forma acorde a la realidad?

Creemos que la respuesta a todas y cada una de estas preguntas es obvia. No obstante vamos a intentar responder a lo largo de este documento de la forma más exhaustiva, clara, directa, objetiva y científica posible.

CIFRAS Y COSTES DE LA NO CALIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento sobre Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales, define una infección nosocomial como una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de la salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del internamiento. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

Lamentablemente, y a pesar de los avances y esfuerzos realizados, las infecciones nosocomiales siguen existiendo y afectando a los pacientes. Esto resulta especialmente cierto en lo referente a la diseminación de patógenos multirresistentes. Ejemplos conocidos son: el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina

(MRSA), Enterococos resistentes a la vancomicina (VRE), bacilos gram negativos con betalactamasas de espectro extendido (BLEE), Pseudomonas multirresistentes (MR), Acinetobacter multirresistente (MR) y otros patógenos emergentes que son motivo de preocupación creciente como el Clostridium difficile. Ello es debido, entre otros factores, según la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) a la mayor frecuencia de pacientes con alta susceptibilidad a las infecciones, a la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos, al aumento en la complejidad de las intervenciones realizadas, en la realización de procedimientos invasivos, así como, a la falta de higiene y/o limpieza o que esta se haga de forma deficiente, la mala disposición de los residuos, la escasez de personal o el hacinamiento hospitalario.

Según la OMS una media del 8,7% de pacientes contrae infecciones durante su estancia en el hospital. Estos valores se incrementan en los países en vías de desarrollo hasta una proporción de pacientes afectados que puede superar el 25%. En un momento dado, más de 1,4 millones de personas en el mundo sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital. La máxima frecuencia de infecciones nosocomiales fue notificada por hospitales de las Regiones del Mediterráneo Oriental y de Asia Sudoriental (11,8 y 10,0%, respectivamente), con una prevalencia del 7,7% y del 9,0%, respectivamente, en las Regiones de Europa y del Pacífico Occidental.

En cifras y según la OMS, en los EE.UU., uno de cada 136 pacientes hospitalarios enferman gravemente a causa de una infección contraída en el hospital; esto equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80.000 muertes al año. En Inglaterra, más de 100.000 casos de infección relacionadas con la atención sanitaria provocan cada año más de 5.000 muertes directamente relacionadas con la infección. En México, se calcula que 450.000 casos de infección relacionadas con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100.000 habitantes por año.

En los hospitales Europeos este tipo de efectos adversos ocurren entre el 8% y el 12% de los pacientes ingresados, lo que representa entre 6,7 y 15 millones de personas afectadas.

Además, cerca de 37 millones de pacientes, tras recibir atención médica primaria, sufren efectos adversos directamente vinculados con la atención recibida. Una de las situaciones más habituales son las infecciones en los hospitales, que afectan a 4,1 millones de personas cada año (1 de cada 20 pacientes ingresados), de los cuales 37.000 acaban falleciendo en cada ejercicio.

En España existe desde el año 1990 el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales (EPINE). En el año 1990 la prevalencia de enfermos con Infección Nosocomial fue del 8,5%. La cifra más baja se observó en 2004 con un 6,5%. En los últimos años esta cifra ha aumentado ligeramente para situarse en torno al 7%.

Entre las consecuencias de adquirir una infección durante la estancia en el centro sanitario podemos citar que:

- Algunas personas enferman más gravemente que si no hubieran ingresado,
- Otras quedan discapacitadas por un largo periodo, y
- Otras lamentablemente mueren.

También suponen sufrimientos adicionales a los pacientes y familiares en cuanto a:

- **Tratamientos añadidos,**
- **Mayor uso de medicamentos y fármacos,**
- **La necesidad de aislamiento,**
- **Realización de estudios de laboratorio, pruebas microbiológicas y cultivos,**
- **Trasfusiones de sangre, etc.,**
- **Trastornos psíquicos,**
- **Prolongación de las estancias hospitalarias y/o lo que resulta aun peor, merma en la confianza en los profesionales sanitarios.**

Además del coste en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante para los sistemas de salud, así como costes indirectos en términos de pérdida de jornadas de trabajo por parte de pacientes y familiares.

- **En Inglaterra se estima que el coste promedio de una infección adquirida en un hospital causada por MRSA es de 9.000 libras. Esto apunta a un coste anual de entre 45.000 y 81.000 libras. La Office for National Statistics (ONS) indicaba que en 2005, en Inglaterra y Gales, murieron 1.629 personas y mencionaban el MRSA como un factor que contribuyó al fallecimiento de esas personas. Aproximadamente en Inglaterra se producen cada año al menos 100.000 casos de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, que causan 5.000 muertes. Se calcula que las infecciones nosocomiales le cuestan al National Health Service 1.000 millones de libras anuales.**
- **En los Estados Unidos, la cifra es de entre 4.500 millones y 5.700 millones de dólares.**
- **En México, el coste anual se aproxima a los 1.500 millones de dólares.**

En este contexto hay que recordar que a los problemas de salud, también se les puede añadir posibles reclamaciones de cantidades en forma de indemnizaciones que agravan aun más el problema. En este sentido, los pronunciamientos judiciales han manifestado en diversas ocasiones que cuando nos encontramos en presencia de un proceso infeccioso desencadenante de un desarrollo negativo posterior apreciable de supuestas infecciones contraídas o reactivadas en el propio medio hospitalario, resulta aplicable el principio de presunción o probabilidad de culpa, en los que se plasma el principio de la responsabilidad objetiva de la administración como lo declaran en tal sentido las sentencias del Tribunal

Supremo de 21 de julio de 1997, diciembre de 1998 y 5 de febrero de 2001, o la sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJ de Galicia de 5 de noviembre de 2002.

Igualmente la sentencia del Tribunal Supremo de 22 de abril de 2003, hace suya y recoge la conclusión obtenida por la sala de 1ª Instancia cuando declaró la responsabilidad patrimonial de la administración, derivada de acto sanitario por contagio hospitalario al mantener que aunque los datos acreditados no prueban de una manera absolutamente indubitada el nexo causal, lo cierto es que de distintas circunstancias concurrentes cabe llegar razonablemente a la conclusión de que la causa eficiente de la producción del daño era el contagio intrahospitalario, al no mediar otros riesgos concurrentes para adquirir la infección.

Sirvan también como ejemplos, otros casos, como el de una mujer de 70 años que perdió el ojo izquierdo por las secuelas ocasionadas tras una operación de cataratas, en febrero de 2006, en el Hospital de Medina del Campo. Las pruebas que se le practicaron demuestran que el germen causante de la infección ocular fue «Pseudomonas aeruginosa», lo que se conoce como un «virus de quirófano». Por aquellas fechas se acreditó, además, un brote del virus que infectó a todos los pacientes que fueron intervenidos aquel día en el mismo quirófano por lo que el sistema de salud regional, Sacyl, tendrá que indemnizar a la meritada mujer con 48.000 euros.

El caso de un enfermo, de 81 años, que falleció en un hospital de Tenerife en el que fue intervenido; y que la muerte, según los hechos probados, se debió a una infección hospitalaria que contrajo en el postoperatorio. El Tribunal Superior de Justicia de Canarias confirmó una sentencia previa del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 6 de Las Palmas de Gran Canaria por la que se condenó al Servicio Canario de Salud (SCS) a indemnizar con 40.000 euros a una mujer "por la deficiente asistencia sanitaria prestada a su marido".

El caso de una mujer que falleció el 31 de octubre de 1997 cuando contrajo 2 infecciones hospitalarias en sendos ingresos hospitalarios en 1995 y 1997. La sección primera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana condenó a la Conselleria de Sanidad a indemnizar con 69.875 euros al viudo.

Por último, el caso del fallecimiento de un paciente de 61 años. Este fue diagnosticado de neoplasia antral ulcero-vegetante, por lo que se remitió al servicio de urgencias de un hospital para ingreso hospitalario y valoración. Allí se le confirmó el diagnóstico y se le intervino quirúrgicamente. En la operación se practicó una gastroyeyunostomía para extirpar el tejido tumoral en su mayor medida, así como extirpación de tumor en la cabeza del páncreas. Durante el postoperatorio se le vieron imágenes neumónicas que se extendían a ambos hemitórax, siendo su evolución a partir de ese momento tórpida. La respiración del paciente era cada vez más deficiente, con índices gasométricos muy bajos. Se aisló haemophilus influenzae, germen que contrajo en el servicio hospitalario. Además, en días posteriores el paciente acabó siendo contagiado por

enterococo faecalis, pseudomonas y cándida provocando todo ello que, además de la neumonía contraída, el cuadro clínico degenerara en fracaso renal agudo y shock séptico con fallecimiento. No obstante aun que el "estafilococo coagulasa negativo" es un microorganismo habitual de la piel humana, de modo tal que no se trata aquí de gérmenes provenientes del ambiente hospitalario, sino del paciente mismo, lo cierto es que el desencadenamiento del proceso infeccioso sólo puede atribuirse a una deficiente asepsia al tiempo de procederse a la intervención quirúrgica, labor que, no se halla a cargo de los cirujanos sino del "staff" que los apoya, es decir del personal del sanatorio de lo que deriva la responsabilidad. Por consiguiente el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 2 de Vitoria condenó al Servicio Vasco de Salud a pagar a los familiares una indemnización de 90.000 euros como consecuencia de todo ello.

Dicho sea incidentalmente que en EE.UU. las demandas a consecuencia de contraer una infección hospitalaria representan el 60 % de las demandas por malas praxis.

ESTUDIO DE PLANTILLAS PARA LA LIMPIEZA E HIGIENIZACIÓN EN EL SISTEMA HOSPITALARIO

Para la realización de cualquier estudio de "plantilla real" utilizamos la guía de cálculo de tiempos y costes en operaciones de limpieza e higienización elaborado por ITEL (Instituto Técnico Español de Limpieza) perteneciente al Centro de Investigación y Asesoramiento de Limpieza y aprobada por las organizaciones sindicales de 6 países europeos; Bélgica, Francia, Países Bajos, Alemania y Reino Unido, así como los sindicatos suizos (país no perteneciente a la Unión Europea).

Para ello, necesitamos los siguientes datos:

- Planos constructivos de los edificios donde se especifique los metros cuadrados por planta.
- Actividad profesional de cada planta.
- Ocupación de espacios por especialidad.
- Actividad profesional por turnos. Horarios de cada turno y días de la semana.
- Clases de pavimentos.
- Total de metros cuadrados de ventanales. Tipología de los mismos (giratorios, con anclajes, doble hoja, hoja simple, etc.).
- Forma de recogida de ropa sucia y lencería por planta (manual, caída por gravedad, tubo neumático, etc.).
- Recogida de residuos sanitarios por planta (manual, tubo neumático, etc.).
- Metros cuadrados en las zonas exteriores (zonas ajardinadas, zonas de aparcamientos, pasos de peatones, etc.).

Otros datos a tener en cuenta:

- Marco legal vigente de aplicación
- Reales decretos competenciales

DI-N224 /-6-

- Convenios, etc.
- Otras actividades no propias incluidas en los correspondientes pliegos de prescripciones técnicas.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta:

La excelencia del servicio requiere también tener en cuenta otras consideraciones no menos importantes como pueden ser:

- Implantación de los sistemas y materiales de limpieza más livianos, ergonómicos, higiénicos, económicos y productivos.
- Implantación de las máquinas más eficaces, modernas, silenciosas y seguras, acordes con las nuevas necesidades.
- Implantación de los agentes químicos lo suficientemente eficaces y ecológicos, según las necesidades de eliminación de suciedades y manchas especiales, y que garanticen los mayores niveles de higienización. Eliminación de los innecesarios e insalubres.
- Implantación de todos los servicios organizativos adecuados que influyan en la productividad sin merma de la calidad en el servicio.
- Analizar la adecuación de todos los métodos, sistemas y programas que influyan en la calidad, servicio, prevención de riesgos, medio ambiente, gestión de residuos, coordinación, etc. Estas mejoras deben ser medibles y cuantificables.
- Implementar un servicio de I+D+i propio o en colaboraciones con entidades, por ejemplo ITEL, para garantizar la implantación inmediata del estado actual de la tecnología en cada momento.
- Garantizar la Implantación sistemática de las innovaciones que aportan mejoras higiénicas, de servicio y de productividad, como pueden ser la nanotecnología, vaporización, ozonización, ionización, probióticos, etc.

En el caso de la contratación pública, los pliegos de condiciones tienen que estar referenciados al servicio, determinando niveles de limpieza higiénica y estética medibles y nunca referenciados a mano de obra ya que significaría renunciar a los avances sociales y otros que se derivan del incremento de productividad.

CONCLUSIONES

De la experiencia acumulada en la implantación de sistemas de limpieza e higienización avanzados en el medio hospitalario, en diversos países y en hospitales públicos y privados de diverso tamaño y concepción, y teniendo en cuenta que la investigación e innovación lleva al uso de sistemas más eficientes, más productivos, más cómodos para los operarios y con mayor garantía de eficiencia e higiene, podemos concluir que todas estas mejoras tienen un alto valor por sí mismas y no menos importante una reducción de costes aproximado del 35% en la limpieza e higienización de hospitales, clínicas y similares.

DI-N224 /-7-