

Nuevos hospitales: colaboración público-privada, una experiencia que mira al futuro



De izquierda a derecha: María de la Loma Segarra, Eduard Rius, Alberto de Frutos, José Barea, Alfonso de Carlos, Mariana Guerrero y Josep Pomar.

Participantes:

Dña. Concha Roch. Dirección General de Gestión Económica del SERMAS.

D. Josep Pomar. Director General del IB-Salut.

D. Alfonso de Carlos. Director Gerente. GISPASA. Asturias.

Dña. María de la Loma Segarra. Directora de Enfermería. Hospital Infanta Sofía.

D. Alberto de Frutos. Director General. Bovis Lend Lease.

D. Eduard Rius. Director Gerente. Acciona Servicios Hospitalarios.

D. Mariano Guerrero. Director de Planificación y Proyectos. Ribera Salud.

D. José Magán. Director de Hospitales. OHL.

Moderador: **D. José Barea.** Patrono de la Fundación Signo.

Introducción

J. Barea: Después de las experiencias de estos años, algunas ya contrastables y otras en curso, lo primero que puede plantearse es si la colaboración público-privada en la construcción, puesta en marcha y explotación de los nuevos hospitales ha sido positiva para ambos; si ha estado a la altura de lo que se esperaba y si de alguna manera se han modificado los principios de organización y funcionamiento del sistema público y en concreto de la organización y funcionamiento de los hospitales.

Por otra parte es una exigencia empezar a evaluar los resultados; saber cómo, cuándo y por quién se van a evaluar; conocer la valoración de los profesionales, de los pacientes y de los ciudadanos y con ello orientar el futuro de esta colaboración.

Ahora les dejo a ustedes como representantes de distintas instituciones que inicien el debate.

A. de Frutos: Si hay que contestar un sí o un no, yo creo que sí, que ambas partes han estado al nivel esperado. Lo primero que habría que preguntarse es si el programa de hospitales, que se ha realizado en España con un modelo de colaboración público-privada, se podría haber realizado con otro modelo. Yo tengo mis dudas, tanto por el número de hospitales, que implican un importante volumen de inversión y de complejidad, como por los plazos tan ajustados en que se ha ejecutado.

Dicho esto, que los hospitales están ahí es un hecho, unos finalizados y en funcionamiento, otros en proceso de construcción, y ha sido posible gracias al "atrevimiento" del Sector Público en lanzar un modelo que era nuevo en España y al Sector Privado por dar una respuesta, que creo que ha sido hasta la fecha, bastante positiva con sus som-

bras como tendría cualquier modelo. En definitiva la respuesta es para mí, muy positiva.

M. L. Segarra: La parte de financiación, construcción y puesta en marcha se ha realizado antes de que los equipos asistenciales empezáramos a trabajar, y es difícil imaginarse como se podría haber realizado sin la colaboración privada. Desde dentro, ahora que ya estamos trabajando en esos nuevos edificios, es verdad que al principio ha costado.

El funcionamiento ha sido diferente, hemos tenido que coordinarnos con la parte privada en todos los servicios que están externalizados y, aunque en algunos ya teníamos tradición y experiencia, ha habido mucho trabajo, mucha transmisión de conocimientos de la parte pública a la privada, sobre todo en aquellos como personal administrativo o los llamados celadores o TI-GAs, donde no existe tanta experiencia. Ahí hemos tenido que realizar un esfuerzo muy importante de protocolización, de llegar a acuerdos y de cambiar el "chip de la pública" a unos modelos de gestión más típicos de las empresas privadas; pero lo cierto es que lo vamos consiguiendo, aunque todavía estamos en la fase de intentar llegar a acuerdos para que el servicio no pierda la calidad que todos queremos que tenga.

J. Pomar: En Baleares experiencia en el funcionamiento del modelo todavía no la tenemos, pero sí que hemos tenido que tomar la decisión pragmática y creo que valiente de lanzarlo o entrar en una fase de parálisis en la renovación y el impulso de nuevas infraestructuras. Hemos entendido que hoy por hoy (y el análisis de las diversas alternativas, tanto las puramente públicas, como las diferentes fórmulas de colaboración público-privada, está formalizado) sea posiblemente la mejor



De izquierda a derecha: Alfonso de Carlos, Mariano Guerrero, José Magán, Concha Roch, María de la Loma Segarra, Eduard Rius y Alberto de Frutos.

alternativa en estos momentos de crisis y en el que podíamos aunar todas las experiencias de las diferentes Comunidades Autónomas. Ya hemos empezado a aprender de las experiencias de Madrid, de la Comunidad Valenciana, etc. de los éxitos y de alguna disfunción o algún error.

Hemos tomado la decisión de hacer un segundo hospital por el modelo PPP, incluso de sacar a licitación 10 Centros de Salud a concesión con servicios generales incluidos. Esta es una experiencia nueva y también es la única manera de cumplir el programa, que había planteado la Consejería de Salud, de dotar a Baleares de unos 15 Centros de Salud nuevos. Hacemos dos anexos al Hospital de Ibiza y otros 10 como un programa específico.

Las expectativas que tenemos están en la línea que comentáis, posiblemente será un camino con luces y sombras, pero en el que entendemos que va a haber un trasiego importante de cultu-

ras, de conocimiento y de información que al final el resultante va a ser más positivo. Tenemos también muchas expectativas en la prestación de los Servicios, seguro que permite profesionalizarlos y cualificarlos mucho más. También permitirá, que el core del hospital pueda orientarse mucho más, a emprender otras tareas de cambio interno sin distraernos en lo auxiliar.

En definitiva, más que valoración expectativa positiva y ganas de aprender y de formar equipo con los que ya tenéis experiencia.

E. Rius: Las discusiones sobre la bondad del modelo creo que están superadas. No hemos inventado nada, aquí ha habido una audacia por parte de una Comunidad, que es hacer 8 hospitales en dos años (no encontraríamos ningún país del mundo que hubiera hecho un esfuerzo de estas características) y creo que han estado a la altura la Administración y las Empresas, que no conociendo muy a fondo el mode-

lo, se prestaron a poder participar en el mismo.

Este modelo está testado y si no se hace más es porque aún seguimos teniendo complejos. Pero no hay duda de que en una situación como la que estamos, e incluso aunque estuviéramos mejor, aunque tuviéramos más dinero, estoy absolutamente convencido de esta vía y, lo digo, permitirme que personalice, porque he estado en la Administración.

La Administración ha cambiado, ha mejorado mucho, no es que lo haga por, pero la Administración tiene los instrumentos que tiene y las empresas privadas tienen los que tienen y si se pueden sumar la experiencia y la responsabilidad que tiene la Administración ante los ciudadanos, con la manera de gestionar de las empresas privadas se pueden mejorar las infraestructuras y su gestión.

Otra cosa, como decía Alberto, es que analicemos qué aspectos se pueden mejorar. Eso hay que hacerlo. Nosotros tenemos una experiencia en Madrid y

otra en México. Muchos de los problemas, con dos sistemas sanitarios completamente diferentes, son muy parecidos. Son cosas como decía María que se van solucionando, sobre todo si existe la voluntad por ambas partes, si no, naturalmente sería imposible.

¿Cuándo el sistema será maduro? Cuando los 250 indicadores de disponibilidad y calidad que se aplican a nuestros Servicios se apliquen a la Paz, por ejemplo. El día que pueda ver estos indicadores publicados en los hospitales públicos de modelo tradicional, ese día estaré satisfecho.

En sanidad no hay soluciones mágicas, hay que estar haciendo continuamente cosas para adaptarse a la situación. Sería una buena iniciativa, por parte de entidades como vuestra fundación, que se creara un observatorio a ver como están funcionando los PPPs, siempre comparándolos con los hospitales públicos, con el resto del sistema.

M. Guerrero: Nuestra experiencia es una experiencia de más de 10 años y aunque siempre tiene que ser uno muy prudente en el análisis de los resultados, diez años dan de sí para tener una muestra representativa. La experiencia se centra fundamentalmente en el Hospital de Alzira, del que se conoce muy bien la historia y, que como sabéis, comprende toda la asistencia de un Departamento sanitario y no sólo las infraestructuras, sino toda la asistencia sanitaria, incluida la atención Primaria. Además el Hospital de Torrevieja, en sus más de dos años de actividad, tiene unos resultados excelentes.

En estos momentos tenemos funcionando cuatro hospitales y pondremos en marcha el quinto, dentro de unos cuantos meses, y rotundamente tengo que decir que sí, que el sector privado ha estado a la altura esperada. Hay que defender este modelo de transfe-



Eduard Rius

rencia de riesgo que tendrá que ir evolucionando en el largo plazo y que necesita también una estabilidad en el tiempo más allá del posicionamiento político.

El 94% de los pacientes, cuando salen del hospital, no saben quién lo gestiona, no saben si la gestión es pública o privada, solo evalúan la calidad de la asistencia recibida.

Mariano Guerrero

Nosotros ya hemos evaluado resultados y, en boca de la propia Administración Valenciana, somos aproximadamente un 25% más eficientes que su gestión propia. Los ciudadanos (el 20% de los valencianos) tienen unos niveles de satisfacción iguales o mejores y, por cierto, el 94% de ellos cuando salen del hospital no saben quién lo gestiona, no saben si es público o privado. En definitiva hay que apostar por el modelo porque así lo consideran los ciudadanos, los profesionales y el presupuesto público. El modelo se consolidará con los resultados, como se consolida la evidencia científica, por tanto hay que empezar a publicar resultados, a ponerlos encima de la mesa, a poner luz sobre las sombras.

No nos podemos quedar sólo en el modelo concesional tal y como lo conocemos. Tenemos que considerar también lo que va a ser capaz de ir creando con su evolución. Me interesa sobre todo el estudio de las sinergias que se pueden ir creando, las redes multihospitalarias como elemento extraordinariamente importante a la hora de conseguir economías de escala, que aporten beneficios al propio modelo concesional. Y todo eso es mucho más fácil en un modelo concesional que en otro tipo de modelos.

A. de Carlos: Personalmente estoy de acuerdo con la eficiencia del modelo



Alfonso de Carlos

concesional que estamos comentando, igual que creo en la eficiencia del modelo que tenemos en Asturias, muy similar, pero la empresa concesionaria es una empresa pública. La empresa pública trocea luego los distintos servicios, en diferentes contratos, donde ya interviene el sector privado. Los contratos son muy similares al de la concesión, con la incorporación de penalizaciones y donde se consigue también, la separación de la parte sanitaria, de los servicios auxiliares, buscando una mayor eficiencia de ambos.

Somos una empresa con un capital de 90 millones de euros, que nos apalancamos como las sociedades concesionarias, en nuestro caso al 70/30, hemos hecho los concursos de construcción a riesgo y ventura, con condiciones semejantes a las contempladas en las concesiones, pero desde un contrato de arrendamiento operativo entre el Principado y Gispasa.

Es por tanto un modelo intermedio, que tiene casi todas las ventajas de la concesión en lo que se refiere a la eficiencia y dos factores diferenciales evidentes: un inconveniente que es el

mayor riesgo de consolidación de deuda por ser una sociedad pública y una ventaja puesto que mantiene la titularidad pública de las infraestructuras.

Estamos como en Baleares también un poco a la expectativa, porque acabaremos los dos hospitales durante el año que viene, la puesta a punto se realizará antes de acabarlo y será el momento de analizar los resultados. Creo que serán muy buenos, no tanto en la parte de construcción, donde las ventajas existirán pero no serán tan importantes, sino en la de los Servicios.

Prof. Barea: Esto no es una cosa que surge nueva, ya hubo dos economistas hace mucho tiempo John Kenneth Galbraith en su libro "La era de la incertidumbre" y Milton Friedman en "Libertad de elegir", que plantearon el problema de quién debe dirigir la economía, si el sector público o el sector privado, esto abrió el campo a la discusión en muchos sectores, no sólo en sanidad, donde el sector público era prácticamente monopolista.

En Suecia, que era un país tradicionalmente socialista excepto en una legislatura que estuvo el partido conservador, en el año 1990 como consecuencia de una crisis, hubo una verdadera revolución de los servicios públicos. Los grandes monopolios públicos (sanidad, educación, servicios sociales...) fueron rotos por el propio gobierno socialista y dio libertad de elegir. Cambió y la gente está contenta y el coste se ajustó enormemente para garantizar la sostenibilidad del sistema. A nosotros la OCDE ya nos avisó de que el coste del sistema de protección social en España, como no se tomen medidas muy importantes, que no es fácil que las tome un gobierno, porque todos las dejan para el siguiente, nos puede llevar a una grave crisis.



Profesor José Barea

En definitiva no es que el sector privado sea más listo que el público, pero si es cierto que tiene una mayor experiencia de gestión y la Administración se ve muy constreñida por las normas de carácter público que impiden una gestión eficiente. Por eso se impone la gestión privada, lo cual no quiere decir que el servicio que se proporcione a la colectividad sea privado, lo que marca si es privado o público es la financiación. Lo que hay que hacer es conservar la financiación pública, porque es uno de los instrumentos de cohesión social y de equidad más importante, pero que la gestión la haga el que sea más eficiente, porque así nos costará menos a todos y todos seguiremos teniendo los mismos derechos.

Aquí en la fundación Signo tuvimos ya dos debates publicados en 2005, cuando se estaban implantando los modelos y creo que es bueno que ahora hagamos una evaluación de lo que resulta y que incluso busquemos formas de sistematizarla como con la imagen del observatorio que señalaba Eduard Rius.

E. Rius: Creo que es absolutamente necesario una entidad independiente que pueda evaluar estos modelos, pe-

ro insisto, no única y aisladamente, sino comparándolos con los otros modelos. En España nos falta aún esta cultura de los resultados y es complicado pero en otros países se hace. Todos conocéis que en el Reino Unido se publica una vez al año el listado desde el primer hospital al último, como se hace con las universidades o las escuelas. Esto hay que hacerlo para que todos aprendamos.

Creo que es absolutamente necesaria una entidad independiente que pueda evaluar estos modelos, pero insisto, no única y aisladamente.

Eduard Rius

A. de Frutos: Eso existe efectivamente en Inglaterra y se hace de forma habitual. El PSC, el Comparativo de Servicios Públicos, publica este tipo de datos, pero yo volviendo a lo que decía el Profesor Barea, que ha centrado el debate en donde, creo debe estar, respecto a la eficiencia de la gestión.

El modelo de colaboración público-privado ha demostrado su eficiencia y su utilidad en España y en otros países, creo que el debate no está tanto en la gestión de la infraestructura y en los servicios auxiliares asociados, el debate está en el servicio público que se presta, ¿tiene que ser también gestionado por el sector privado o no? ¿Quién es más eficiente gestionando ese servicio público?

En modelos de colaboración público-privada en infraestructuras sociales en España y fuera de España se están haciendo muchas cosas, como decía Eduard; en Inglaterra hay un programa tremendo de escuelas, por ejemplo. En España la Ciudad de la Justicia se ha hecho con este modelo, a nadie se le ha ocurrido pensar que los jueces que hay dentro de la Ciudad de la Jus-

ticia sean privados. Se están haciendo comisarías de policía, a nadie se le ha ocurrido pensar que la policía que hay dentro sea privada.

La Ciudad de la Justicia se ha hecho con este modelo, a nadie se le ha ocurrido pensar que los jueces sean privados.

Alberto de Frutos

M. Guerrero: Nosotros lo tenemos clarísimo porque nuestro modelo se ha basado no sólo en la construcción de la infraestructura, sino en la gestión integral del hospital y del departamento sanitario. Nos han transferido el riesgo y somos responsables de cubrir la necesidad sanitaria de poblaciones importantes. Cuando antes me refería al 25% de mejora de la eficiencia, me refería a ese global, no a la construcción o a la gestión de los servicios auxiliares.

Además, refiriéndome a la aceptación de los profesionales sanitarios, cuando nosotros abrimos la página web para que los profesionales sanitarios y no sanitarios formaran parte de nuestro equipo, recibimos más de 30.000 solicitudes para trabajar con nosotros...

C. Roch: Bueno eso no es un dato significativo, siempre hay miles de solicitudes cuando se abre un hospital y más cuando el hospital tiene alguna relación con la Administración.

M. Guerrero: Pero hemos de aceptar que se trata de profesionales sanitarios que optan por el modelo.

C. Roch: También se puede decir que optan por trabajar donde hay oferta de trabajo. Evidentemente es un dato, pero no creo que sea relevante en lo que estamos tratando. Hay otra cosa que me preocupa de vuestro modelo y

que quizá el profesor Barea nos pueda ayudar a profundizar: ¿qué criterios se utilizan en la CEE, para que el modelo "Alcira" o *per cápita*, compute deuda mientras que el otro no? Para no computar deuda el modelo utilizado debe cumplir dos de los siguientes tres riesgos: el de construcción, el de explotación y el de demanda, pero insisto Alcira computa deuda, Valdemoro también... mientras que los otros siete de obra y explotación no.

E. Rius: El profesor Barea ya lo ha tocado, cuando analizas el modelo Alcira, el modelo "bata blanca", en el fondo estamos hablando de romper el aseguramiento, para mí es un debate que va mucho más allá de la eficiencia. ¿En España el aseguramiento está roto? Sí, por MUFACE, por el ISFAS, ... no hay un aseguramiento único, pero en el caso de Alcira, no al principio, pero en el momento que le añades trasplantes, transporte sanitario, farmacia extrahospitalaria, etc. ya tienes otro aseguramiento. Este es otro debate y más profundo, no obstante yo nunca centraría el debate de la colaboración público-privada en el hecho de que compute o no deuda, yo lo centraría en si aporta valor y en la eficiencia.

C. Roch: Estoy de acuerdo, pero lo cierto es que estos modelos se desarrollaron en parte, insisto, en parte, porque no computaban deuda.

E. Rius: Recuerda que cuando en Inglaterra en los años 95 diseñan este modelo no era un problema de deuda, era un problema de "value for Money" y de coste de oportunidad. Puedo hacer un hospital en un año o puedo hacer cinco. El tema de la deuda ha venido después con la normativa europea.

Prof. Barea: Sin embargo ahora tiene una enorme importancia y el modelo se ha expandido tanto porque no iba a computar deuda y aumentar el déficit

del Estado. Como el tratado de la Unión prohibía que el déficit superara el 3% del PIB, para entrar hubo que recortar enormemente el gasto y recurrir a modelos de concesión que permitían trasladar el riesgo.

J. Magán: Yo estoy de acuerdo con el profesor Barea en que, independientemente de la eficacia y de las posibilidades del modelo, el motivo principal para adoptarlo es la falta de recursos de la Administración ante la avalancha de la demanda social de servicios sanitarios, y entiendo que no puede cubrirse de otra forma que con la colaboración público-privada, cada uno con lo que sabe hacer.

La Administración ha sido capaz así de promover hospitales, que si no, no hubiera podido poner en marcha, porque los recursos son escasos, más en época de vacas flacas, pero también en época de vacas gordas, y hay que afrontar muchos gastos imprescindibles. En fin, yo creo que lo fundamental es el tema de recursos y la Adminis-



José Magán

tración debe emplearlos en los servicios que sabe gestionar y dejar las infraestructuras y los servicios auxiliares a quien sabe gestionarlos.

La iniciativa privada hace que tengan más agilidad las actuaciones y eso se percibe por el usuario.

José Magán

Puedo añadir una bondad más del modelo, la iniciativa privada hace que tengan más agilidad las actuaciones, porque además, por pliego, el concesionario debe preocuparse de mantener las infraestructuras en perfectas condiciones durante todo el periodo de explotación, respetando el plan de reposición al que se comprometió y con un control diario de disponibilidad y calidad de los servicios, con tiempos de respuesta muy ajustados. Todo esto se percibe por el usuario. La tramitación administrativa de todas estas actuaciones en un hospital público es mucho más lenta y desigual.

J. Pomar: Yo segmentaría un poco los beneficios, entiendo que el tema de la deuda es importante para Hacienda y que la fragmentación y aplazamiento del pago a futuro ha servido para convencer a los responsables de Economía y ayudarles a encajar sus presupuestos, pero sí creo que es necesario centrarse en ver qué beneficios percibimos ahora del modelo y qué beneficios podemos esperar en lo sucesivo. El primero es evidente, o en diez años o en dos años..., eso es indiscutible para todos, ciudadanos, Administración y profesionales y además evitamos aquello de poner en marcha hospitales, que no tienen nada que ver con su proyecto, ni con las necesidades del momento en que se inauguran.

Después, enlazando un poco con el otro debate, personalmente considero que el ámbito de colaboración públi-



Josep Pomar

co-privada tiene suficiente recorrido, en mejora y en impacto, como para no tener que entrar a fondo en la discusión de si externalizamos o no la asistencia sanitaria. Es un debate que esta bien que lo movamos con tiempo a nivel conceptual, pero creo que la continuidad de las iniciativas público-privadas, dentro del modelo concesional, el que se distingue por la provisión sanitaria pública, sigue teniendo un lugar muy importante, no sólo en la construcción y en los servicios auxiliares.

La gestión de la alta tecnología, en los próximos años, va a dar más juego en economías de escala, mejora de procesos y nuevas líneas de colaboración.

Josep Pomar

El recorrido que tiene por ejemplo en la gestión de la alta tecnología es brutal, la constitución de socios tecnológicos, que no sólo venden o ponen a disposición, sino que también garantizan la reposición en las bandas más altas, e incluso llegan a ofrecer resultados. Creo que por ahí tenemos una línea

que, en los próximos años, va a dar más juego en lo que se refiere a economías de escala, mejora de procesos y establecimiento de nuevas líneas de colaboración público-privada.

En cambio en el otro modelo, el de "bata blanca", tengo mis dudas no tanto en función de los resultados, sino porque podemos acabar mentiéndonos en alguno de los debates a los que estamos acostumbrados en nuestro sector, que al final, en vez de ir hacia un avance, podríamos ir a un retroceso.

En nuestra cultura y en nuestra memoria reciente tenemos el tema de las fundaciones. Fue una apuesta muy importante por parte de la Administración, pero fue sometido a tal tensión, que al final cuesta mucho poder ver la diferencia que existe a nivel de funcionamiento y organización con el hospital tradicional.

Me da mucho miedo entrar en este tipo de debates. El modelo PFI posiblemente tardará en generalizarse, costará que entren algunas Comunidades Autónomas, porque el coste de discusión en un entorno que no está maduro para estas iniciativas va a ser importante, pero no podemos mantenernos inmóviles y el propio desarrollo de la clínica nos va exigir cambios importantes. Cambios en la relación contractual, de las relaciones internas dentro del propio sistema, de dar un papel mucho más responsable y más activo a los propios profesionales.

Creo que la reforma debería agotar un poco más las posibilidades del modelo de gestión clínica, a forzar la autonomía profesional, de los grupos de profesionales que aceptan retos singulares dentro de sus propios centros. En el caso de la Atención Primaria hay experiencias muy interesantes en este sentido. Mi impresión es que deberíamos forzar más estos aspectos, porque

lo otro me da miedo y creo que podemos entrar en un debate para el cual no estamos preparados y que el resultado puede tener un coste importante.

M. Guerrero: Creo que el modelo de transferencia de riesgo es un marco que habrá que ir desarrollando y que se empieza por infraestructuras, se sigue por asistencia, pasa por socios tecnológicos y se termina por asesoramiento estratégico.

Probablemente lo que estamos haciendo ahora no es nada más que el comienzo de lo que va a ser un modelo que, dentro de unos cuantos años, ni lo podríamos imaginar. Nosotros apostamos por el modelo de asistencia sanitaria global, no sólo hospitalaria, y lo hacemos porque hemos visto los resultados y con prudencia creo que tenemos que seguir por ahí. Nosotros estamos en Madrid con un modelo concesional de Laboratorio, es decir, con una línea de productos horizontales. Hay algunas incertidumbres, pero hay que seguir y el paso siguiente puede ser ir a buscar la cápita oncológica, la cápita de laboratorios... porque esos modelos van a aportar mucha información. El modelo tiene una de sus fortalezas en la financiación cápita.



Mariano Guerrero

E. Rius: Quería apuntar un tema que va un poco ligado al análisis de la transferencia de riesgo. El modelo Valencia es una transferencia de riesgo relativa, porque la cápita crece como crece el presupuesto sanitario. Es decir, lo que interesa es que la asistencia pública sea lo más ineficiente posible, porque ellos van a ganar más dinero. En la Comunidad de Madrid han optado por otro modelo con una gran transferencia de riesgo. Este es un elemento, aunque sea externo, que hay que ponerlo en el debate porque si no estamos hablando de cosas diferentes.

Luego hay que tener en consideración que la pública carga con todo y hay que reconocerlo en cualquier comparación, además ¿quién está formando a los médicos en España? ¿Quién ha formado a esas 30.000 personas que os han llamado a vosotros? Esto genera un coste extraordinario que se olvida y que hace que las cifras no sean tan blancas o tan negras. Es evidente que el modelo de Valencia hay que analizarlo desde este punto de vista.

En otros países de nuestro entorno lo solucionan de otra manera, con el market test, que va a ser en el futuro algo absolutamente necesario, porque hay que poner encima de la mesa muchas piezas, para analizar los resultados y quedarnos tranquilos. Estoy completamente de acuerdo con Josep Pomar en que debemos ser cautos en este momento. Es un modelo que hay que hacerlo muy despacio, y quizá hay que ver lo que ha hecho la Comunidad de Madrid, ¿para qué voy a tener seis laboratorios?, los unifico; ¿para qué voy a tener seis servicios de radiología?, los unifico. Y ahora el reto para nosotros como concesionarios es ¿para que tenemos que tener seis servicios de esterilización si es absurdo...? Hay mucho recorrido.

A. de Frutos: Me gustaría volver al debate anterior, a lo que decía Pepe Mangán, Josep Pomar y que otros habéis comentado. Al hecho de que hay dos elementos importantes en el modelo, sea cual sea; hay un componente de eficiencia, que hemos tocado sobradamente y hay un aspecto económico, referido a que este modelo permite a la Administración realizar infraestructuras fuera de su balance y eso es fundamental, porque en definitiva el modelo debe ser aquel que para empezar no compute deuda a la Administración y luego buscar la forma de hacerlo lo más eficiente posible.

En el modelo Valdemoro, por lo que yo entiendo, el riesgo de volumen o de demanda, también es relativo. Recibe una cápita por las tarjetas sanitarias, independientemente de que la persona vaya al hospital o no, únicamente hay un componente de ajuste por si las personas van o vienen de otra área, por lo que el único riesgo es que disminuya la población, en realidad tu riesgo es un riesgo demográfico y lo que la CEE ha-



Alberto de Frutos

brá pensado, supongo, es que ese riesgo demográfico es muy relativo, porque la historia muestra, que excepto después de un gran guerra o de la peste, el crecimiento ha sido permanente.

M. Guerrero: Hay otro riesgo y es que la población no acepte ese servicio y se vaya a otro lado.

A. de Frutos: Pero eso es un ajuste porque la persona que no va a ningún sitio sigue computando.

M. Guerrero: Sí, pero ese ajuste puede ser prácticamente cargarse la cuenta de resultados.

E. Rius: En el caso de la transferencia de riesgo, lo maduro sería que cualquier ciudadano pudiera ir al hospital que le dé la gana, es la manera de que el riesgo lo tuviéramos todos.

C. Roch: Volviendo a un nivel más operativo, si yo os pasara ahora las preguntas que ha habido esta misma mañana por parte de algunas concesionarias de Madrid, os daríais cuenta también de las dificultades que estamos teniendo en el día a día, eso de lo pones tu o lo pongo yo y que nos inducen a hilar muy muy fino en los pliegos.

M. L. Segarra: Nuestra relación va a ser de treinta años y no hay manual de instrucciones. A nosotros como hospital, a la parte asistencial, nos miden con los mismos indicadores que a la Paz o al Gregorio Marañón, pero en nuestro modelo el conseguir esos objetivos tiene que ver mucho con los servicios que nos presta la concesionaria. El personal administrativo del área de Admisión, un área estratégica del hospital, es de la concesionaria, una la parte del equipo de apoyo asistencial que trabaja en las Unidades (TIGAs) también es de la sociedad concesionaria. Hemos tenido también que cambiar nuestro esquema e incluso la or-



María de la Loma Segarra

ganización de nuestro equipo directivo para negociar, acordar y trabajar con una empresa privada. La dirección de gestión tradicional ha cambiado su sentido significativamente y la dirección de enfermería ha pasado a llevar la parte de logística y toda la parte operativa. La relación con la concesionaria por ejemplo en protocolos, manuales de procedimientos o control de indicadores de calidad y de servicio, está cambiando de sitio dentro de la parte pública.

Hemos tenido que cambiar nuestro esquema e incluso la organización de nuestro equipo directivo.

María de la Loma Segarra

La parte pública nos hemos tenido que adaptar a un modelo pero ya en el día a día. Los 250 indicadores que decía Eduard, son las supervisoras y la dirección de enfermería, las que están haciendo el control para garantizar que ese servicio se está haciendo en tiempo, en forma y con la calidad requerida en los pliegos. Pero es que antes de lle-

gar a esos pliegos, la formación que ha recibido todo ese personal ha salido de la parte pública y los protocolos de los procedimientos también se ha generado desde la parte pública, después de consensuarlo con la empresa.

C. Roch: No, eso se ha realizado previa y conjuntamente.

M. L. Segarra: Pero no es que yo haga un protocolo y como soy la Dirección lo implanto, es que lo tengo que consensuar con estos señores, ajustarnos al pliego y así parte de las funciones de la parte asistencial, de la parte de gestión del centro cambian totalmente con el modelo. No nos prestan un servicio y ya está, hay mucho de consenso, mucho de formación, mucho de transferencia de conocimientos desde la parte pública y de asumir funciones que yo creía que iba a tener la empresa concesionaria. Me explico, habitualmente yo decía: esta planta, necesidades, tantos celadores... y ahí los tenía. Ahora tengo que negociar, determinar cargas de trabajo, puesto, horarios... ya no trabajamos con número, estamos trabajando en la demanda de servicios.

J. Pomar: Pero eso es bueno.

M. L. Segarra: Sí, pero los recursos que necesita ahora la parte sanitaria no son los mismos, el concepto del equipo que tiene que negociar tiene que cambiar radicalmente.

J. Magán: Ese es un tema clave porque el modelo no está todavía maduro, tiene que evolucionar, porque siempre la sanidad ha sido una cosa viva, evolutiva. Como se gestionaba un hospital hace treinta años no es como se gestiona ahora. Los planes directores que se dictaban para hacer un hospital, a los tres años se quedaban obsoletos por las nuevas tecnologías o por los cambios organizativos o por las ne-

cesidades de la población. Este modelo exige mucho desarrollo en torno a la eficacia y a la economía.

Hace quince años que se empezaron a externalizar los servicios de esterilización, otros antes y otros después, pero se necesita que todos se vayan ahorrando en esa línea de colaboración público-privada, entorno a una eficacia y una economía. Yo decía que cada uno tiene que hacer mejor lo que mejor hace y lo que mejor hace cada uno resulta más eficaz, más económico y más productivo, así los modelos de laboratorio, los de radiodiagnóstico se irán incorporando a este modelo. Lo veremos dentro de nada y cambiará como en otras muchas ocasiones hasta la configuración física del hospital, las necesidades y la distribución de los espacios. Lo que decíais antes, por qué no tenemos una única esterilización, sí la eficacia es la misma, si la productividad es mayor y económicamente le sale mejor a la Administración, que al final son sus recursos los que tiene que poner y son recursos de todos, pues evidentemente hagámoslo así.

M. Guerrero: Además del modelo concesional, creo que hay que hablar del modelo multihospital y empezar a ver qué se puede hacer en este sentido, sin reproducir muchos servicios. No estoy hablando solamente de servicios básicos o auxiliares. Siempre pongo el mismo ejemplo, si tenemos tres hospitales pequeños donde ninguno de ellos da capacidad para hacer cirugía cardiaca, ¿por qué no ponemos un servicio de cirugía cardiaca para esos tres hospitales?

A. de Carlos: Eso es fundamental, nosotros vamos a sacar ahora a concurso el servicio de esterilización y lo hacemos para tres hospitales a la vez.

Yo quería comentar el tema del cómputo de la deuda, ya he señalado que para Asturias no es una prioridad y sí que-

ría aclarar, que no computar deuda tiene un coste económico y financiero relevante. En nuestro caso la diferencia entre el coste de la deuda yendo con el banco Europeo de Inversiones, prácticamente al mismo precio que si financiase el propio Principado de Asturias, y el modelo concesional puro, nos ha supuesto unos ahorros del entorno de 30 millones de euros, que para un proyecto de 260 es importante. Eso en un tiempo en que los costes financieros se han mantenido muy moderados, porque si se disparan pueden llegar a cuestionar la viabilidad económica de alguno de estos proyectos. Al final, en ese estudio de evaluación de todos estos modelos, también deben incluirse estos costes o estos ahorros.

No computar deuda tiene un coste económico y financiero relevante en un tiempo en que se han mantenido muy moderados.

Alfonso de Carlos

Por otra parte, tal y como habéis comentado, cuando un paciente llega al hospital no sabe o no le preocupa si el mantenimiento lo hace una empresa pública o una privada, no hay un *value for money*, no le interesa la diferenciación. Sin embargo, en la asistencia sanitaria no estoy seguro de que los incentivos, que tiene una empresa privada, no introduzcan diferencias que perciba el paciente.

Ya he dicho al principio que no dudo de la eficacia del modelo concesional, pero le veo el riesgo, por citar uno, del abuso. Como la persona que empieza a abusar de la compra a plazos y al pasar unos meses le resulta muy difícil llegar a final de mes.

C. Roch: En la experiencia que tengo en el proyecto de los siete hospitales, me preocupa desde el principio la gran separación que existe en las empresas

concesionarias, entre la construcción y el resto. La constructora ha realizado el proyecto, ha cumplido plazos, pero en la explotación ya es otra cosa... En algún hospital cuando hemos comentado ¿cómo tenéis esto así?, la respuesta normalmente ha sido "es que nos lo han dejado... ¡Esta constructora...!".

Pensábamos que la hilazón constructora-concesionaria iba a ser una ventaja para todos. El poner una mejor instalación para que sea más fácil mantenerla, el adecuar los espacios para facilitar por ejemplo la limpieza,... Pues algo ha pasado, por parte de los arquitectos y/o de las constructoras, porque da la sensación de que la explotación ha quedado un poco como hijo menor. ¿Por qué? Quizá porque no tenemos experiencia.

A eso le añadimos otro problema, la ley de Contratos, que favorece la adjudicación al más barato. Las ofertas han ido en general a la baja. Al principio estábamos muy contentos, pero han ido muy a la baja y sobre todo en explotación. No hablamos de personas, los pliegos no hablan de personas porque entonces no habría transferencia de riesgo, hablamos de servicio y estamos sufriendo ahora las consecuencias. Para evitar esa escasez deberíamos hacer unos pliegos diez veces más gordos, como dicen los niños, para recoger todo lo que realmente ahora nos deberían aportar como servicio.

E. Rius: Yo no lo solucionaría con el pliego, yo lo solucionaría adjudicando con el precio real. Lo que no se puede es subastar. Aquí estamos hablando de servicios y la Administración sabe lo que le cuestan los servicios.

A. de Frutos: Pero sobre todo adjudicando según vuestro pliego, si recuerdo bien, la valoración era: 70% oferta técnica, 30% oferta económica. Lo que pasa es que eso se pone en el pliego y luego no parece que se utilice.

E. Rius: Pero no es un caso que se dé en la Comunidad de Madrid, es como se está adjudicando en España, donde priman los criterios económicos y se considera mucho la grandiosidad del edificio. Así hay halls de hospitales que parecen aeropuertos internacionales y luego la Administración se queja de la factura energética... pues utilicen otros criterios. Por tanto no se trata de hacer un pliego de miles de hojas, se trata de adjudicar con el precio real y con criterios técnicos de las funcionalidades que se requieren, que insisto, la Administración conoce porque gestiona esos mismo servicios en sus hospitales.

Por otra parte y sería bueno utilizar esa experiencia, en el mercado anglosajón tu puedes llegar a discutir este pliego y ajustarlo con la Administración para hacerlo viable para ambas partes.

C. Roch: Ese diálogo lleva mucho tiempo, el último, tres años

E. Rius: No, en Canadá seis meses y están adjudicando bien.

J. Magán: Esto es lo que llamaba yo la oferta sopa y la oferta filete. No se puede valorar igual ambas por parte de una Administración, porque el filete es más caro que la sopa. Evalúa que quieres que te den y adjudica en consecuencia.

En cuanto al tema de las constructoras versus explotadoras, hay diferentes tipologías. En la mía somos concesionarios, somos la séptima potencia mundial en concesiones y el constructor es concesionario. Nos interesa que el ciclo de vida sea lo más dilatado posible y que se reduzcan al máximo los costes de reposición.

J. Pomar: En cualquier caso las empresas constructoras tendréis que acreditar en el tiempo vuestra capacidad de explotar servicios dentro del sector sa-

nitario, tal y como habéis acreditado vuestra capacidad de construir. Porque es cierto que una de las debilidades del modelo concesional puede estar en la prestación de los servicios, porque es un sector muy exigente, porque hay una adaptación continua del tipo de servicio y es posible que por ahí haya algún tipo de crisis.

¿Qué puede suceder en el futuro? Creo que dos cosas: Que el mercado depure dejando sólo a las válidas o, por decirlo de otra manera, que alguien se gane el prestigio de explotador, o bien, que el modelo evolucione hacia una separación más clara de los servicios más cercanos a la asistencia, de lo que es el paquete de obra, instalaciones e incluso de alguno de los servicios más ligados a esa infraestructura.

J. Magán: Estoy de acuerdo pero insisto en que hay diferentes modelos, hay grupos empresariales donde concesión y explotación están absolutamente compartimentados y cada uno tiene su propia cuenta de resultados y hay otros que son lo mismo y tienen una única cuenta de resultados que dura los treinta años de concesión.

E. Rius: En general en España cuando entran las grandes constructoras y, como en Madrid, entran todas, lo hacen porque detrás hay una gran experiencia en las concesiones, no en este tipo, pero sí en otros tipos y en todo el mundo. Es verdad que han entrado en un mercado nuevo como decía Josep, que requiere algunas otras habilidades, pero que se pueden desarrollar y se van a desarrollar. Otra cosa es el mercado internacional, ahí sí es verdad, por ejemplo en el mercado anglosajón, que al final las constructoras han cedido paso a otro tipo de empresas de fondos de capital que invierten en estos modelos, contratan la construcción a una constructora y después gestionan los servicios. También es posible

que esto sea así porque las constructoras anglosajonas no tenían la experiencia en concesiones que tienen las españolas.

C. Roch: Creo que el cambio conceptual de personas, a prestación de un servicio, va a costar pero es muy importante, es la clave del futuro de la explotación y de las experiencias que nos pueden hacer avanzar en el modelo.

A. de Frutos: Nos está costando a ambas partes.

El cambio conceptual de personas, a prestación de un servicio, va a costar pero es muy importante.

Concha Roch

J. Pomar: Tendremos que aprender a comprar, a definir bien el tipo de producto.

E. Rius: En el caso de los hospitales de Madrid, no hay ninguna duda de que hay dos servicios que se han externalizado y que realmente fueron novedosos, los TIGAs o celadores y los administrativos, y son muy sensibles porque están muy ligados a la actividad asistencial. Desde el principio éramos conscientes de que podían generarse muchos problemas, porque nos enfrentábamos a una cultura posiblemente de hiperdimensionamiento, anacrónica y con una definición insuficiente de funciones.

J. Pomar: Es un problema de maduración. Seguro que el conflicto ya empieza cuando alguien mantiene que "tiene que haber dos celadores por planta", porque alguien tiene ese arquetipo. Lo que hay que comprar es, como decíais antes: servicio y tiempo de resolución de problemas.

M. L. Segarra: No dudo que puedan externalizar los Administrativos, pero



Concha Roch

pasará lo mismo que la primera vez que se externalizó un servicio de Esterilización. Hasta que la parte privada adquirió toda la soltura, la formación y conocieron bien lo que hacía falta, pasaron años... y eso que casi seguro contaron con personas de la pública con experiencia probada.

M. Guerrero: La Comunidad de Madrid ha dado un paso más al incorporar el modelo sanitario, la bata blanca en la gestión. Ya es una realidad en un hospital (Valdemoro) y añadirá otro en un año y medio (Torrejón), que nos ofrecerán, junto a los demás, suficientes elementos de juicio para poder comparar.

Podemos definir los indicadores que vamos a utilizar para evaluar la calidad del servicio. Ese va a ser un debate muy importante, porque tiene que alcanzar a los diferentes modelos: con Atención Primaria o sin Atención Primaria, con sanitario o sin sanitario, con TIGAs o sin TIGAs, sólo construcción, con tecnología o sin tecnología,... Modelos que ya están en este país. Cuando uno ve el mapa de su distribución, se da cuenta

de que es mucho más amplio y más extendido en toda la geografía nacional de lo reflejamos coloquialmente.

En definitiva creo que es muy importante, como decía Eduard, que empecemos a evaluar resultados y que nos pongamos de acuerdo en cuáles son los indicadores, porque eso nos va a dar a todos mucha seguridad y consolidará de una vez el modelo concesional.

Prof. Barea: Concluyendo. Si hay algo fundamental para que el modelo triunfe, es la transparencia, la evaluación de

lo que se hace y publicarlo, no tener miedo. En el sector público la transparencia y la publicidad es, lo que en el sector privado es el mercado. Como todo en la sanidad no puede ser mercado, tiene que sustituirse por la transparencia y la evaluación de resultados. Eso es fundamental para que el modelo siga avanzando.

En el sector público la transparencia y la publicidad es, lo que en el sector privado es el mercado.

José Barea
