



La planificación de las infraestructuras sanitarias en España y su evolución. ¿Estamos en el camino correcto?

Mario González⁽¹⁾
Ángeles García⁽²⁾

⁽¹⁾Gerente Hospital Universitario Central de Asturias - HUCA
⁽²⁾Subgerente Hospital Universitario Central de Asturias - HUCA

La planificación de las infraestructuras sanitarias ha sufrido a lo largo de la última década en España grandes cambios como consecuencia de la introducción de modelos importados de otros países, fundamentalmente el Reino Unido. Estos cambios han posibilitado la realización de una inversión sin precedentes que está modificando el parque de infraestructuras sanitarias a nivel nacional si bien no se ha estudiado suficientemente su idoneidad ni su repercusión a largo plazo.

La planificación de las infraestructuras sanitarias siguen dos modelos claramente diferenciados:

- Un modelo tradicional en el cual se plantea la inversión pública de forma directa, siendo la Administración Sanitaria quien se encarga y supervisa todas las fases de planificación, construcción, equipamiento y puesta en funcionamiento del centro sanitario
- Otro modelo en el cual la inversión se contabiliza como fuera de balance: dentro de este apartado podríamos subdividir a su vez dos situaciones claramente diferentes, siendo las siguientes:

a) Modelo de colaboración público-privada, entrando dentro de este concepto tanto la concesión de obra pública a la iniciativa privada-modelo PFI (casos de Burgos, hospitales de Madrid, Son Dureta) como la concesión del servicio médico (modelo Alcira, Torreveja o Valdemoro). En este modelo de colaboración público privada el nivel de prestación de servicios varía, siendo distinto el nivel de desarrollo en los diferentes hospitales que optaron por esta solución.

b) Modelo a través de empresa pública, como es el caso de GISPASA en el Principado de Asturias o GIS-CARMSA en la región de Murcia, la cual replicó el modelo adoptado en el Principado).

Una vez hecha esta introducción parece lógico y pertinente efectuar una reflexión sobre la idoneidad de incorporación de este tipo de modelos en nuestro país, los cuales no han sido todavía estudiados con la suficiente profundidad careciendo asimismo de análisis acerca de las consecuencias futuras que pueden acarrear a largo plazo.

Estos modelos de financiación privada de hospitales surgen como consecuencia de la necesidad de evitar nuevos endeudamientos por parte del erario público ante la necesidad de contar con nuevas infraestructuras sanitarias. Es éste un modelo que fue introducido en el Reino Unido en 1992 y que en nuestro país ha irrumpido con fuerza desde mediados de esta década aproximadamente, aunque con diferentes fórmulas que oscilan desde modelos privados a modelos de concesiones en los cuales la empresa concesionaria es una empresa de titularidad pública.

Es evidente que este tipo de modelos que actualmente se han impuesto en la realidad sanitaria española deberían efectuarse con la premisa básica de su sostenibilidad a lo largo de la concesión, para lo cual es imprescindible el estudio concienzudo de los compromisos financieros que la Administración asume así como la garantía de funcionamiento y actualización permanente absolutamente necesaria en un entorno tan dinámico como es un hospital. A ello habría que unir cuatro requerimientos a solicitar en la construcción de este tipo de equipamientos sanitarios según manifiesta Gesler y cols en alguna de sus publicaciones:

- Ser clínicamente eficientes
- Estar integrados con la comunidad
- Ser accesibles a consumidores y público
- Buscar el bienestar de los pacientes y trabajadores

Entrando a analizar las características y propiedades que presentan estos modelos se podrían enfatizar los siguientes puntos:

1. Facilitan la construcción de equipa-

mientos sanitarios: bajo una doble vertiente, la de la rapidez en la construcción y la de la viabilidad de encontrar la financiación adecuada que posibilite su construcción. Una crítica a este modelo efectuada en el Reino Unido hace referencia a que la planificación y la valoración real de las necesidades que pueden justificar estas infraestructuras sanitarias pasan a un segundo plano. Hay estudios que demuestran que existen evidencias que los hospitales construidos bajo este modelo PFI han sido planificados no en base a las necesidades de salud sino en base a los retornos que puede generar una inversión de este tipo. Así pues, el proceso de planificación para la construcción de un hospital se ha invertido, diseñando servicios acordes a las disminuciones tanto en provisión de servicios, como camas de agudos y personal. Justificar estas reducciones se ha convertido por tanto en la principal tarea de planificación según manifiesta Pollock en alguno de sus escritos.

2. Permite, dado el carácter del modelo, evitar endeudamientos manteniéndose dentro de los límites establecidos a nivel de la Unión Europea en cuanto a criterios de convergencia. Hasta el momento actual la existencia de un riesgo real en la inversión a efectuar constituía uno de los puntos que permitía la contabilización al margen de la deuda pública; el riesgo hace referencia al respeto a los plazos comprometidos para la planificación, realización y puesta en marcha de la infraestructura, existiendo en los contratos de arrendamiento operativos cláusulas que conllevan penalizaciones económicas en caso de incumplimiento. Ahora bien, es ésta una característica que tiende a ser revisada en un futuro próximo a nivel comunitario.

3. El mundo sanitario es un mundo particularmente cambiante donde el uso de la tecnología aumenta y varía su intensidad de uso con gran rapidez, pudiendo haber grandes desajustes entre la utilización y la inversión efectuada, aspectos que generalmente suelen quedar al margen del riesgo a pactar con la empresa concesionaria.
4. Parece claro asimismo que el coste total es mayor bajo este modelo de funcionamiento, circunstancia claramente justificable dado que al coste de la obra hay que sumar beneficios empresariales que en el caso de la construcción bajo el modelo tradicional no se producen así como las consecuencias de unos intereses más altos por parte de las entidades bancarias. Estos costes, como apunta A. Prieto y cols, son más altos incluso cuando se emplea para el cálculo una tasa de descuento del 6%, como consecuencia de la ventaja económica que representa el sistema PFI respecto al modo tradicional de construcción de equipamientos sanitarios por la mayor rapidez en la ejecución de los proyectos así como en la puesta en marcha.
5. En la mayoría de los casos se tiende a una clara separación de las funciones necesarias dentro del hospital, dejando la parte puramente asistencial y de cuidados de salud en manos del sistema sanitario circunscribiendo el ámbito de actuación de la concesión a otros ámbitos no asistenciales pero necesariamente existentes dentro del centro sanitario. Hay que apuntar que existen casos en los cuales ha habido concesiones dentro de este marco de colaboración para servicios propiamente asistenciales y sanitarios como es el caso de laboratorio o radiología.

Conviene mencionar también que esta separación de funciones no es pura ya que las interrelaciones existentes entre el hospital y la concesión son constantes a lo que hay que sumar una imprescindible interrelación económica que pudiera llevar, sobre todo en un entorno marcado por la crisis como el que vivimos, a una restricción de la asistencia sanitaria a prestar como consecuencia de la necesidad de un cumplimiento presupuestario por parte de la Administración Sanitaria en el que ya existen unos gastos fijos a considerar y respetar con la concesión, siendo el margen de ahorro solamente el existente en esa otra faceta de prestación asistencial.

6. El marco de relaciones a instituir entre la concesionaria y el hospital debe estar marcado por una relación fluida y de confianza para lo cual es imprescindible el establecimiento de un contrato de arrendamiento operativo que especifique y delimite claramente los ámbitos de actuación y competencias de cada una de las partes. Los intereses y objetivos de cada una de las partes son necesariamente tan diferentes que la existencia de desencuentros se hace inevitable, debiendo establecer reglas claras de cómo actuar ante cualquier tipo de conflicto que garantice por encima de cualquier otra circunstancia el funcionamiento de la estructura hospitalaria.
7. Otra de las críticas más comunes, sobre todo en el Reino Unido hace referencia a los recortes en el número de camas y equipamiento sanitario, hecho que no se justifica en las experiencias analizadas solamente por el incremento de la atención ambulatoria.

Se trata, por tanto, de un modelo en el cual las dudas todavía sobrepasan a

las certezas y en el cual el futuro se está escribiendo día a día en base a la experiencia y el rodaje de una realidad que, de hecho, se ha impuesto en la construcción de infraestructuras sanitarias en nuestro país.

Por lo tanto, concluir acerca de la bondad o problemática de este tipo de modelos resulta cuando menos atrevido y complejo en nuestro país por el todavía escaso recorrido de los mismos y por los escasos resultados y estudios comparativos realizados,

siendo necesario por parte del Sistema Nacional de Salud, en su conjunto, efectuar una reflexión rigurosa y en profundidad que permita una toma de decisiones para el futuro y un replanteamiento de la situación si así se hiciese necesario. La viabilidad y la sostenibilidad del sistema sanitario necesita decisiones basadas en análisis evitando como apuntan algunos estudios posibles huidas hacia adelante carentes del rigor necesario que puedan comprometer el futuro de nuestra sanidad.