



## Nuevos hospitales. Colaboración público-privada, una experiencia que mira al futuro

Marta Álvarez Daroca  
Gerente Económica  
Servicio Catalán de la Salud (CatSalut)

¿El Sector Público y el Sector Privado han estado a la altura para desarrollar y gestionar las concesiones administrativas de hospitales?

¿Las concesiones administrativas de hospitales están resultando una forma encubierta de privatizar el Sistema Nacional de Salud? ¿Están vulnerando los principios de organización del sistema sanitario público?

¿Cómo, cuando y por quién se evalúan los resultados?

¿Qué balance se hace de la colaboración público-privada? ¿Se está aumentando la eficacia social del sistema sanitario?

¿Cuál es el futuro de la colaboración público-privada?

### **La experiencia del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) en modelos de colaboración público-privada**

Antes de ahondar en la colaboración público-privada en Cataluña es inevitable tener en cuenta las peculiaridades que el sistema sanitario catalán presenta en el momento de las trans-

ferencias que lo hacen sensiblemente diferente a otras comunidades autónomas. En aquel momento la proporción de camas hospitalarias de titularidad pública se situaba por debajo del 35%, cuando en el conjunto del Estado esta proporción estaba por encima del 65%. Este hecho llevó a Cataluña a aprovechar la infraestructura ya existente, proveniente principalmente del esfuerzo de la sociedad civil catalana, y a constituir la Red Hospitalaria de Utilización Pública, institucionalizando una realidad existente y en cualquier caso para dar igualdad a los diferentes establecimientos existentes en la ejecución de la política sanitaria del Gobierno de la Generalidad. Es innegable que en la misma configuración inicial del sistema sanitario catalán la colaboración público-privada ha sido tan rica como intensa. La configuración del sistema apuesta por un sistema de financiación pública pero de provisión plural que permita aprovechar los recursos asistenciales ya existentes y de titularidad diversa (municipal, eclesiástica, fundaciones sin ánimo de lucro,...).

Configurada la red, la fórmula de consorcios sanitarios se fue generalizando como expresión del encuentro en-

tre la administración autonómica, la administración local y el mundo asociativo.

En el sistema sanitario catalán la provisión de servicios recae sobre una amplia diversidad de centros asistenciales, debidamente acreditados, sea su titularidad pública o privada, hecho que permite aprovechar todos los recursos sanitarios y respetar la realidad sanitaria de Cataluña. A título de ejemplo de esta diversidad de provisión me permito remarcar la experiencia consolidada en nuestra comunidad de contratación de servicios sanitarios con Entidades de Base Asociativa (EBA), constituidas total o mayoritariamente por colectivos de personal sanitario vinculados al sistema público.

Estas experiencias de alianzas estratégicas confirman la progresiva transformación del sistema sanitario catalán que ha apostado por utilizar mecanismos sólidos de participación en la gestión y de incentivación de los profesionales. La necesaria cooperación entre entidades y centros asistenciales en aras a garantizar una asistencia integral a la población favorece el nacimiento de colaboraciones como la existente entre el Consorcio Hospitalario de Vic, participado por la Generalidad de Cataluña y la Fundación del Hospital de la Santa Creu de Vic, y el Servicio de Atención Primaria Ics – Osona, la EBA Centelles y la EBA Vic Sud para la prestación de la atención continuada de urgencias en el territorio de Osona.

La ley de Ordenación Sanitaria se modificó parcialmente (Ley 11/1995, de 29 de diciembre) incorporando la disposición adicional décima que recoge el amparo legislativo al establecimiento de contratos para la gestión de centros, servicios y establecimientos de de protección de la salud, aten-

ción primaria y socio sanitaria, con las mencionadas EBA's.

En relación a la ejecución de inversiones en infraestructuras sanitarias, existe amparo legislativo en Cataluña para formalizar convenios de colaboración con entes locales, que además facilitan la disponibilidad de solares idóneos, o con entidades gestoras de servicios interesadas en la ejecución anticipada de inversiones. En este caso las inversiones han de ser financiadas de forma plurianual y ejecutadas bajo la supervisión de la Generalidad. La utilización de este sistema ha posibilitado, y permite de hecho en la actualidad, el encargo de un volumen significativo de inversiones de nueva construcción, reforma o ampliación que no habría sido posible abordar al mismo ritmo si su financiación se hubiese ajustado al ritmo de certificación. Quede claro que en estos casos el encargo de la provisión de servicios es al margen de la ejecución de inversiones.

Desde las transferencias de sanidad, la progresiva creación de consorcios participados por la Generalidad y empresas públicas creadas con la voluntad de introducir criterios de actuación empresarial que promueven la eficiencia y una capacidad de respuesta más ágil que la propia administración, ha permitido el encargo a estas entidades por parte de la administración de inversiones financiadas a largo plazo mediante el recursos al endeudamiento externo de estas entidades. De esta forma fue posible construir los centros de atención primaria necesarios para la implantación de la "RAP – Reforma de Atención Primaria" en los años 80 como un modelo de salud basado en la delimitación de un marco territorial que permite la integración de las actividades preventivas, curativas, rehabilitadoras con el trabajo en equipo y la coordinación

de profesionales de diversos niveles asistenciales.

Tal vez la posibilidad de utilizar los sistemas de financiación expuestos en los dos párrafos anteriores es lo que ha justificado que Cataluña no haya ahondado hasta entrado el año 2000 en el análisis profundo para la utilización de sistemas de colaboración público-privada para la ejecución de inversiones.

Para explicar la utilización de algún modelo de colaboración público-privada en Cataluña es necesario recordar una vez más que cuando se producen las transferencias sanitarias se empieza a estructurar una red asistencial pública, fundamentada en la atención primaria transferida y una red hospitalaria y de atención especializada de titularidad mixta. En estos años se produjo el fenómeno de la concertación. El concierto de servicios sanitarios por parte de la administración sanitaria catalana tuvo un papel en el desarrollo de la red asistencial similar al que ahora desarrolla la concesión en otras comunidades. La concesión administrativa de servicios asistenciales con la necesidad de realización de inversiones para la prestación de estos servicios, se ha utilizado en Cataluña principalmente en aquellas líneas asistenciales en crecimiento como es la atención socio sanitaria donde la presencia de proveedores de titularidad pública es menor. En estos casos la administración ha garantizado que el adjudicatario ejecuta la inversión que estima necesaria (importe mínimo, criterios de diseño, supervisión del proyecto, seguimiento de la obra) y los servicios se contratan a largo plazo de forma que permita al adjudicatario recuperar la inversión (entre 25 y 30 años habitualmente). El nivel de exigencia y evaluación de los resultados asistenciales es el aplicado al resto de proveedores. No habría sido

posible abordar estas inversiones desde la administración sin el recurso a la colaboración público – privada y, dejando de lado las dificultades administrativas que la utilización de este sistema de contratación conlleva. Actualmente se puede decir que el balance de su utilización ha sido positivo. Mediante esta fórmula Cataluña se ha dotado de la infraestructura necesaria para disponer de más de 650 camas socio sanitarias.

La aplicación progresiva del Sistema de Cuentas Europeo (SEC-95) para clasificar como “Administraciones Públicas” determinadas entidades (empresas pública, consorcios sanitarios y fundaciones participadas por la Generalidad) viene dificultando la utilización de sistemas de financiación a medio y largo plazo que el CatSalut venía utilizando o había programado para hacer frente a las necesidades crecientes de infraestructuras y equipamientos. Hay que tener presente que a las transformaciones sociales (envejecimiento de la población, inmigración), el incremento de las enfermedades crónicas y pluri-patologías, hay que añadir el reto constante de la innovación tecnológica (mejora de las técnicas diagnósticas, nuevas tecnologías de la información y comunicación). La limitación del recurso al endeudamiento de estas entidades, que han incrementado de forma importante en los últimos años ha hecho que esta alternativa, actualmente, deje de ser un instrumento viable para la financiación de inversiones a largo plazo. El número de entidades del ámbito salud que actualmente se integran en los Presupuestos de la Generalitat y son dependientes del CatSalut es de 9 empresas públicas, 9 sociedades mercantiles, 12 consorcios sanitarios y 3 fundaciones.

En un entorno de dificultad presupuestaria para hacer frente a la totali-

dad de inversiones planificadas y de limitación de instrumentos para su financiación, la administración optó alrededor del año 2001 por estudiar alternativas que minimizasen por un lado el impacto presupuestario y por otro lado el impacto sobre el endeudamiento, y que al mismo tiempo garantizarasen la máxima tutela pública sobre la prestación de los servicios sanitarios. ¿Es posible la colaboración público – privada para la construcción de un nuevo hospital? Cataluña diseñó un modelo basado esencialmente en una solución integrada de construcción, mantenimiento, reposición y prestación de servicios accesorios, que es habitual en Cataluña externalizar, recayendo en el proveedor la realización de inversiones (equipamiento de hostelería, resonancia magnética, etc) garantizando un período de contratación suficiente para amortizar la inversión. La convicción de que la fidelización del cliente durante un número de años elevado ha de suponer un incremento para la disminución del precio de los servicios fue un elemento clave en el diseño de este modelo. Esta propuesta de construir un nuevo hospital en el Baix Llobregat, recogía como premisas principales la de minimizar el impacto en el presupuesto de la administración y la de minimizar el impacto sobre el endeudamiento de esta misma, garantizando una tutela pública en la prestación de servicios. Mediante la creación de una sociedad mercantil, con la finalidad de construir y gestionar el nuevo hospital y creada con un capital 100% propiedad de un consorcio sanitario participado mayoritariamente por la Generalidad, se adjudicó en el año 2005 la construcción del nuevo hospital, la gestión del mantenimiento, la reposición de obras e instalaciones, suministros de agua, electricidad y gas así como la construcción y explotación de un aparcamiento de vehículos. Como lote optativo se incluyó la explotación

de la telefonía y los televisores para habitaciones. El período de contrato se estableció en 30 años. El hospital, que tiene una población de referencia de 343.000 habitantes, una superficie de 46.000 m<sup>2</sup> y un número de camas de 319 ha entrado en funcionamiento este mes de febrero.

Es precisamente en este contexto de dificultad presupuestaria que la autoridad sanitaria catalana, con un sólido compromiso por hacer realidad aquellas inversiones que hagan viable la materialización del mapa sanitario de Cataluña, ha apostado de forma más intensa a partir del año 2004 por intensificar la utilización de modelos de colaboración público-privada para la construcción de nuevos hospitales. En esta línea para la construcción de un nuevo hospital en el Vallés Occidental se firmó en el año 2009 un protocolo de colaboración entre el ayuntamiento del municipio, el Departamento de Salud, el CatSalud y una Mutua interesada en impulsar la mejora de las infraestructuras de qué dispone actualmente para la prestación de los servicios sanitarios ya contratados, se compromete a impulsar a su cargo la construcción del nuevo centro hospitalario en un solar que el ayuntamiento del municipio ha cedido para esta finalidad. Actualmente está en fase de redacción de proyecto y se prevé el inicio de las obras una vez se disponga del proyecto ejecutivo que debe redactarse ajustándose a las directrices determinadas por el Departamento de Salud y el CatSalut.

En el campo de la investigación la Generalidad ha utilizado recientemente la fórmula de cesión de un derecho de superficie a largo plazo en el entorno del Hospital Duran y Reynals de Hospitalet de Llobregat, con la finalidad de construir un edificio de investigación a cargo de una empresa privada que tiene definidas como líneas

estratégicas más importantes el potenciar y reforzar I+D y el impulso del área hospitalaria. La implantación de este centro de investigación supone un avance decisivo en las líneas de investigación propias del Consorcio Biopol (ente participado por el Departamento de Salud, el Departamento de Innovación, Universidad y Empresa, Departamento de Economía y Finanzas, la Fundación privada BioRegió de Cataluña, el ayuntamiento de Hospitalet de Llobregat y la Universidad de Barcelona).

No se puede en ninguno de los casos descritos caer en la demagogia con-

cluyendo que la participación privada en la financiación de inversiones o en la gestión de servicios sanitarios ha privatizado el sistema de salud. En el caso del sistema sanitario catalán la colaboración público-privada es una característica de la propia concepción del sistema y su intensificación para la realización de inversiones no responde a una necesidad de incrementar la eficacia social del sistema sino a la necesidad de recurrir a fórmulas que en el contexto actual permitan a la autoridad sanitaria hacer frente en cualquier caso a su objetivo último que es el mantenimiento y la mejora de los niveles de salud de la población.

Nuevos hospitales. Colaboración público-privada, una experiencia que mira al futuro