



Reflexiones sobre la construcción de hospitales como Concesión Administrativa

Reinaldo Ruiz Yébenes⁽¹⁾

Alfonso Casares⁽²⁾

⁽¹⁾Arquitecto

⁽²⁾Arquitecto

Antecedentes

El hospital tiene que dar respuesta a la forma de entender socialmente la relación del hombre con la enfermedad y con la muerte. Es una función difícil. Primero hay que conocer la respuesta. Después construirla.

El desarrollo de la atención ambulatoria, con métodos de diagnóstico y tratamiento que consumen menos hospitalización, y la dinamicidad de los adelantos tecnológicos, exigen e imponen una organización diferente de los espacios de soporte. Se desarrolla una nueva red de relaciones y una compleja simbiosis de espacios y tecnología. Entre estructura funcional y diseño de instalaciones. La respuesta empieza a complicarse.

Ya en los años ochenta se comprobó que hospitales recién terminados no daban la respuesta requerida y se hizo necesario partir de una planificación previa e integral del hospital que contemplara las interrelaciones entre espacios y necesidades asistenciales y organizativas. Se superaron así los antiguos programas de necesidades que definían los espacios físicos (sin conocer su gestión futura) por aplicación genérica de ratios estadísticos. Definida la producción asistencial y conocida la estructura médica y organizativa prevista para hacerlo, se impone su desarrollo a través de un "Plan Funcional" que recoja la filosofía de funcionamiento (objetivos e interdependencias), detalle los espacios necesarios (superficies e interrelaciones) y defina los equipamientos.

El Plan Funcional de partida es hoy imprescindible, pero hay que conseguir mecanismos que aseguren a lo largo del proceso de diseño y construcción, que el hospital esté abierto a la incorporación de nuevos requerimientos funcionales impuestos, con el paso del tiempo, por la tecnología o por necesidades asistenciales.

El proceso antes descrito es largo. Muy largo. La experiencia dice que hasta diez años o más, desde que se toma la decisión de construir un nuevo hospital hasta que éste se termina. Y más aún hasta que funciona. Sobre todo en la red pública, donde la normativa administrativa y la toma de decisiones, imponen lentas cadencias. El hospital es un edificio en crisis.

En consecuencia, se impone la elección de nuevas estructuras organizativas y constructivas. Y no solo para el diseño, sino para determinados procesos de construcción y de desarrollo administrativo y la organización de sistemas de evaluación y revisión continuada. Desde esa perspectiva puede analizarse la construcción de hospitales como concesión administrativa: la búsqueda de ganar eficiencia con la incorporación del sector privado. Se persigue el control de costes y tiempo de ejecución.

Panorama socioeconómico

La crisis del proceso descrita (más de diez años hasta abrir un nuevo hospital), no es casual. Es la misma crisis del sistema.

También en los años ochenta, y a la vez que se terminaban hospitales que no daban la respuesta requerida (no se habían planificado adecuadamente tal y como más arriba se dijo), se ponía de manifiesto la necesidad de organizar toda la sanidad del país.

Se promulga en 1983 la Ley General de Sanidad, que propone la financiación vía impuestos (según el modelo *Beveridge*), y crea el Sistema Nacional de Salud, el cual universaliza la cobertura y planifica territorial y poblacionalmente la asistencia. Por cierto, se crea el "Sistema" y no el "Servicio" nacional de salud. En cualquier caso desde el primer momento se manifiesta una insuficiencia de recursos.

Y en paralelo comienzan las transferencias sanitarias hasta culminar en el año 2002. Y desde entonces se han desarrollado en España 17 Sistemas de Salud en contra de toda lógica: el sistema está en crisis. Desde 1983 se han promulgado más de 500 Normas (entre nacionales y autonómicas). El crecimiento del gasto sanitario (por encima del PIB), la demografía, la judicialización del sistema y la descoordinación de los 17 sistemas autonómicos, suponen una crisis peor que la del edificio-hospital. Y además se maneja electoralmente por cada Comunidad.

Y dicha crisis influye en los hospitales, que al fin y al cabo es el contenedor de todos los protagonistas de la misma:

- Déficits financieros, desvíos presupuestarios y disminución de la capacidad de compra al haberse perdido la economía de escala por la miniaturización del sistema (17 autonomías).
- Crisis de personal (importación de médicos, ...etc.) y de educación sanitaria (sin conexión con las programaciones universitarias), con un aumento del personal por cooptación y una menor valoración de las jerarquías profesionales.
- Crisis de Coordinación: falta una base de datos unitaria que permita

la toma de decisiones (para unificar normativas, prever necesidades de personal, unificar criterios asistenciales, ... etc.).

En consecuencia, es absolutamente necesario cambiar. A las carencias asistenciales y organizativas antes citadas (que ya suponen un gran caldo de cultivo) se suma ahora la crisis económica y el mantenimiento de una irrenunciable exigencia social ("derecho" social) a la buena atención sanitaria, lo que unido al "todo gratis", origina las listas de espera y desincentiva la competencia. Supone la crisis total.

Es en este entorno donde nos encontramos, de forma que la presión social está agravada por la inmigración, por la universalización de la asistencia y por la crisis económica global. Los hospitales se siguen edificando y deben responder a la exigencia social actual (o corregirlas si fuera posible).

Exigencia Social

El gasto sanitario crece por encima del PIB (los hospitales también crecen más que la lógica aconseja). La judicialización del Sistema (actitud reivindicativa de los pacientes ante los tribunales) potencia la medicina defensiva, lo que también supone un encarecimiento. La gratuidad total hace que la demanda tienda al infinito (otro encarecimiento). La sanidad "se tiene" pero "no se paga", y la falta de una coordinación entre autonomías, potencia los agravios comparativos y la previsible insostenibilidad del sistema. Y al parecer la sociedad no está dispuesta a disminuir el nivel de prestaciones asistenciales que hasta ahora recibe.

En 1991 la Comisión Abril ya anunció

todos los defectos que aún se mantienen y recomendó la profesionalización de los directivos, la liberalización de la oferta y el copago. El "todo gratis" desincentiva la competencia y origina las listas de espera.

El bienestar social alcanzado se ha convertido en un derecho "indiscutible". Los 17 sistemas de salud que de "hecho" existen en España agravan la crisis descrita.

Pero la crisis no solo es financiera, de personal, de coordinación o de gestión. También está en los hospitales, que son los contenedores donde se realiza la actividad asistencial.

Y todo ello se recoge en los programas funcionales que sirven de base a los últimos hospitales redactados desde el optimismo del bienestar y la exigencia social de mantener el nivel de prestaciones asistenciales. Es decir, los Edificios contenedores cada vez cuestan más y la competencia entre los sistemas de salud autonómicos se está demostrando nefasta. Parece que no hay techo a las exigencias programáticas. En consecuencia los hospitales (órganos fundamentales de la asistencia) también están en crisis, como no podía ser de otra manera, dada la crisis y la insostenibilidad financiera del sistema (... de los 17 sistemas autonómicos) y la utilización partidista y electoralista que muchas veces los políticos hacen de él.

Deben adaptarse medidas correctoras. (*Eduard Rius / Master A.H. el 18/12/09*):

- Gestionar de forma activa la demanda de Servicios (revisar el catálogo de prestaciones. Fomentar el consumo responsable).
- Optimizar la oferta en calidad y coste (mejoras de productividad).

- Asegurar la estructura del sistema y un módulo de financiación sostenible (separar financiación, compra y provisión de servicios sanitarios. Colaboración con el Sector privado).

Recordemos que el 78% del coste sanitario lo gasta la sanidad pública y el 22% la privada y que el coste sanitario en el año 2009 ha sido de 58.000 millones de euros. En el año 1999 fue de 29.000 millones. Se ha duplicado en 10 años.

Pues casi igual ha pasado con las exigencias superficiales de los programas funcionales para construir hospitales. Hemos pasado de los 60/70 m²/cama (1950/1960 –antiguo INP–) a los 110/129 m²/cama (1980/1990 –INSALUD–), los 150 m²/cama (2000. Transferencias), hasta 200/220 m²/cama exigidos por los últimos programas funcionales.

Superficies que están justificadas por el aumento de tratamientos ambulatorios, el incremento de la llamada alta tecnología, la especialización médica, la proliferación de normativas asistenciales, las nuevas exigencias y reglamentos constructivos (CTE), la proliferación de órganos de gestión, ... etc. y, naturalmente, por el aumento de la frecuentación hospitalaria, y de la demografía (seremos 55.0000.000 en el año 2050). Hay que hacer un esfuerzo para disminuir el tamaño, incorporando la atención primaria, reordenando las urgencias, reconsiderando exigencias,... etc., a nivel nacional.

La crisis del Hospital

Como se ha dicho antes, lo que está en crisis es el Sistema. En consecuencia para arreglar los hospitales hay que arreglar antes el sistema. Y lo primero es su financiación, pues los pre-

supuestos son limitados y el gasto crece más que el PIB.

Es obvio que el crecimiento de los edificios hospitalarios (y por tanto de su coste) está siempre justificado por el aumento de las prestaciones y por la búsqueda de la excelencia tecnológica y asistencial. Naturalmente que eso no es una "crisis". Lo que es crítica es la financiación de dicha "excelencia".

Por supuesto que, como más adelante se dice, siempre hay posibles optimizaciones programáticas y constructivas, pero eso solo supone una visión parcial y mínima del problema. El diferimiento del pago al futuro, que es realmente el espíritu de muchas concesiones administrativas, también es solo otra solución parcial. El sistema debe equilibrarse asistencial y financieramente con anterioridad.

Dicho esto, y una vez aclarado el origen y la solución del problema, el hecho de la colaboración público-privada solo puede entenderse si es integral.

Es decir, debe comprender también el área médico-asistencial y no solo la construcción, conservación y mantenimiento de los edificios y algunos servicios hoteleros. Servicios que tradicionalmente ya venían siendo externalizados, por lo que el "invento" es exclusivamente diferir el pago de los mismos buscando colaboradores que aportan financiación y los gestionen.

Pero la solución está en el control de la demanda. La incorporación del sector privado puede aportar mayor eficiencia, pero solo con dicho "extra" no puede solucionarse el problema, salvo que la colaboración sea integral y comprenda la "concesión de Servicios Sanitarios", y se deje a la población alguna capacidad de elección,

de forma que la misma potencie la competitividad.

Las primeras experiencias de Madrid (hospitales construidos como concesión administrativa pero con las "batas blancas" puestas por la Comunidad) y/o de Palma de Mallorca (Id. id. que Madrid), solo suponen de hecho una búsqueda de financiación y la consecución de un pequeño "extra" en la explotación más eficiente (¿?) de algunos servicios.

Las experiencias de Valencia (Alzira, Torrevieja, Manises, ... etc.) son más completas (incluyen la concesión total de la asistencia en el área) y al parecer suponen un mejor control del coste *per cápita*, asegurando las mismas prestaciones asistenciales, lo cual debe controlarse y comprobarse.

En cualquiera de los casos el edificio hospitalario es el mismo, pues la Administración los programa previamente y exige y controla posteriormente el cumplimiento de las condiciones pactadas.

Ciertamente la construcción es más rápida y la puesta en uso del bien es por tanto más eficaz con el mismo coste.

Desde nuestra experiencia como arquitectos y salvo pequeños detalles, podemos afirmar que no hay grandes ventajas ni inconvenientes diferenciales entre el sistema de promoción tradicional y el de concesión (si hablamos exclusivamente de la construcción de la infraestructura), salvo el tiempo de ejecución. En cualquier caso, ganar tres años en un proceso de 10/12 años, ya es ganar un 25% y además se empieza a pagar después, que se traduce en ventajas asistenciales y económicas.

Rentabilizar la colaboración público-privada, con la experiencia hasta aho-

ra existente, supondría poder actuar también sobre la programación, además de sobre la construcción y el mantenimiento del hospital. De esta manera podrían ajustarse con más precisión los ratios de coste y asegurar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del sistema. Y en cualquier caso establecer sistemas simbólicos de copago que filtren la altísima frecuentación.

Los programas funcionales últimamente redactados son muy exigentes (hasta 130 m² útiles/cama equivalentes a 220 m² construidos), y responden al objetivo (¿?) de alcanzar la excelencia y satisfacer todas las exigencias. Eso, unido al cada vez más completo catálogo de prestaciones, al aumento de la frecuentación (en España es ahora un 40% mayor que en la Europa de los 15), al gasto farmacéutico, a la judicialización de la asistencia y al desajuste profesional (el personal sanitario estatutario se acoge a convenios protectores), provoca una "inflación de la programación" que lleva dentro el germen del sobrecoste. Y la posible competencia entre autonomías hace el resto. Debe reconducirse la programación, en caso contrario el hospital seguirá creciendo en el papel y será más caro.

La construcción también es hoy más costosa y no sólo por el aumento de superficie programada, sino por mayores exigencias normativas (CTE), de confortabilidad (habitaciones individuales) y de sostenibilidad energética. La experiencia recogida en los hospitales construidos como concesión administrativa no revela ninguna mejora (ni ningún empeoramiento) en la calidad de la construcción respecto a la que hasta ahora se venía ejecutando. La empresa concesionaria subcontrata la construcción y en la misma no se incorporan soluciones constructivas que permi-

tan en el futuro novedosas mejoras de conservación, sostenibilidad y/o mantenimiento. Sorprende dicha actitud, sobre todo porque habitualmente el constructor forma parte de la concesión. Seguro que se debe al objetivo de no encarecer el coste final del producto, ya que el concesionario ha sido sometido en la adjudicación a la competencia del mercado y la viabilidad del negocio exige trasladar dicha competencia al constructor en cascada. Se pierde así la posible mejora y facilidad de conservación futura.

Por último, el mantenimiento. Tanto el correctivo como el preventivo, son responsabilidad del concesionario. El control de los costes de explotación está impidiendo una mejora sustancial de ambos con respecto al mantenimiento anterior. Ocurre algo similar a lo explicado en la construcción: no se aprecian novedosas actuaciones ni esfuerzos adicionales que mantengan actualizado el valor de la infraestructura. Además en algunas ocasiones (en los casos en que se utiliza personal estatutario por exigencias del contrato de la concesión) vuelve a caerse en inflación de personal, lo que dificulta la consecución del plus de efi-

ciencia que se le supone a la incorporación del sector privado.

Con todo lo antes expuesto puede concluirse que la colaboración público-privada para la construcción de hospitales solo es sustancialmente diferente desde la perspectiva del tiempo de ejecución (que se disminuye) y de la financiación (se pospone). No supone ninguna forma encubierta de privatizar el Sistema Nacional de Salud.

Queda abierto el reto de solucionar la crisis del sistema incorporando la gestión completa siempre que se contemple también la incorporación de todo el personal sanitario e incluso la atención primaria del área servida. Esta experiencia se está realizando en la Comunidad Valenciana con resultados esperanzadores.

En cualquier caso no parece que se vulneren los principios de organización y funcionamiento del Sistema Sanitario Público, pues la externalización de Servicios ya era un hecho y además cualquier desviación debe ser evaluada y corregida por los órganos de control que hasta ahora se está reservando la Administración en todos los casos.

NOTA: Algunas de las ideas expuestas han sido denunciadas en el "Master de Arquitectura Hospitalaria AIDHOS-COAM-CEU", por los profesores Pedro Sabando, Juan Luis Rodríguez Vigil, Antonio Burgueño, Juan Velarde Fuentes y Eduard Rius, con fechas 18/12/09 y 15/01/10.