



Nuevos hospitales en colaboración público-privada. La experiencia de la Comunidad de Madrid

Carmen Navarro

Directora General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos. SERMAS

El proyecto de los 7 nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid nace como un plan innovador que pretende dar solución al incremento de la demanda sanitaria que durante la pasada década ha experimentado el sistema sanitario en Madrid, consecuencia del fuerte incremento de la población y a la necesidad de dotar de una mayor accesibilidad a sus ciudadanos, dado que la mayoría de los hospitales se concentraban en el área metropolitana. La situación ha requerido una intervención de alto nivel, tanto en volumen de actuación, como en tiempo de respuesta.

Bajo esta premisa, se puso en marcha la creación de 7 hospitales bajo el innovador modelo "Private Finance Initiative" (PFI), que cubrieran las necesidades crecientes sanitarias, ubicados en lugares estratégicos que garantizaran la accesibilidad de los ciudadanos: Hospital Infanta Cristina en Parla, Hospital del Henares en Coslada, Hospital del Tajo en Aranjuez, Hospital del Sureste en Arganda, Hospital Infanta Leonor en Vallecas, Hospital Infanta Sofía en San Sebastián de los Reyes y el nuevo Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda, además del hospital de Valdemoro abierto bajo el modelo de concesión administrativa.

Hoy en día, estos hospitales son una realidad, y en su mayoría cumplen por estas fechas los dos años de servicio a la sociedad madrileña, siendo por ello un buen momento para hacer un somero análisis sobre cómo se ha desarrollado este proyecto. Gran parte de los objetivos previstos se están alcanzando, y probablemente durante los próximos años veremos cómo finaliza la evolución del modelo, pudiendo así disponer de información suficiente como para determinar el "Value for Money" del proyecto.

Estos dos primeros años corresponden a la fase de puesta en marcha e implementación de los hospitales. Es de sobra conocida la dificultad de puesta en marcha de un hospital nuevo, pero en el caso que nos ocupa, el reto adquiere un matiz diferente por incluir el modelo una sociedad concesionaria, que construye y mantiene los inmuebles y su equipamiento y que, además es responsable directa de la prestación de todos los servicios no sanitarios.

La necesidad de alinear objetivos de acoplamiento entre las dos partes que gestionan el hospital, ha conllevado cambios en la forma de gestión

tradicional a todos los niveles, en algunos casos, teniendo que vencer la resistencia natural al cambio de todas las organizaciones.

La concesionaria ha ido acercando su postura, entendiendo que el paciente es su cliente final al igual que lo es para la Administración Pública. Por otro lado, la Administración, ha ido adaptando sus procesos tradicionales a una nueva situación donde los recursos no sanitarios son gestionados de forma distinta. De cualquier forma, la mejora continua y la búsqueda de una mayor eficiencia, ha quedado patente en la evolución que han desarrollado todos los hospitales del modelo.

Esta evolución ha sido posible, en gran medida, debido al formato que el PFI dispone para la regulación de la prestación de los servicios. Dicha regularización se realiza a través de los SLAs (Service Level Agreement), en donde se definen, para cada uno de los doce servicios, unos niveles de calidad y disponibilidad, así como un sistema de medición previamente pactado, que permiten disponer permanentemente de información sobre la calidad de prestación de los servicios.

Toda esta información se ha revelado como información estratégica, para que tanto las Gerencias de los hospitales, como las Direcciones de las sociedades concesionarias, dispongan de una herramienta que les proporcione información sistemática, puntual y objetiva de la realidad de su hospital, poniendo de relieve una información única, que resulta igualmente fundamental para que ambas partes puedan articular los cambios necesarios en sus procesos de búsqueda de la eficiencia.

En el modelo PFI de los 7 Hospitales de Madrid, existen unos 300 indicadores, revisados mes a mes, que miden

los niveles de calidad y disponibilidad de los servicios no sanitarios, y que han pasado a formar parte indispensable del propio modelo; es precisamente en su funcionamiento cotidiano, donde los usuarios (personal sanitario como supervisoras, jefes de servicio, etc.) registran las incidencias que ocurren en su día a día.

En paralelo, se está desarrollando un sistema de información con respecto a la evolución del nivel de prestación de los servicios no sanitarios, mediante auditorias e inspecciones en cada uno de los hospitales. Este sistema necesita un máximo de transparencia, así como un nivel de complicidad más alto con el fin de poder realizar esa evaluación y sus correspondientes valoraciones de forma conjunta.

Si algo se ha evidenciado durante estos dos años, es la tendencia hacia la concurrencia de objetivos, a diferente ritmo según cada experiencia y dependiendo fundamentalmente de dos factores: los equipos humanos y las limitaciones del diseño de las ofertas. Evidentemente, este es un modelo de consenso, de pacto y acuerdo entre las partes, y un ejercicio del día a día, que muestra sin lugar a dudas una tendencia a la convergencia en todos los casos.

Sin embargo, todavía es pronto para sacar conclusiones de forma comparativa con otros modelos. Todavía no se han realizado estudios con parámetros objetivos que permitan determinar la eficiencia de los modelos si contrastásemos el llamado sistema tradicional, las fundaciones, empresas públicas, concesiones sanitarias y el PFI. Sin duda, tampoco es el momento. Hasta ahora los esfuerzos se han dirigido en la búsqueda de la operatividad y de la eficacia y en conseguir que el modelo ruede en su puesta en funcionamiento.

En cualquier caso, sí podemos hacer una pequeña reflexión sobre lecciones aprendidas que ya se han podido observar. Teniendo estas la consideración de puntos de mejora para futuros proyectos.

De esta forma, y sin ánimo exhaustivo, desde la Administración se podría llegar a profundizar sobre la necesidad de mejora en la redacción de las condiciones de los contratos (pliegos), delimitando el alcance de la transmisión del riesgo y ventura, teniendo en cuenta la duración de la concesión y el carácter dinámico que tiene la asistencia sanitaria y mejorar y agilizar los procedimientos para realizar los necesarios reequilibrios por nuevas necesidades sanitarias.

Con respecto a los licitantes, es necesario que los proyectos (diseños, materiales, etc.) se realicen pensando en la explotación y también que asuman decididamente el compromiso de gestión integral de los servicios de ex-

plotación ya que la prestación no es una suma de servicios prestados por subcontratas. Perspectiva de ofrecer niveles de calidad y disponibilidad. SLA (Service Level Agreement).

Finalmente y para concluir, es patente el interés y la implantación de estos modelos de colaboración público-privada, tanto en sus diferentes modalidades (PFI, concesión de servicios sanitarios), como para diferentes objetivos (hospitales, laboratorios, Radiodiagnóstico, Logística Sanitaria...), ya que se configuran como un medio eficaz para dotar a la prestación de asistencia sanitaria de la máxima calidad y eficiencia.

Ejemplos, los encontramos en toda la geografía nacional (Madrid, Valencia, Baleares, Cataluña, Murcia, Castilla-La Mancha, Asturias, Galicia, etc.), e internacional (Portugal, Polonia, Perú, Chile, etc.; además de los más consolidados: UK, Canadá, Australia, etc.).