



## Colaboración público-privada en salud. Mirando al presente

Pedro Galdós Anuncibay  
Servicio de Medicina Intensiva  
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid

La posición de un médico hospitalario que se dedica a la organización de su Servicio y a la atención clínica de los enfermos, es la de cliente interno frente a los Servicios (públicos o privados) que se ocupan de los aspectos administrativos de los hospitales, al margen de los asistenciales.

La posición es necesariamente la de sufrir o beneficiarse de su actuación y la de apreciar los resultados en la atención de los pacientes.

A pesar de formar parte del cuadro facultativo del Hospital, al menos la mayoría, entre los que me incluyo, no conocemos con precisión los acuerdos y contratos público-privado. Nuestro conocimiento es superficial y puede resumirse así:

1. La construcción de los hospitales se entiende primero como necesaria. Para conseguirlo, sin recursos propios públicos suficientes, se acude a la iniciativa privada que construye hospitales a cambio de un pago periódico por treinta años, más los derechos establecidos por contrato, del mantenimiento del hospital y de la admi-

nistración y gestión de todo aquello que precise el enfermo y familiares, excepto el equipamiento y el personal necesario para la atención directa de la enfermedad del paciente.

Así que se entiende o entendía que la empresa adjudicataria, vinculada con el consorcio de empresas constructoras, se ocupaba de la limpieza, alimentación de los pacientes, cafeterías, reparación y mantenimiento del hospital y sus contenidos, como aire acondicionado, iluminación, seguridad, etc. Así mismo explota las tiendas abiertas en el hospital (venta de revistas, flores, ropa, frutas).

Algunas de sus obligaciones o atribuciones tienen, de inmediato, impacto en el funcionamiento del hospital y en la atención del enfermo, como lavandería, y sobre todo la esterilización.

2. Un segundo apartado relevante en la apertura de los nuevos hospitales ha sido la informatización por acuerdos con empresas privadas del ramo.

3. Posteriormente, ya con el hospital en funcionamiento, la empresa constructora parece estar desligada de la empresa adjudicataria. Esta última ha entrado en el concurso licitando muy a la baja por las características de baja compensación económica del concurso. Posteriormente la empresa subcontrata determinados aspectos del mantenimiento.
4. Un último aspecto, que será desarrollado posteriormente, es que coincide el comienzo de la colaboración público-privada, con la apertura de los nuevos hospitales. Estos, con sus diferentes tamaños, disponen de unas características estándar que precisan reacondicionamientos y modificaciones en razón a sus funciones. Además, en el Hospital Puerta de Hierro, no solo se produce una apertura sino también un traslado. Aunque hubo un pequeño período de reducción de la presión asistencial, no hubo solución de continuidad asistencial.

Por tanto, se mezclan relación público-privada, con la puesta en marcha de los hospitales y la necesaria petición de equipamientos y mantenimiento, precisos para el comienzo del funcionamiento, seguramente no previstos. Y no cabe duda de que es el peor momento para diferenciar las responsabilidades.

El resultado final ha sido la de un período prolongado, muy duro, de aclimatación y aprendizaje junto al tratamiento de los pacientes, en el que no ha trabajado a nuestro favor la empresa privada adjudicataria.

Entiendo como relevantes las preguntas que se proponen y me ajustaré a ellas.

### **¿El Sector público y el privado han estado a la altura para desarrollar y gestionar las concesiones administrativas de hospitales?**

El largo preámbulo a estas preguntas, pone de relieve las circunstancias adversas de trabajo y de puesta en funcionamiento de esta iniciativa, que podrían justificar algunos defectos. Pero sin paliativos, no han estado a la altura. Pero ambas partes?. No lo creo.

Llevo trabajando toda mi vida profesional en la medicina pública, pero tengo conocimiento y referencias suficientes para emitir un juicio también del sector privado. La introducción de este Sector ha supuesto otra mayor dificultad para el adecuado funcionamiento del hospital. Inicialmente entendimos que podía haber discrepancias organizativas: responsabilidades exclusivas del constructor por defectos de obra, diferencias de interpretación del pliego de condiciones, elaboración de prioridades que podían retrasar determinadas solicitudes. Pero año y medio después de la puesta en marcha de la colaboración, creemos que la empresa privada no ha estado al nivel esperado.

No conozco en profundidad el contenido de los contratos. Pero me consta que directores de otras empresas adjudicatarias de otros hospitales creen que el contrato establecido no determinaba el precio real de las prestaciones. Si la empresa privada tiene necesariamente que obtener beneficios, y acepta este contrato, se encuentra en serias dificultades. Puedo entenderlo pero no justificarlo. Estamos hablando de un aspecto extremadamente sensible, la atención en la salud.

Hay un elemento de extraordinaria importancia en la atención sanitaria, y es el volumen, el tamaño, las dimen-

siones. La iniciativa privada, sobre todo la que más éxito tiene, actúa en sectores muy concretos. Por ejemplo, la cirugía, que en su mayor parte es un acto médico limitado en el tiempo, consultas externas... Pero salvo excepciones que vienen de la medicina pública, las empresas no conocen el alcance, las dimensiones de la asistencia de un hospital de cabecera de Área Sanitaria.

Tampoco conocen, por ejemplo, la dimensión de la informatización necesaria, peculiar y diferente, que siempre es mayor que la que genera un Banco con un sinnúmero de sucursales o agencias vinculadas. Quiero decir, que las empresas, por desconocimiento de las magnitudes, han podido encontrarse con la necesidad de una cobertura más amplia de la prevista. Pero esto no les justifica. Al fin y al cabo, están dentro de un sistema de mercado, que desecha a los que no cumplen en favor de los mejores.

Esa idea de la eficiencia del sector privado sobre el público es algo que hemos tenido que soportar muy frecuentemente y más ahora. Yo no lo veo en este caso.

Dentro de la colaboración privada, la introducción de la historia clínica informatizada, que hace desaparecer el papel en el hospital, ha supuesto un gran esfuerzo. Ni los sistemas adquiridos estaban bien adaptados, ni hubo enseñanza adecuada. Esto se producía con el hospital abierto, atendiendo a los enfermos, lo que generaba todavía mayores dificultades. Todavía hoy existen defectos de funcionamiento de los sistemas que no están resueltos, incluso se teme que no haya solución para algunos problemas. Así como las empresas de bioingeniería han cumplido correctamente sus concursos o contratos, las empresas

de informática no han dejado esa misma sensación.

### **¿Las concesiones administrativas de hospitales están resultando una forma encubierta de privatizar el Sistema Nacional de Salud?**

Quienes trabajan en el sector público, pero también en el privado, entienden que no es fácil unirlos para obtener un buen resultado. Sin embargo, estas concesiones administrativas parecen adecuadas como organización: el sector privado se encarga de la administración del hospital excepto de todo aquello que tenga que ver con la asistencia del paciente. No puedo hacer una valoración a futuro, pero en el presente no parece que se pretenda la privatización total del Sistema de Salud.

Pero si se pretende este modelo, el sector privado debe convencer a los clientes finales (los enfermos) y a los clientes internos o intermedios (los sanitarios). Y esto, desgraciadamente todavía no lo han conseguido. Prácticamente, no tienen imagen, ni presencia tangible en el hospital, algo muy criticable desde el punto de vista del marketing.

### **¿Están vulnerando los principios de organización y funcionamiento del sistema sanitario público?**

Lamentablemente no. Entiendo la pregunta en positivo, como que las empresas privadas adjudicatarias o concesionarias, podrían revolucionar favorablemente la organización, y mejorar el funcionamiento. Esto no se ha producido en absoluto.

Hay dos direcciones en el hospital. El gerente dirige y distribuye los recursos de acuerdo a prioridades lógicas. Quie-

nes trabajamos a sus órdenes, así lo entendemos. Sin embargo, la dirección de la empresa concesionaria, al parecer, no depende del director gerente del hospital, sino de un contrato establecido con un organismo superior. Es así posible que la concesionaria no atienda a las peticiones lógicas, desoyendo incluso las opiniones del gerente. El resultado es una modificación del funcionamiento del hospital, no del sistema sanitario, que nos hace perder confianza en la nueva fórmula de colaboración. No conozco ninguna empresa con dos direcciones, ni pública ni privada. El sistema es manifiestamente mejorable.

### **¿Cómo, cuándo y por quién, se evalúan los resultados?**

Se habla de un número apreciable de indicadores que desconozco, pero que sin duda serán necesarios. Por el momento los usuarios no vemos evaluación de resultados.

Recientemente conocemos que por medio informático se ha establecido el Sistema de Gestión de Incidencias (SIGIS). Todavía no está suficientemente difundido, ni es sencillo, de forma que sirve más como filtro y defensa de la empresa concesionaria que útil por su cometido. Al parecer la falta de cumplimiento de acuerdo a los indicadores supone una penalización económica. Pero nuestro interés radica en que se resuelvan los problemas técnicos que nos permiten trabajar correctamente.

### **¿Qué balance se hace de la colaboración público-privada?**

Se trataba de un proyecto ilusionante. Pero hoy el balance es negativo. Las empresas concesionarias, dicen, me consta, que aportan eficiencia al sistema. Esa sería la contraprestación a los

beneficios económicos obtenidos. Yo lo pongo en duda. Pero esto deberá demostrarse con los indicadores. Por el momento, no lo aportan, o estamos ciegos. A menos que se entienda por eficiencia reducir el salario en un 30% de un mismo puesto del sector público (p. ej. auxiliares administrativos). Eficiencia tampoco es reconocer que hacen falta dos empleados de limpieza por turno en una UCI de más de 1000 m<sup>2</sup> de superficie; y cumplir con la presencia de los dos operarios en tan solo un 20% del tiempo.

Eficiencia es hacerlo mejor, más rápido y a un coste razonable.

Un desconocimiento real existe dentro de las empresas del funcionamiento de los hospitales, tal vez voluntario. Por ejemplo, a nadie se le escapa que cualquier hospital tiene un volumen apreciable de urgencias quirúrgicas, y que el sistema de esterilización debe funcionar continuamente, para reesterilizar el material usado durante las urgencias, y que se encuentre listo a las 8 de la mañana para el comienzo de la cirugía programada. Pues no es así. En la noche no hay personal que trabaje en esterilización.

Esta y otras muchas son cuestiones demasiado elementales en la dinámica de un hospital para que no se conozcan. Y sin embargo, en algunas de las empresas concesionarias hay directores que lo fueron de hospitales públicos y directivos de entidades sanitarias privadas.

### **¿Se está aumentando la eficacia social del sistema sanitario?**

Por efecto de la colaboración público-privada, la construcción de hospitales ha aumentado esa eficacia. La colaboración de las empresas concesionarias del mantenimiento y administración de los nuevos hospitales públicos, no.

## **¿Cuál es el futuro de la colaboración público privada?**

Será preciso contratar al precio real de los servicios, demostrar la eficiencia, evaluar indicadores exigentes, estable-

cer un adecuado acoplamiento con la Gerencia del hospital, y darse a conocer como un sistema útil para mejorar la atención de los pacientes y el trabajo de los sanitarios.