

Estrategias, arquitectura y financiación

Fernández Rodríguez C

Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud

Junta de Castilla y León

Patrono de la Fundación Signo

cfernandezr@grs.sacyl.es

Resumen

Con la transferencia sanitaria a diez Comunidades Autónomas ocurrida el día 1 de enero de 2002 se ha cerrado el mapa competencial sanitario en España.

En este punto de encuentro analizamos la repercusión que este hecho ha tenido sobre las inversiones sanitarias, así como las ventajas e inconvenientes que plantean las obras de reforma y ampliación de los hospitales a la construcción de uno nuevo, el equipamiento de los centros sanitarios y las distintas fórmulas de financiación de toda esta inversión sanitaria.

Palabras clave: Hospital. Obras. Equipamiento. Financiación.

Strategies, architecture and financing

Abstract

The map of Health Competence has been completed with the transfer of powers and responsibilities to ten autonomous Spanish regions on January 1st, 2002.

We analyse the impact this fact has on health investment and the pros and cons of building a new hospital and remodeling or improving the old ones. We also examine hospital medical equipment and the different ways to finance this investment.

Key words: Hospital. Works. Medical equipment. Finance.

Introducción

El día 25 de febrero de 2003 se celebró en Madrid el Punto de Encuentro *Estrategias, arquitectura y financiación*. Estaba prevista la participación de Antonio Alfonso Sánchez, Director de Edificaciones de la Empresa Dragados; Alfonso Casares Ávila, Arquitecto experto en temas sanitarios; Ignacio Ayerdi Salazar, Director General de Philips Sistemas Médicos; y Jorge Lago Piñeiro, miembro del taller Hospitales en Obras, de la Fundación Signo, moderados por el autor de este artículo, Carlos Fernández Rodríguez, Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

El día anterior a la celebración del punto de encuentro surgió un primer imprevisto, y es que Ignacio Ayerdi nos comunicó que le había surgido una reunión profesional inaplazable por lo que acordamos que, sin perjuicio de su incorporación cuando le fuera posible a lo largo de la mañana, nos enviaría en su sustitución a Jesús Santín, Director Comercial de Philips Sistemas Médicos.

La misma mañana de la celebración del punto de encuentro surgió un imprevisto similar con Jorge Lago, ya sin posibilidad de sustitución. No obs-

tante, el debate se realizó y entiendo que fue muy fructífero, por lo que quiero agradecer a todos su esfuerzo por estar y sus aportaciones, incluidos Ignacio Ayerdi y Jorge Lago, que pudieron incorporarse a lo largo de la sesión.

El objetivo del punto de encuentro era una puesta en común sobre temas referentes a la arquitectura sanitaria y su financiación. Así, planteamos abordar temas como la repercusión que el nuevo mapa competencial en asistencia sanitaria, –con la asunción el 1 de enero de 2002 de las competencias por diez Comunidades Autónomas, lo que ha supuesto igualarlas con las otras siete–, tendría sobre la evolución de las inversiones sanitarias, sobre todo en nuevos hospitales o en grandes proyectos de reformas hospitalarias. También temas como las ventajas e inconvenientes de un hospital nuevo frente a la reforma y ampliación del hospital preexistente o las fórmulas de financiación de las inversiones sanitarias, si debe ser exclusivamente mediante la forma clásica de inclusión en los Presupuestos Generales o si caben fórmulas modernas más flexibles, o si el hospital debe ser autónomo en la dotación de Alta Tecnología, o es mejor acudir a fórmulas de concertación externa para cubrir esta área.



Carlos Fernández Rodríguez



De izquierda a derecha: Antonio Alfonso y Alfonso Casares

Todas estas cuestiones y otras más, fueron debatidas a lo largo de la mañana en la mesa redonda con gran entusiasmo por todos los ponentes.

Discusión

Aunque el desarrollo de la jornada fue muy dinámico entre todos los participantes, con múltiples interpelaciones entre ellos, en aras de una más fácil comprensión procuraremos separar las principales aportaciones de cada uno de los contertulios a la discusión.

Antonio Alfonso Sánchez, *Director de Edificaciones de Dragados.*

¿Cuál crees que va a ser la repercusión de las recientes transferencias sanitarias en cuanto a la inversión sanitaria?

Yo viví las transferencias del Insalud al País Vasco y tengo muy claro que, en primera instancia, las transferencias sanitarias para las empresas constructoras son un desastre. El Insalud no paga las deudas de los proyectos, modificados complementarios, etc. alegando que corresponde a las CCAA y éstas tampoco se hacen cargo, produciéndose una situación muy grave, que a mi entender exige que alguien tome cartas en el asunto y me imagino que si esto ha ocurrido en pequeñas dosis en cada transferencia, ahora se agudiza porque son diez a la vez, con el agravante en esta ocasión de que los precios de los proyectos de obras que se transfieren están infravalorados económicamente, lo que no pasó en anteriores transferencias.

A largo plazo, sin embargo, considero que las transferencias son muy positivas y, siguiendo con el País Vasco, la transferencia fue estupenda y sus proyectos están muy estudiados.

¿Tú crees que la financiación de la inversión sanitaria debe ser a través de la financiación pública, clásica vía presupuestos, o habría que encontrar otras fórmulas?

A mí me parece que la financiación distinta de la presupuestaria es una necesidad; yo me preguntaría ¿puede la Administración abordar con sus presupuestos ordinarios una renovación del sector sanitario como la que ahora está en marcha? Si puede, estudiando. Pero me temo que no es así, por lo que tendrá que acudir a estas fórmulas. Nosotros tenemos la experiencia de Alzira donde la Administración nos trasladó no solo la financiación de la inversión, sino también su gestión, mediante el pago de un canon por ciudadano que, a pesar de llevar incluida la cuota de inversión, es más bajo que lo que cuesta a la Administración gestionar ella misma.

Además, esto ya lo hacían los suecos hace 20 o 25 años, constituían una empresa pública que construía el hospital y la propia Administración se lo alquilaba a sí misma.

¿Qué opinas de los pliegos en los concursos de obra sanitaria?

Yo creo que se prima demasiado el factor precio en los criterios de adjudicación y esto en ocasiones se debe a una cerrazón del nivel funcional de las distintas Consejerías y condiciona a las empresas constructoras a hacer una oferta baja, que luego no se cumple y obliga a modificados. Yo creo que la Administración Sanitaria en este tema debería tomar ejemplo de la Administración más inversora, que es el Ministerio de Fomento, que vía pliego, evita las bajas por debajo de 2% de la media.

Alfonso Casares Ávila, *Arquitecto experto en arquitectura sanitaria.*

El debate hospitales en vertical/hospitales en horizontal

¿Lo tenéis resuelto los técnicos?

Rotundamente, no. Yo estoy planteando que los hospitales de 600 camas tenían 6 plantas y estaban perfectamente. Podían tener cuatro plantas y también estaban bien. El problema es que cuando quieres repetir ese mismo esquema con 1.000 camas la cosa se complica, pero lo importante es que los hospitales verticales no han funcionado porque no tenían bien resueltos los nudos de comunicación. Hay hospitales verticales de 1.000 camas con cuatro ascensores y eso es un desastre, pero hay hospitales verticales de 1.000 camas con 40 ascensores y han funcionado. Creo que dedicamos mucho tiempo a resolver los problemas, pero poco tiempo a reflexionar sobre los problemas.

Lo importante, por ejemplo, es colocar a los médicos en un ala, haciendo coincidir el despacho con la consulta y la sala de exploraciones, todo en el mismo bloque. Cada vez más, sobre todo los hospitales americanos, funcionan como una oficina y el puesto del médico es un puesto de trabajo con su ordenador y al lado su camilla y nadie pregunta dónde está la sala de sesiones o la secretaría del servicio. Lo que no tiene sentido es que sigamos sacando Planes Funcionales con 200 consultas polivalentes.

Además, a la hora de decidir el tipo de hospital, es importante la relación entre el sistema sanitario y el sistema urbanístico, porque los problemas urbanísticos repercuten en la construcción del hospital. Hasta ahora esta repercusión se traducía en que los solares que los Ayuntamientos cedían

para construir hospitales eran solares pequeños y con problemas, es importante que exista una relación entre los servicios de salud, Ayuntamientos y la Consejería competente de la Comunidad Autónoma a la hora de redactar los Planes Generales, previendo la ubicación de los hospitales.

¿Qué ventajas e inconvenientes tiene la reforma o ampliación de un hospital frente a su sustitución por uno nuevo?

Un tema que yo he discutido mucho es si los hospitales que estamos haciendo ahora debemos pensarlos para que sean para siempre, pues un hospital nos dura 15-20 años. La decisión la debíamos tener pensada ya ahora con los hospitales que estamos construyendo, si cuando dentro de 15 o 20 años se vuelven viejos los vamos a reformar o los vamos a sustituir por otro. Además, hay que tener en cuenta que un hospital hecho para sustituir a otro, no es un hospital nuevo porque arrastra muchos de los problemas e inconvenientes del viejo hospital.

Lo que está claro es que no se puede hacer una reforma de un hospital si no está pensada y decidida desde el principio. Lo que no puede ser es que cuando llevas dos o tres años de reforma y te has gastado 3.000 millones de pesetas te lo replantees y digas no, ahora no sigo con la reforma y hago un hospital nuevo.

Es evidente que hay reformas que han funcionado, por ejemplo, el Hospital Reina Sofía de Córdoba, lleva cinco años en reforma y se ha gastado entre 5.000 y 6.000 millones de pesetas y todavía quedan otros cinco años, pero el Hospital sigue funcionando. Por tanto sí se pueden hacer reformas, pero no de cualquier manera. Hay que organizarse y hay que hablar y planificar la

reforma, puesto que esta reforma no es muy diferente de las obras que se hacen todos los días en cualquier gran hospital que gasta al año 800–1.000 millones de pesetas en obras.

Lo que es fundamental para la reforma es el equipo directivo. En el Clínico San Carlos, la obra empezó en 1991, pero pasamos 5 o 6 años sin poder hacer nada hasta que llegó un Gerente que nombró un Subgerente de obras y un Comité encargado de controlar y coordinar la obra y se hizo medio Hospital y está funcionando, yo defiendo que en un Plan Director debe haber un Organismo permanente que controle y gestione el Plan Director.

En resumen, en unas ocasiones es posible hacer remodelación y otras no, lo primero es elaborar un Plan Director, pensarlo en su conjunto y decidir si se hace o no, no estar permanentemente en la duda.

¿Crees que se debe introducir alguna modificación en el diseño y construcción de Hospitales?

Una cosa que no comprendo como no se hace en la arquitectura sanitaria es la construcción de modelos como se hace en otros ámbitos de la economía. Deberíamos hacer modelos y simulaciones en la fase de proyecto, como se hizo en Alzira, e incluso en el Insalud en los años 1984-1985, con un modelo de funcionamiento virtual de los seis Hospitales Comarcales que en ese momento se iban a construir.

Además, yo creo que nos deberíamos cuestionar el actual reglamento de la arquitectura sanitaria, el que alguien haga un Plan Funcional, un Arquitecto me lo estudie y una Constructora me lo construya, sin que muchas veces se evalúe el Plan Funcional.

Ignacio Ayerdi Salazar, *Director General de Philips Sistemas Médicos.*
Jesús Santín, *Director Comercial de Philips Sistemas Médicos.*

¿Cómo se mira desde vuestro sector el actual mapa competencial sanitario?

Es cierto que existe un impulso político inversor, aunque también es cierto que en España estamos en déficit de recursos frente a Europa pues en Europa hay un nivel de parámetros asistenciales medibles mejores que en España.

Otra cosa es la necesidad de que estas cosas se hagan desde un terreno más objetivo, menos influenciado por las situaciones políticas, pero como la sociedad valora extraordinariamente todo lo relacionado con la sanidad, los políticos reaccionan y piensan que hay que hacer cosas que, además de ser buenas, lo parezcan a los ciudadanos y en este aspecto no hay diferencias entre las distintas opciones políticas.

¿Qué problemas os encontráis en el equipamiento de los hospitales?

Uno de nuestros mayores problemas es que por demanda del mercado nos hemos convertido en proveedores de lo que ahora se llaman soluciones integrales, donde suministramos el equipo y además hacemos la obra para su instalación, y ahí empieza parte de nuestro calvario, porque tenemos que recurrir a ese segmento de empresas constructoras pequeñas que nos cuesta mucho controlar. Además, parte de las frustraciones que tenían en los hospitales con los montajes, nos los han trasladado a nosotros, que nos convertimos en los culpables en muchas ocasiones. Los desencuentros que tenemos con los hospitales, en más de un 90% son por las obras y si el Organismo

mo Central dice que la obra vale 10 millones, el Gerente del Hospital quiere un obra de 20 millones.

Nuestra tragedia es que esto, que empezó como una forma rápida para agilizar los montajes de los equipos, como se demostró que era eficiente, ha evolucionado en el sentido de hacer obras cada vez más y más importantes, y ya hay ocasiones en que importa más la obra que el equipo, lo que es absurdo y bordea la ilegalidad, porque la contratación de obras tiene sus procedimientos, su sistemática y sus concursos y es una perversión contratar obras con los pliegos de los concursos de suministros de equipos, los precios cerrados, no podemos hacer modificados... ¿Qué pedimos para mejorar la situación? Dos cosas, que las obras se definan por el hospital o la institución central, y que se especifique el presupuesto de la obra, porque a veces no se dice, a veces ni se sabe y esto causa insatisfacción e ineficiencia.

¿Qué creéis que es mejor, que la dotación de alta tecnología sea propia del hospital o externalizada?

Hombre, creemos que la tendencia es a que los hospitales públicos sean autónomos en cuanto a tecnología, por lo menos para los pacientes encamados. Es algo deseable, los pacientes hospitalizados que demanden recursos tecnológicos de imagen o tratamiento parece deseable que los puedan recibir dentro del propio hospital, que no haya que sacar fuera a un enfermo que esté en la cama; luego, en otro terreno, con la enorme presión económica que hay sobre los sistemas de salud, es difícil que un centro público pueda competir en coste-eficiencia en todas las modalidades con centros privados que se han especializado.

Como regla extrema, los estudios ambulatorios serían el área a externalizar, a concertar, porque se puede concretar muy bien lo que se espera de ese estudio y se pueden fijar los pará-



De izquierda a derecha: Jesús Santín, Ignacio Ayerdi y Jorge Lago

metros económicos para que sea más interesante para el hospital que hacerlo dentro, y no solo porque se pueda controlar el coste, también porque no partimos de cero en el mercado, ya que existen centros privados que durante una determinada época han tomado la iniciativa de dar unos servicios que los hospitales públicos no tenían.

Jorge Lago Piñeiro, *Miembro del Taller Hospitales en Obras, de la Fundación Signo.*

¿Qué opinas de la normativa que rige el sector?

Estamos en un sector en que el 75 u 80% es público y otra parte importante vende sus servicios al sector público y por tanto están sometidos a su normativa. La Administración, seguramente con muy buen criterio, procura antes garantizar que no se produzcan errores, que impulsar aciertos.

Esto hace que situaciones de dudosa necesidad, los garantistas las sigan dando como absolutamente indiscutibles, desconfiando de la buena práctica. Nosotros decimos que es mal camino, porque cuando la estructura fuerza a disciplinas de dudosa justificación, detrás viene el incumplimiento y lo que se ha hecho en nombre del rigor acaba en que se olvida la trascendencia de lo que hay que cumplir.

Yo pienso que es importante llevar a la convicción tanto de la gente que hace las normativas como, sobre todo, los que inspeccionan las obras que hay cosas que van cambiando y por eso se pueden tomar riesgos que eran impensables hace unos años. Sin embargo, ahora estamos pasando una marcha atrás, pues hay CCAA en las que el número de personas con responsabilidad de exigir cumplir la

reglamentación ha crecido y se encuentran con la responsabilidad de reglamentar y de inspeccionar personas, no siempre, con la suficiente experiencia y la flexibilidad que da el conocimiento y en caso de duda, rigor absoluto. Por ejemplo, mientras aquí se exige la circulación exterior, Portugal dice que no, que se han inventado los filtros absolutos y la energía es muy costosa y esto es una barbaridad y se exige que cada climatizador debe llevar una justificación explícita del autor del proyecto para justificar su necesidad.

Conclusiones

- Las recientes transferencias sanitarias suponen un importante impulso a la inversión sanitaria. No obstante, también generan inconvenientes como la incertidumbre en las empresas constructoras sobre quién va a pagar los proyectos en marcha o la fragmentación en 17 sistemas de salud, que ocasiona que se pierdan sinergias y evita compartir conocimientos y recursos.
- Es necesario que la Administración aborde fórmulas de financiación de la inversión sanitaria distinta de la financiación clásica, considerándose muy interesante el modelo Alzira o similar.
- Lo importante no es que un hospital sea vertical u horizontal, lo importante es tener resueltos los problemas de comunicación en el hospital, así como su relación con el sistema urbanístico.
- Se pueden hacer reformas en los hospitales, pero éstas deben estar pensadas y programadas, siendo importante que exista un Órgano permanente que controle y gestione el Plan Director.

- No parece razonable la adjudicación conjunta de un equipamiento y su obra de instalación a una empresa de equipamiento médico en ocasiones en que la obra supera el importe económico del equipamiento.
- Los hospitales públicos deben ser autónomos en cuanto a tecnología para sus pacientes encamados, aun-
que puede ser admisible externalizar los estudios ambulatorios.
- Con las transferencias se ha incrementado el número de personas con responsabilidad de reglamentar e inspeccionar y eso puede ocasionar la exigencia de cuestiones de dudosa necesidad.