

# Nuevos hospitales: un reto de contratación, construcción y gestión

León A  
fundacionsigno@telefonica.net



De izquierda a derecha: Eduardo Arrojo, Margarita Alfonsoel, Sergio Beltrán, Arturo Canalda, Luis Rodríguez y Antonio León.

## Participantes:

**Dña. M. Alfonsoel.** *Secretaria General de FENIN.*

**D. Eduardo Arrojo.** *Consejero Delegado de la Sociedad de Explotación Dragados Bobis-Sufi para la construcción del Nuevo Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda.*

**D. Sergio Beltrán.** *Director Gerente del IB-Salut.*

**D. Arturo Canalda.** *Viceconsejero de Asistencia e Infraestructuras de la CAM.*

**D. Luis Rodríguez.** *Jefe de Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario de Toledo.*

Moderador: **D. Antonio León**

## Introducción

**A. León:** La Comunidad Autónoma de Castilla y León avanza hacia nuevos modelos de gestión.

En todas las CC.AA. tenemos unos planes de infraestructuras sanitarias muy ambiciosos y la necesidad de financiación y de realizarlos en un corto período de tiempo. Para la Administración, la medida normativa es buena.

Ahora les dejo a ustedes como representantes de distintas instituciones que inicien el debate.

**A. Canalda:** En la Comunidad de Madrid, la presidenta ha dejado en muchas ocasiones muy claro que nuestra idea es no incrementar para nada el déficit. Esto fue lo que en su día orientó la política de inversiones de nuestra C.A. y por eso decidimos adoptar este modelo en la financiación de las infraestructuras.

Somos pioneros en lanzar este tipo de modelo de financiación. El modelo no está probado en España. Hemos sido muy rigurosos a la hora de establecer todos los requisitos necesarios tanto en los pliegos como en toda la documentación anexa.

Es cierto que existe cierta lucha política en torno a este modelo, pero creo que un Plan de Infraestructuras como el que hemos diseñado genera expectativas en la Comunidad de Madrid y en todas las CC.AA. del territorio nacional.

Genera tres tipos de expectativas:

Desde el punto de vista de los ciudadanos, que de alguna manera verán que los servicios sanitarios públicos van a estar mucho mas cerca.

Desde el punto de vista de la empresa: desde el punto de vista del proveedor

y del constructor genera en el mercado ilusión, la posibilidad de embarcarse en un proyecto muy ambicioso y, sobre todo, puestos de trabajo y riqueza.

Desde el punto de vista de los profesionales genera enormes expectativas, pues en la sanidad que tenemos actualmente, los servicios están masificados, la carrera profesional está todavía por definir en las CC.AA., los profesionales están relativamente mal pagados... El hecho de abrir ocho hospitales de forma simultánea ha generado tantísimas expectativas en el colectivo de médicos y de los no médicos, en los profesionales sanitarios, que supone también un aliciente muy importante.

Genera un marco de trabajo ilusionante y una responsabilidad a las Administraciones. Un marco de trabajo en el que no podemos defraudar ninguna de las expectativas: la de los ciudadanos, porque evidentemente nos costaría un problema a la Administración porque no lograríamos mejorar el servicio público. A los constructores y a los proveedores, porque si no somos capaces de diseñar un sistema que sea estable y que funcione en el tiempo, al final se van a generar insatisfacciones. En cuanto a los profesionales, si no somos capaces de establecer un sistema de selección y de promoción dentro del sistema público, se generará un grave problema

## ¿Cómo se vive esto desde el mercado?

**E. Arrojo:** El modelo de Madrid fue el primero. ¿Como lo vivió el mercado y qué sabemos ahora después del paso de los meses? Podríamos hablar de un riesgo jurídico, de un riesgo financiero y de un riesgo de funcionamiento; todo ello podría haber implicado que no concurrieran las empresas



De izquierda a derecha: Antonio León, Eduardo Arrojo y Margarita Alfonsel.

porque les podría parecer un proyecto demasiado complicado.

Y tengo que decir como representante del consorcio que recibe la primera adjudicación, que a la vuelta de unos meses el riesgo jurídico está perfectamente calculado con un pliego estable y nadie ha planteado grandes problemas jurídicos.

El marco de la Ley de Concesiones da unas prerrogativas de defensa a la Administración importantes y a la vez seguridad jurídica a los que concurren. Creo que ha habido una concurrencia importante y sana para el contribuyente entre las empresas mejores del país, tanto de construcción como en concesión, a pesar de que éste era un sector nuevo.

¿El proyecto es financiable? Lo es, como demuestran las ofertas muy competitivas que se han presentado apoyadas y respaldadas por las entidades financieras.

En una primera impresión, el modelo de Madrid ha sido un éxito. El merca-

do ha respondido de forma clara en los cuatro frentes que teníamos más el quinto frente que es la consolidación de la deuda.

En este sentido, muchas de las opciones, por lo menos la nuestra, han hecho una apuesta por la calidad de sus servicios contando con los contratistas y por asumir los riesgos del proyecto, reduciendo del 40% que permitía la Administración al 0% las compensaciones fijas. Es decir, nuestros ingresos dependerán íntegramente de la excelencia en la prestación de los servicios.

**A. Canalda:** Un matiz: lógicamente, ante un marco jurídico más estable el coste de financiación es menor.

**A. León:** También hay una ventaja añadida: las Administraciones se mueven mejor dentro del procedimiento administrativo que en el ámbito mercantil. Ése es el camino que nos da seguridad. También nos da una financiación más barata.

**Se están haciendo unas infraestructuras muy rápidas en los plazos y de**

**gran calidad. Todos vamos a pasar a tener unos hospitales con muchos más metros por cama y con mayor dotación tecnológica ¿qué apreciación tienen?**

**L. Rodríguez:** Yo, como clínico, y desde el punto de vista de un profesional preocupado obviamente por la asistencia, poco tengo que decir sobre la forma en que se gestiona la construcción de los nuevos hospitales. Quizá tampoco sea un profesional al uso como todo el mundo tiene idea, porque mi postura es de defensa de la eficiencia del sistema público, de defensa del cambio en la gestión del sistema público tratando de buscar una mejor asistencia. Pero eso no me desvincula de un interés por la calidad de la asistencia.

En mi C.A., Castilla-La Mancha, la dotación hospitalaria era bastante anticuada. Se están haciendo planes ambiciosos de renovación hospitalaria. Se construyen hospitales a veces muy cerca unos de otros y creo que no siempre se siguen criterios estrictamente técnicos.

La construcción de nuevos hospitales obviamente puede ser una expectativa para los profesionales. No debería implicar, por ello, un estancamiento de los proyectos de carrera profesional. Yo creo que no se ha puesto aún sobre la mesa un proyecto de carrera profesional que realmente se aplique y que suponga un incentivo real para los profesionales, porque, si no, cada vez que pretendamos promocionar profesionales tendremos que abrir más hospitales.

Un tema importante, no quizás en Madrid pero sí en otras CC.AA., es la falta de profesionales cualificados. Si esto supone actualmente un problema para Castilla-La Mancha, cuando haya tres o cuatro hospitales más

este problema se va a multiplicar. Los médicos españoles se están yendo a Portugal, Inglaterra... Esto supone contar con edificios arquitectónica y técnicamente bien hechos, pero la calidad de la medicina la hacen los profesionales. Los pacientes van a los hospitales sobre todo por la calidad del médico, aunque la calidad del edificio también sea muy importante.

He tenido la suerte de trabajar en instituciones de prestigio con distinto tipo de gestión, en concreto estuve en Boston en el Mass General, uno de los hospitales de mayor prestigio. Recuerdo que Valentín Fuster cuando estaba allí tenía su despacho en la parte más vieja del hospital. El edificio no era un sitio excelente, aunque sí histórico, lo excelente era el servicio que se prestaba. Creo que no conviene olvidar eso.

Por último, lo que nos preocupa como clínicos, y a mí personalmente, es el impacto que esto pueda tener luego en la asistencia, si el impacto va a ser siempre positivo o puede tener alguna repercusión negativa.

Resumiendo, como clínico los tres aspectos fundamentales son:

1. Hace falta mejorar los servicios. Eso no debería conllevar dejar de luchar por mejorar la gestión de los que ya tenemos, incluido el personal. Debemos tener una carrera profesional para que incluso el que se quede en hospitales "antiguos" pueda promocionarse. Si no hacemos esto, no conseguimos la mejora del sistema.
2. Nos faltan profesionales y habría que empezar ya a afrontar ese problema. Se da la paradoja de que las plazas de cardiología, de las que salen unas 120 al año, no son

dotadas en su totalidad por los Ministerios de Educación o de Sanidad. Estamos ya generando un déficit sobre lo que teníamos, que ya era deficitario.

3. Por último, el impacto de los nuevos modelos de construcción de los centros en la asistencia.

---

*Hacia dónde vayan los nuevos modelos siempre genera expectativas y son retos también para la industria.*

Margarita Alfonsel

---

**M. Alfonsel:** Es verdad que hemos observado planes muy ambiciosos en las distintas CC.AA., pero todavía no hemos tenido la capacidad y la posibilidad de mantener una interlocución suficientemente profunda como para conocer estos modelos. Hacia dónde vayan los nuevos modelos siempre genera expectativas y son retos también para la industria. Tiene sus incertidumbres pero estamos dispuestos a colaborar con las Administraciones en todos aquellos proyectos que se planteen y estamos abiertos a estos nuevos desafíos. Nuestro ofrecimiento siempre está sobre la mesa, porque está claro que tenemos que convivir con este tipo de iniciativas de la Administración con un objetivo: dar la mejor asistencia al ciudadano.



Margarita Alfonsel.

Creo que alcanzamos unas primeras decisiones, más que acuerdos, con la Comunidad de Madrid, que iban muy en consonancia con la visión que la industria tenía de cómo se iban a desarrollar estos modelos de futuro. Para nosotros ha sido una decisión muy afortunada y agradecemos en ese sentido a sus responsables la decisión de la exclusión de la tecnología sanitaria en la primera fase. Entendemos que siempre es más arriesgado incorporar este elemento (que al final siempre es el elemento que tiene que ser definitivo para la asistencia sanitaria) en un primer momento de ensayo del nuevo modelo.

Conocemos que Valencia tiene un Plan de Infraestructuras muy ambicioso y también Castilla y León y Baleares, pero no se nos ha brindado la oportunidad de trabajar conjuntamente en estos nuevos modelos, o al menos de ser conocedores de los puntos clave que nos afectan. Nuestra posición ahora es ser proactivos, en el sentido de plantear en cada momento cuál es nuestra visión de los temas que hay que debatir, y por supuesto reitero la disposición de la industria a colaborar con las Administraciones. Es pronto para que hagamos una contribución mayor incluso a esta mesa de trabajo. Consideramos que todas las incertidumbres que se plantearon a la Comunidad de Madrid se han ido salvando.

**E. Arrojo:** Creo como concesionario que esto es un reto, pero también es una oportunidad para los profesionales.

**A. Canalda:** Se han dicho varias cosas, se ha hablado de la carrera profesional, de la falta de profesionales, también lo de la calidad de los profesionales versus calidad de las instalaciones y de la importancia de la gestión.



Luis García.

Cuando dividía el modelo en tres líneas estratégicas, no son tres líneas estratégicas que vayan de forma independiente.

Cuando hablamos de una línea que genere ilusión en los profesionales, sí que es verdad que hay que hablar desde el punto de vista puramente de desarrollo profesional. El hecho de tener mejores instalaciones redonda en la satisfacción como profesional a la hora de prestar ese servicio a los ciudadanos. Además, lo que está claro es que si se suma la oportunidad de quedarse en el mismo lugar e ir al nuevo hospital y que todo eso a efectos de carrera profesional puntúe, también genera una satisfacción importante.

El problema se produce cuando la Administración no es capaz de actuar de manera uniforme en todo el territorio nacional. Aquí se van a dar dos circunstancias: la primera de ellas es que cada C.A. es independiente a la hora de elaborar su carrera profesional. Debemos intentar por lo menos ponernos de acuerdo para tener una carrera profesional homogénea.

La segunda gran dificultad es la falta de profesionales en la Comunidad de Madrid para cubrir todas las plazas en los nuevos hospitales. Se van a generar en las C.A. limítrofes también pro-

blemas tanto en los servicios que van a dejar de prestar, con la colaboración de esos profesionales que se van a ir a otro sitio, como en los servicios que tienen que recibir a esos profesionales, por cuanto no tenemos claro que haya profesionales suficientes para cubrir todas las plazas. Esta incertidumbre no se nos genera solamente a nosotros como Administración sino también a los adjudicatarios, que tienen que poner a nuestra disposición un hospital en las mejores condiciones para prestar el mejor servicio. Si nosotros no somos capaces de dotarlo de personal, vosotros no podéis prestar el mejor servicio.

¿Cómo vamos a solucionar esto? Cuando hablamos de ocho hospitales y cincuenta centros de salud estamos hablando de ocho hospitales funcionando en 2007. Evidentemente habrá desajustes, evidentemente los primeros meses serán meses complicados y evidentemente lo que no se puede pretender es que un hospital como el de Majadahonda lo tengamos funcionando al 100% del rendimiento en los plazos previstos. Habrá meses de cadencia o de adaptación en los que la Administración y la adjudicataria tendrán que trabajar conjuntamente.

A raíz de las conversaciones que mantuvimos con la industria, llegamos a la conclusión de que la alta tecnología no parecía razonable dejarla en manos del adjudicatario por cuanto no eran empresas habitualmente conocedoras de la tecnología y probablemente conocedoras de todo lo que rodea esa tecnología. Ahora tenemos que sacar un consorcio para el equipamiento de esos hospitales y al mismo tiempo tenemos que ser capaces de introducir la alta tecnología en el hospital en la fase de construcción adecuada. Todo eso requiere una labor de coordinación fundamental de los responsables administrativos.

El horizonte que nos hemos marcado en el dimensionamiento de los hospitales es doble: el primero de ellos es hacia 2011 y el segundo es hacia 2017. Resulta difícil asumir que cualquier administración vaya a hacer de aquí a 20 años más hospitales. Cuando esté finalizado el mapa sanitario supondrá la reasignación de la población en las nuevas áreas sanitarias y un crecimiento de camas que debe rondar las 2000.

La puesta en marcha de estos hospitales tiene doble finalidad: acercar a los ciudadanos la sanidad y al mismo tiempo descongestionar los actuales hospitales. El hecho de construir nuevos hospitales significará dejar habitaciones de una sola cama y tener más próxima la asistencia.

En cuanto a la politización de la que se hablaba antes, voy a discrepar. El plan de infraestructuras no genera ni insatisfacciones ni incertidumbres; lo que genera es todo lo contrario: grandes expectativas. Es un plan tremendamente ambicioso y que inicialmente pudiera ser de tipo político por cuanto la ubicación de muchos de los hospitales. Los hospitales se ubicaron donde eran más necesarios. Intentamos dar nuestro mejor servicio con independencia del color político.



Arturo Canalda.

Existe una magnífica interlocución con la industria, pero con los profesionales también. Hemos firmado ya varios acuerdos con las organizaciones sindicales, intentamos a toda costa mantener la paz social, mejorar la calidad del profesional y la asistencia. Hemos intentado aunar voluntades.

**L. Rodríguez:** Y con respecto al número de profesionales ese problema está ahí. ¿Se va a hacer algo?

---

*Con independencia de dónde esté el paciente, en cualquier punto de la red sanitaria, su historia clínica va a estar disponible. Además, va a permitir generar una gran competencia entre los centros pues el paciente podrá seleccionar al mejor médico o el mejor servicio.*

Arturo Canalda

---

**A. Canalda:** Debemos optimizar el trabajo del personal que actualmente tenemos. Se trata de establecer un marco de acuerdo con los representantes sindicales y con los representantes de los colectivos en el que, respetando las condiciones, se obtenga más tiempo profesional. Es un diseño complejo para el que tenemos apenas 12 ó 14 meses. Estamos ahora mismo a dos años de finalizar legislatura y un procedimiento de selección de esta categoría lleva como mínimo un año. No tenemos margen. Se pueden solapar los plazos de los procesos de definición de estrategia y los de selección, pero el gran reto de esto es que luego empiece a funcionar adecuadamente y con asistencia de calidad.

Con el inicio del próximo curso académico en septiembre vamos a iniciar una política de acercamiento a los estudiantes de medicina de las facultades. Les explicaremos cuál es el plan de infraestructuras y plantearemos las posibilidades reales existentes en las diferentes CC.AA.

**L. Rodríguez:** En nuestro caso, hace tiempo que hay gente nueva trabajando por la tarde, al menos parcialmente. Hay que hacerlo.

**A. Canalda:** ¡Ahí esta! Habría que empezar a trabajar ya muy intensamente en aumentar las vocaciones y aumentar las plazas de especialistas que no se están cubriendo y que ya se tenía que haber previsto hace unos años que tenían que aumentarse.

**M. Alfonso:** Yo quería volver un momento sobre lo comentado en relación con mi afirmación de que nos encontramos en un escenario muy politizado. Hablo de la sanidad en su conjunto. Desde las transferencias, se produce una gran carrera desde todas las CC.AA. para poner en marcha planes de infraestructuras ambiciosos, con modelos muy novedosos sobre los que no existe experiencia. Desde el punto de vista del ciudadano, parece más correcto iniciar un plan de infraestructuras ordenado en el tiempo, con mayores espacios para hacer evaluación sobre resultados e ir construyendo el futuro.

Cuando hagamos una evaluación de toda esta planificación, habrá que corregir determinados aspectos que afectan a los profesionales, a la industria, a los modelos de gestión en su conjunto. Entiendo que sí hay una politización grande en sanidad, pero que hay retos políticos que han de ser cumplidos en plazos y ese compromiso político puede llevar a determinadas decisiones rápidas que a la vista de resultados puedan luego ser reconsideradas.

Sobre otro de los aspectos antes comentados, la industria tiene que participar en los momentos oportunos y colaborar con los adjudicatarios en la línea señalada por el viceconsejero, como aliados en un proyecto que persigue introducir elementos de mejora

para la sanidad. Eso supone empezar también a trabajar en un marco de relación estable que seguramente orientará mucho mejor la dinámica entre las partes para construir el futuro, y a lo mejor ese futuro, fruto de compartir estrategias, puede apuntar hacia otros modelos. Quizás esta opinión está basada en que como sector empresarial no hemos sido partícipes de estos nuevos proyectos, lo que ha generado ciertas reservas desde la industria.

---

*Todos, los suministradores de equipamientos, los concesionarios y los gestores, tenemos que hacer una planificación estratégica a la vez.*

Eduardo Arrojo

---

**E. Arrojo:** En el sector sanitario hay que hacer una evaluación continua. Es muy sensible al ciudadano, mueve muchos recursos y el gestor del servicio que tiene la responsabilidad no tiene esos tiempos que sería deseable que tuviera.

Creo que sí ha habido una reflexión suficiente en el nuevo modelo por parte de las distintas CC.AA. Todas tienen delante una realidad que tienen que afrontar con los planes de infraestructuras que responden a unas



Eduardo Arrojo.



presiones de asistencia tremenda. Y lo tienen que hacer con todos los medios que tengan a su alcance. Por tanto, creo que hay reflexión, que las primeras pruebas están saliendo bien y que las CC.AA. siguen este tema desde hace años y lo han ido madurando en sus diferentes modelos.

Todos, los suministradores de equipamientos, los concesionarios y los gestores, tenemos que hacer una planificación estratégica conjunta teniendo claros los mecanismos de corrección. Cometeremos errores, es muy posible, pero tenemos que garantizar que sabremos reaccionar inmediatamente y resolverlos, aunque administrativamente eso siempre sea complejo.

**L. Rodríguez:** Hay experiencias con suficiente evolución en otros sitios que nos permiten, aparte de la reflexión, el análisis de resultados.

**A. Canalda:** Con este nuevo modelo sí que hay experiencias en el modelo inglés.

El modelo inglés lleva funcionando ya 18 ó 20 años aproximadamente. En su primera fase se produjeron grandes desajustes y tuvieron en algún caso que reconsiderar de forma global la concesión, pero cuando hemos diseñado el nuevo modelo para España, hemos ido aprendiendo de esos errores.

Recientemente, un grupo de abogados implicados en este tipo de proyectos, incluso del National Health Service, nos ha pedido conocer cómo hemos sido capaces de poner en marcha un proceso tan complicado en tan poco tiempo en Madrid. Lo que más les había asombrado es que el proceso de adjudicación que suele suponer un periodo entre 18 y 24 meses se haya concluido en un tiempo tan breve.

En Inglaterra tienen un marco jurídico completamente adecuado para este tipo de concesiones, nosotros no. Esto que puede parecer contradictorio y debería teóricamente generar más incertidumbre y, por tanto, más periodo de negociación, es todo lo contrario. Como el marco no está tan aquilataado, permite dejar a la negociación entre las partes algunas cuestiones que serán perfectamente supervisadas por equipos jurídicos de peso específico muy importante. Esto no sería posible en el Reino Unido.

¿Qué va a pasar en los próximos años? La capacidad de la empresa de financiar o de no tener un rendimiento positivo en los primeros años está muy ajustada y a corto y medio plazo no va a tener problemas. El problema es cuando el modelo no está bien definido por parte de los adjudicatarios y lo han llevado hasta límites insospechados, sobre todo en lo que se refiere a las penalizaciones y a los costes de constitución y su regulación a lo largo de los 30 años de concesión.

**E. Arrojo:** En un nuevo escenario, los concesionarios, tenemos capacidad constructiva, capacidad financiera, capacidad de prestación de servicios, cultura del hecho sanitario y garantías jurídicas de hacer esto bien en colaboración con las distintas Administraciones.

No hay que mirar tanto al Reino Unido, hay que mirar a España. Éstos son hospitales públicos y la clave está aquí. A mí la experiencia de Reino Unido me parece apasionante pero quiero saber cómo funcionan los hospitales españoles.

**A. León:** **Habría quizás una línea legal sobre qué va a pasar con la gestión del cambio. No solamente la gestión del cambio al trasladar un**

**hospital como Puerta de Hierro, General Yagüe o Son Dureta, sino de poner en marcha los hospitales de nueva creación con nuevos profesionales. ¿Estamos todos preparados para tener las historias clínicas electrónicas?, ¿tener radiodiagnóstico por imagen?, ¿nuestros profesionales ya van entrando en ello?, ¿lo teníamos previsto?**

**M. Alfonso:** La sanidad necesita cambios sustanciales y uno de ellos es una visión de futuro diferente de la industria del suministro hospitalario como socio en un proyecto de interés común.

**A. Canalda:** El cuarto escenario no se ha dado en ningún momento histórico. Es un escenario que tiene ocho nuevos hospitales que deben ser dotados con la última tecnología y un nuevo sistema de información.

Si este sistema funciona, debería ser exportado al resto de la red sanitaria de la Comunidad de Madrid. Se trata de un sistema que ya está diseñado, con una estrategia que no es cliente/servidor al puro estilo tradicional sino una estrategia mixta: hay un gran repositorio de datos en cada hospital y, además, un gran CPD en la Consejería. Los datos de las aplicaciones departamentales quedan en los propios hospitales mientras que los datos de historia clínica y datos que ya excedan del departamento correspondiente quedan en la Consejería.

Ese escenario de experimentación lo queríamos extrapolar al resto de la organización. ¿Y qué estamos haciendo para ello? Se ha concluido toda la informatización de Primaria. Estamos trabajando en la centralización de los datos de Primaria por un lado, que ya está en fase muy avanzada, y en la centralización de datos de Especializada, que está en fase incipiente.

Cuando el escenario esté terminado en 2008 y veamos que el sistema funciona, estamos en las condiciones idóneas para empezar a implantar el sistema en el resto de la red.

Eso conlleva que, con independencia de dónde esté el paciente, en cualquier punto de la red sanitaria, su historia clínica va a estar disponible. Además va a permitir generar una gran competencia entre los centros pues el paciente podrá seleccionar al mejor médico o el mejor servicio. Esto no sucederá a corto plazo, en esta legislatura, pues supone cambiar el sistema de financiación de los diferentes centros.

**E. Arrojo:** ¿Cómo responden los concesionarios ante los nuevos retos? La industria de la construcción en España tiene probada capacidad para afrontar los planes de infraestructuras de las distintas CC.AA., incluso diría que la industria de prestación de servicios también. Lo que sí estamos todos aprendiendo es lo que yo llamaría la cuarta pata, la cultura de la concesión, la cultura de la explotación o la cultura de la "integración".

Esta cultura no la teníamos porque no existía el modelo pero estamos dando grandes pasos. Sí veo, por la parte de la industria, constructoras y concesionarias y patrimoniales que sienten un interés enorme. Y sí veo una evolución muy positiva.

**L. Rodríguez:** En mi C.A. el problema no es ya tener el sistema, sino trasladarlo y que todos los centros de salud accedan a eso. Luego, ya depende de que haya cableado, de que el operador del tráfico telefónico tenga suficiente capacidad. Probablemente, en Madrid ese problema no existe, pero nos vamos a encontrar con esa dificultad.

Está claro que las constructoras están

en una actitud colaboradora y que lo ven como una expectativa de negocio. Insisto: el problema va a ser la falta de personal. Tenemos un déficit de personal y un horizonte de cinco años para reaccionar y tener ese personal cualificado si queremos apoyarnos en el personal español. Si vamos a importar, nos vamos a encontrar que, según de dónde los importemos tendrán determinados déficits. Haría falta una mayor coordinación de las Administraciones, no ya sólo la de sanidad, también el Ministerio de Educación y Ciencia. Nos encontramos con numerus clausus en las facultades de medicina, y numerus clausus en la formación especializada. La verdad... ¡es un sinsentido!

**A. León:** Si se eliminan los numerus clausus, ¿dónde formas a esos MIR?

**L. Rodríguez:** ¿Los MIR? Yo creo que el sistema tiene más capacidad para formar MIR, depende de qué especialidad. En cardiología no creo que hubiera mayor problema. Depende de la actividad del servicio. Podríamos tener una capacidad formativa mayor en otros sitios, tutelada por otros centros actuales sería factible. No se puede aumentar un 60% lógicamente, pero creo que se podría perfectamente incrementar el número de MIR en un 10 ó un 20%. No podemos esperar 10 años a pensar que podemos aumentarlo.

Se dan paradojas. Faltan profesionales y se está forzando la jubilación. Quizás hay que hacerlo, pero no tiene sentido si hay demanda de profesionales. Evidentemente tenemos ese reto, es una apuesta importante, pero debemos coordinarlo y planificarlo bien para que no nos falle un aspecto esencial: el del personal.

**A. Canalda:** En Madrid difícilmente en estos momentos podemos con la infraestructura actual asumir más MIR.

### ¿Tecnología sí o tecnología no en estos modelos de gestión?

**E. Arrojo:** De hecho, el problema de la tecnología que no se ha dicho quizás es el horizonte de los 30 años, con un marco jurídico donde hay que integrar una fórmula financiera y que definir en el día de hoy cuál va a ser el devenir económico de 30 años, es difícil conceptualizar e incorporar sin grandes márgenes de error el hecho tecnológico.

Estamos tratando de igual forma a todas las tecnologías y no son todas iguales. No hay que tener la misma respuesta para cada bloque y, parcelando, podemos llegar a soluciones mucho más factibles. Desde luego hay "líneas tecnológicas" que son más previsibles o de riesgo calculable, mientras que otras (pensemos en términos de valor actual -VAN que se exige en los modelos) se escapan de cualquier rango razonable de incertidumbre.

---

*Esto es un matrimonio, somos dos socios que debemos entendernos bien y que intentaremos trasladarlo también bien.*

Antonio León

---

**A. León:** ¿Dificultad de incluir la tecnología en los pliegos? Evidentemente dentro de 15 años no sabemos qué tecnologías estarán en uso. Llegará un momento en que la tecnología PET esté dentro de la cartera del Sistema Nacional de Salud aprobada. Ahora no lo está. Hay que tener en cuenta que tecnologías tipo PET aparecerán en el año 15, en el año 20. La línea que traemos en nuestro pliego es un Plan de Equipamiento con un precio cerrado. Tiene un valor de 66 millones de euros (con dos aceleradores, hemodinámica, equipamiento de salas de rayos....) para un hospital de 678 camas y 24 quirófanos. Se controla a través de una Comi-

sión Técnica Asistencial. Habrá equipos que trabajen con Philips, otros que trabajen con Toshiba y otros que trabajen con otras marcas. Es difícil cambiar de proveedor de repente y tendremos que tenerlo en cuenta. Eso se puede contemplar dentro de las posibilidades del equilibrio de adaptación.

**A. Canalda:** Aquí hay una cuestión que no es menor. Cuando tenemos siete hospitales absolutamente nuevos, no hay profesionales que están acostumbrados a utilizar determinada tecnología, salvo que vengan de otros hospitales. Segundo: en cuanto a economía de escala me resulta mucho más razonable sacar un concurso centralizado para todos los hospitales que no uno a uno. Y tercero, que yo no estoy descartando, no sacarlo vía capítulo presupuestario correspondiente sino a lo mejor utilizar otras figuras jurídicas.

La economía de escala para equipar ocho hospitales para nosotros es muy importante. Había dos opciones: dejárselo al adjudicatario, con lo que eso supone de incrementos de costes al coste total de la concesión, o decir: "queda en mis manos, yo tengo más capacidad de negociación actualmente con los proveedores, conozco las tecnologías y además soy el que va a tener que formar a los profesionales en la utilización de estas tecnologías".

A veces interesan no tanto cuestiones puramente de precio, sino que pueden influir otro tipo de cuestiones que como Administración yo puedo asumir. En ese contexto es en el que nosotros hemos tomado la decisión de no incluir la alta tecnología.

¿Nos va a salir más barato? Yo creo que sí. ¿Supone más problemas para la Administración porque tenemos que pilotar nosotros ese concurso centralizado? Pues también.



Sergio Bertrán.

**S. Bertrán:** Baleares ha sido el pionero en integración de sistemas con aplicaciones de mercado absolutamente innovadoras.

Creo que en un nivel teórico sí queda más redondo un PFI que incluya alta tecnología. Al final, de lo que se trata es de transferir mayor riesgos posibles, cuanto más riesgo transfieras, más seguridad teórica hay.

---

*Baleares ha sido el pionero en integración de sistemas con aplicaciones de mercado absolutamente innovadoras.*

Sergio Bertrán

---

De todas maneras en Baleares hemos optado por no incluirla por las razones que habéis apuntado. Es verdad que con este tipo de proyectos los plazos se acortan mucho; se puede hacer el plan funcional del hospital, se licita, se adjudica y se contrata y pasan como mínimo cuatro o cinco años. No me atrevería a definir lo que va a ser la alta tecnología dentro de cuatro o cinco años. Y hay otra razón más. Estos proyectos los están liderando las constructoras. Como no conocen el mercado de alta tecnología, van a asociarse con un único proveedor, con dos proveedores en todo caso. No va a responder a lo que pueda ser una multiplicidad de proveedores como es en nuestro caso.

**E. Arrojo:** Te diría que en la revolución que ha habido en los últimos nueve meses, cada vez se percibe menos construcción y más cuestión “concesional”, afortunadamente. Creo que la única forma de gestionar por parte del concesionario de alta tecnología no es asociarse con una única casa, puede haber otras fórmulas. También los profesionales están acostumbrados a trabajar de determinada manera. Los concursos de suministros de temas sofisticados, donde se quiere cambiar por decreto la cultura, suelen ir al fracaso. Por tanto, creo que puede ser muy peligroso el que la elección de estas tecnologías se haga al margen de los profesionales.

En cualquier caso, habría que ver el parecer del usuario y eso es otro reto: ¿cómo hacer un concurso de esto? Hay que estudiar otras fórmulas que a lo mejor son más convenientes.

**L. Rodríguez:** Quiero hacer hincapié en que es importante contar con la opinión de los que van a trabajar con los equipos porque es algo más que un cambio de mentalidad. Yo creo que los médicos estamos muy acostumbrados a cambiar de mentalidad y ¡ay de aquel que no cambie! El médico que se queda con un aparato muere con su aparato, y pocas cosas cambian tan rápido como la medicina.

Pero la diferencia es mucho mayor que eso. Para cualquier técnica hay un montón de equipos, y obviamente no todos son iguales.

El que esté trabajando con ellos sabe que cuando quiere ver las coronarias, no todas las salas son iguales, no todas rotan a la misma velocidad, no todas consiguen la misma angulación, no todas te permiten luego analizar esos resultados... Si queremos y consideramos que la tecnología es un elemento

importante para obtener la calidad, y yo lo considero así, el profesional también lo es y lo considero en mayor medida. Obviamente su integración es importante. Si olvidamos esa integración, será un fracaso anunciado.

**A. León:** El tema es si tenemos un único proveedor o multitud de ellos. Se podría dirigir la concesión de la tecnología de forma que los pliegos hablaran de unas determinadas solvencias técnicas, de un perfil y experiencia de la sociedad concesionaria: una constructora que haya realizado equis millones de euros en los últimos años, junto con una empresa que haya realizado también equis millones de euros en ese período en servicios hospitalarios y añadir, además, que sea de los accionistas que hayan suministrado alta tecnología de más de equis millones en los últimos cinco años.

Pero creo que eso sería un error. Sólo tendríamos un socio tecnológico y eso no lo queremos y no ocurrirá.

**A. León:** Otra idea que podíamos apuntar aquí es la situación actual de financiación presupuestaria en las distintas CC.AA. Hemos conocido tiempos en los que los tipos de interés tenían dos dígitos y esto evidentemente podría dar lugar a replantearnos dentro de 10, 15 años. Si esto sube o sucede alguna circunstancia sobrevenida, habría que rescatar las concesiones porque habría que reequilibrar e ir a la financiación tanto externo-privada como a la propia financiación de la sanidad.

**¿Este sistema nos va a permitir ser más ágiles pagando, una vez que esté bien dotado presupuestariamente y se cierre el debate de la financiación autonómica y la sanitaria en concreto o va a servir para trasladar la deuda a otros agentes que aparecen ahora (el concesiona-**

rio) y vamos a tenerles también meses sin pagarles?

**A. Canalda:** Está claro que los costes de financiación y los tipos de interés vienen fijados. Segundo, no debería suponer especial problema para las administraciones el pago del Capítulo II al Capítulo VI. Son necesarios para poder hacer frente a las responsabilidades que ha adquirido.

Lo cierto es que el pago a proveedores está menos regulado. Una cosa es ser proveedor de productos sanitarios, otra cosa es ser proveedor de una serie de servicios. Es una realidad que en estos momentos el pago a proveedores difiere mucho dependiendo de la C.A. de la que estemos hablando. También es una realidad que con esa inestabilidad presupuestaria el proveedor no debería soportar la ineficiencia del sistema, porque la idea es que el proveedor colabore con el sistema para que el sistema sea más eficaz. En esa línea de trabajo es en la que nos movemos

**S. Bertrán:** Antes comentabas el problema de la financiación de la sanidad en la C.A. Independientemente del tema de la financiación general, las CC.AA. tienen que mejorar en cuanto a gasto corriente. Estamos hablando de gasto corriente, de demandas cada vez mayores, de necesidades mayores y de construcción en infraestructuras y mantenimiento.

Una de las cosas que puede tener buenas este tipo de proyectos es que unifica a un conjunto de proveedores, y ahí parece que la estructura está un tanto organizada.

También es mucho más sencillo controlar un contrato que supone un pago mensual o pago trimestral, que un contrato de suministros de una sola vez que hay que someterlo a todos

los controles para que llegue el momento del pago.

**E. Arrojo:** Hay que definir los plazos. Hay una cuestión apasionante, qué plazo, qué garantía, qué penalización, cómo se traspasan las penalizaciones... Pero creo que el modelo de pago tiene que estar claro. Tenemos que tener una pauta de pago estable y fija. El sector público tiene que pagar según pliego y nosotros tenemos que pagar a los subcontratistas para conseguir buenos precios y una calidad excelente. El tema del pago de los suministros es diferente.

**S. Bertrán:** La economía del modelo está calculada basándose en la situación actual y a precio fijo, pero también hay cláusulas que prevén la posibilidad de determinados tipos de desajuste y la obligatoriedad por ambas partes de reequilibrarlos. Estamos obligados a mantener los equilibrios económicos financieros que se fijan en la adjudicación.

**M. Alfonso:** Soy un poco escéptica. Existe una legislación para el pago a proveedores que se está vulnerando sistemáticamente. Para el sector empresarial que yo represento la morosidad del SNS ha sido un elemento que ha creado incertidumbre y ha distorsionado su actividad.

Es verdad que con algunas Administraciones tenemos la suerte de tener una buena interlocución y entender los momentos en los que necesitan un respiro porque coyunturalmente es así, pero hay otras C.A. con una dinámica permanente de distorsión en los pagos que perjudica seriamente la supervivencia y la estabilidad financiera de las empresas.

**A. Canalda:** Yo trabajé en FENIN hace años, por lo que conozco muy bien la problemática de los proveedores, in-

cluso en el propio diseño y elaboración de los escritos y el procedimiento de reclamación de intereses. Cuando se ve desde el punto de vista de la Administración, da también cierta perspectiva: ni todo es tan malo como lo ve el proveedor, ni tan bueno como lo ve la Administración. Siempre hay que llegar a un término medio.

No se debería contemplar el no pago de la Administración porque no tiene ningún sentido. Aumentarían los costes de financiación de manera sorprendente. A lo que sí se debería llegar en momentos puntuales es a acuerdos con los proveedores. Ahora bien, si se entra en una dinámica de no pago a proveedores como política de contención, como política de poder pagar otras cuestiones, se crea un problema muy serio. Además, la nueva directiva de morosidad es mucho más rigurosa que la antigua Ley de Contratos del Estado: estamos hablando de unos costes de penalización brutales.

**M. Alfonso:** La industria es uno de los agentes que configuran el ámbito de la sanidad y como tal debe ser contemplada.

Conociendo un poco el horizonte, la industria es perfectamente flexible para poder entender situaciones coyunturales. Lo no aceptable es que esa dinámica sea un comportamiento permanente que distorsione totalmente la actividad del sector, porque también distorsiona la actividad de la propia Administración, generando nuevos costes ante recursos por incumplimientos de los términos establecidos en los textos legislativos. ¿Por qué las CC.AA. no adoptan determinadas soluciones financieras? ¿Por qué no van hacia soluciones novedosas que puedan paliar esta situación?

**S. Beltrán:** Con estos nuevos modelos buscamos aliviar la carga financie-

ra de la Administración, diferirla en el pago y que la iniciativa privada asuma parte de los riesgos que hasta ahora está asumiendo la Administración.

Lo que estamos intentando es aliviar lo que son los flujos de caja anuales que nos permitan además normalizar la situación de gasto corriente de la Administración.

---

*Es importante contar con la opinión de los que van a trabajar con los equipos porque es algo más que un cambio de mentalidad. Los médicos estamos muy acostumbrados a cambiar de mentalidad. Pocas cosas cambian tan rápido como la medicina.*

Luis Rodríguez Padial

---

**L. Rodríguez:** Hay un tema del que me gustaría hablar: tenemos el hospital, es legal hacerlo y todo el mundo está de acuerdo en que es una oportunidad. Tenemos toda la infraestructura necesaria, que se va a pagar sin ningún problema, que evidentemente yo, visto, no desde fuera del sistema, pero sí desde otra perspectiva, entiendo que es una apuesta de la Administración por tratar de mejorar esa forma de obtener nuevas y costosas infraestructuras. A mí lo que me preocupa como médico es: ¿cuántos gerentes va a tener el hospital? ¿Qué papel va a tener entonces el que lo ha construido y el que gestiona el 20 ó 30% de actividad accesoria?

**E. Arrojo:** El tema es muy importante. Las nuevas fórmulas van a ayudar por razones obvias, aunque sólo sea por disponibilidad de tesorería. Los concesionarios tenemos un papel absolutamente subordinado y eso es algo que todavía está por resolver.

Hemos presentado un organigrama y la parte concesionaria, es decir, los servicios que nos corresponden; en

muchas CC.AA. se están prestando por terceros y cuartos. Ahora existe la ventaja de que un interlocutor los racionaliza y los ordena, pero tenemos una parte de este tema absolutamente subordinada a la gerencia y a la dirección médica del hospital. Somos unos prestadores de servicios con la función de tener un edificio mantenido y en perfecta disponibilidad y prestar unos servicios compatibles con los del hospital y donde hay unos comités y unos sistemas de información que lo evalúan. Tenemos un papel absolutamente subordinado a lo que es la gerencia del hospital y a su dirección, pero creo que hay que trabajarlo porque evidentemente no puede haber un choque de culturas. Acertar ahí va a ser muy importante.

**L. Rodríguez:** ¿Va a desaparecer la dirección de gestión de los hospitales?

**E. Arrojo:** Eso no es un tema que a nosotros nos corresponda, pero en los planes funcionales anexados al pliego se mantiene una dirección de gestión y sus subdirecciones.

**S. Bertrán:** En la práctica, como médico del hospital, no vas a notar nada.

**L. Rodríguez:** Ahí se rompen mis expectativas, porque yo esperaba notar algo ¿sabes? En la sanidad estamos acostumbrados a que si una cosa en cinco años está igual, parece que ha mejorado, pero en realidad ha empeorado porque ha perdido las posibilidades de mejorar.

**S. Bertrán:** Se va a notar la mejoría o el empeoramiento, pero no va a estar en función de esto. La empresa que gestiona todos estos servicios tiene un único interlocutor que va impuesto por pliego y que se va a integrar en el

nuevo equipo directivo del hospital. Son los concesionarios quienes van a tener que aglutinar empresas que hoy día no tienen nada que ver. Se están organizando consorcios para que funcionen 30 años.

**L. Rodríguez:** Tengo una duda: ¿qué personal va a depender de los concesionarios?

**A. Canalda:** En Madrid, el apoyo administrativo y todo lo que se agrupa en transporte interno, externo y gestión auxiliar donde se incluyen gran parte de las funciones que desempeña ahora el personal subalterno...

**E. Arrojo:** En la CAM, a partir del sexto mes, que constituye el período de ajuste, se inician las penalizaciones, absolutamente lógicas, pero nosotros hemos ofertado todos nuestros ingresos de prestación de servicios al 100% variable. Por razones obvias, tengo que buscar la excelencia en la prestación. Si no la encuentro, me van a penalizar en mis ingresos y si las penalizaciones superan ciertos porcentajes se me rompe el modelo financiero y tendría que poner más capital.

Hay una lógica económica de que el entramado del modelo trabaja a favor del contratista que tiene una responsabilidad muy definida.

**S. Bertrán:** Se ha comentado mucho sobre las penalizaciones. Hay penalizaciones, todos los proyectos tienen penalizaciones, muchas y muy duras. Pueden llegar al 100% por razones obvias del modelo. Pero al menos nosotros, el mensaje que estamos intentando transmitir es no obsesionarnos con las penalizaciones porque la peor penalización que tiene este modelo es para la Administración



**E. Arrojo:** La penalización deseada para la Administración es la cero, porque eso querrá decir que la Administración está contenta con el servicio que se presta y nosotros estaremos prestando un servicio de calidad. Digamos que hay que ir a la excelencia de cero.

**A. León:** Hemos cerrado una etapa de esta línea de debate que incluí yo un poco porque la preocupación de FENIN es esta situación de pagos.

Quizás este sistema contratado por el Capítulo II tiene una ventaja en cuanto a los pagos: son temas sensibles a recursos humanos como son los servicios de limpieza y todos los servicios que van asociados. Cuando se contratan normalmente tienen el crédito presupuestario soportado para los años del contrato y eso garantiza que no se pueden barrar esos documentos contables.

En la Ley General Presupuestaria, el Capítulo I es un crédito ampliable y siempre se paga, todos los trabajadores cobran al final de año. El Capítulo IV también es un crédito ampliable y siempre cobran a pesar de que tenga unas subidas muy abultadas. Para el Capítulo II se establece un nuevo marco, vamos a tener unos años que nos van a permitir equilibrar la situación con los crecimientos que tenemos en los créditos de salud.

Otro tema es que quizás introducimos demasiadas calidades en el pliego para que el concesionario nos dé un servicio mejor que el que estamos prestando con nuestras propias contrataciones de servicios o con nuestros propios trabajadores. Quizás hemos introducido más calidades que las que actualmente estamos dando, porque debemos tender hacia eso. Eso no va a encarecer nuestras tarifas ni nuestros modelos.

**L. Rodríguez:** Eso va a obligar a los otros hospitales a mejorar su imagen, a subir el estándar.

**A. León:** Lo iremos viendo y siguiendo a lo largo de los 30 años.

## Conclusiones

Si queréis, por finalizar, trazamos unas grandes líneas de lo tratado:

1. Empezamos hablando del paso de estos dos años de normativa legislativa para estos retos que se ofrecen ahora de contratación y de construcción de hospitales. Hablando de los riesgos que se han ido ya disipando: esos riesgos jurídicos y financieros y ese riesgo de financiación.
2. Se hablaba, y hemos vuelto a incidir más veces, del impacto que van a tener los recursos humanos en el futuro. Debemos empezar a trabajar no sólo con los MIR, sino influyendo en las distintas especialidades con las universidades, para que tengamos profesionales preparados para las dificultades que se derivan de todos estos planes que han establecido las Administraciones.
3. También hablábamos de las oportunidades que surgían, de estos modelos que no eran programas pilotos. Este modelo, decíamos todos, que no tiene margen de error. Hay cierta preocupación por parte de FENIN en el aspecto tecnológico, respaldado por el volumen, la economía de escala, la posibilidad de hacer la provisión de distintos hospitales y la incertidumbre en la renovación. Se hablaba también de esa gestión del cambio, también del cambio tecnológico, de esa adaptación de las redes hospi-

4. Por último, también de la deuda. De la deuda actual, Capítulo II, de las CC.AA., de este modelo social.
5. Finalmente ya cerrábamos con la idea de que esto es un matrimonio, somos dos socios que debemos entendernos bien.