

Estudio de viabilidad

Hospital de Coslada

Comunidad de Madrid

Con formato: Fuente: 18 pto, Sin
Cursiva, Inglés (Reino Unido)



Comunidad de Madrid

Índice

| | |
|---|-----------|
| Índice | 2 |
| ANEXOS | 2 |
| Introducción general | 3 |
| A. Finalidad y justificación de la obra | 8 |
| A.1 La desconcentración hospitalaria en el Plan de Infraestructuras Sanitarias 2004-2007 | 8 |
| A.2 El hospital de Coslada | 12 |
| A.3 Modelo del hospital propuesto | 16 |
| A.4 Dimensionado del Hospital de Coslada..... | 17 |
| B. Previsiones sobre la demanda de uso e incidencia económica y social de la obra en su área de influencia y sobre la rentabilidad de la concesión | 19 |
| B.1 Previsiones sobre la demanda de uso | 19 |
| B.2 Incidencia económica y social de la obra en su área de influencia..... | 25 |
| B.3 Rentabilidad de la concesión | 25 |
| C. Valoración de los datos e informes existentes que hacen referencia al planeamiento sectorial, territorial y urbanístico | 28 |
| D. Estudio de impacto ambiental | 31 |
| E. Justificación de la solución elegida | 32 |
| F. Riesgos operativos y tecnológicos en la construcción y explotación de la obra | 34 |
| G. Coste de la inversión y sistema de financiación | 38 |

ANEXOS

Anexo I: Estudio Geotécnico

Anexo II: Programa Funcional

Anexo III: Estudio de Impacto Ambiental

Introducción general

La Comunidad de Madrid ha previsto desarrollar un Plan de Infraestructuras Sanitarias para el período 2004-2007, con el que realiza una decidida apuesta por la mejora y modernización de la red sanitaria pública.

En el ámbito de la atención especializada, este Plan recoge la construcción de nuevos hospitales para dotar de servicios de atención especializada general a poblaciones de la Comunidad de Madrid que mantienen sus perspectivas de crecimiento y se encuentran más alejadas de los servicios hospitalarios actuales.

Con este proyecto la Consejería de Sanidad y Consumo pretende, de una parte, reequilibrar, desde el punto de vista territorial, la red de hospitales, incidiendo así en el proceso de descentralización de los servicios de atención especializada, ya iniciado en años anteriores con la construcción de otros centros hospitalarios en municipios de la corona metropolitana y, de otra, aprovechar la oportunidad del Plan para introducir mejoras en la prestación de los servicios sanitarios y acercar los servicios hospitalarios generales básicos a la población.

El Hospital de Coslada constituye uno de los 7 nuevos hospitales que, junto con las nuevas instalaciones del Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda, permitirán finalizar la desconcentración de la asistencia sanitaria especializada en todo el territorio de la Comunidad de Madrid.

Para su realización se ha optado por extender al ámbito sanitario un tradicional sistema de participación de la sociedad civil en la construcción y gestión de infraestructuras públicas, como es el contrato de concesión de obra pública. Esta figura contractual, de

amplia utilización en el siglo XIX, ha pasado de ser un instrumento de regulación y aplicación sectorial, con regulación dispersa y fragmentaria en función de la obra pública a construir, a convertirse en un instrumento general a disposición de los poderes públicos, recuperando en el siglo XXI los rasgos definidores de la tradicional figura: un instrumento de contribución de los recursos privados a la creación de infraestructuras, de características diversas, y equitativa retribución del esfuerzo empresarial, ajustando la figura al modelo económico y social de nuestros días y haciendo útil de nuevo la institución, en todos los campos en que puede estar llamada a operar.

La fórmula del contrato de concesión de obra pública permite aplicar en nuestro Derecho, bajo una regulación unitaria, completa y al tiempo flexible, formulas "innovadoras" de financiación y construcción, denominadas en otros sistemas jurídicos como "Private Finance Initiative", que han de permitir la participación de la actividad pública y privada (Public Private Partnership), en la construcción y explotación de infraestructuras y, por tanto, también, la aportación de las fortalezas de uno y otro sector, entre las que se incluye el incremento de instrumentos y de posibilidades de financiación.

En los servicios sanitarios, los Public Private Partnerships (PPP), en países como Reino Unido, Canadá, EEUU o Italia, se están convirtiendo en una herramienta de gran utilidad para sacar el máximo provecho de las ventajas y fortalezas que aporta cada uno de los sectores. En el desarrollo de los servicios sanitarios, estas modalidades habían estado limitadas tradicionalmente en España a la concertación de servicios sanitarios o la contratación de servicios generales aunque recientemente se han venido utilizando nuevas formulas de colaboración que combinan necesariamente instrumentos de gestión

públicos y privados con el ánimo de ofrecer un mejor servicio y, adicionalmente, una más pronta utilización de la infraestructura necesaria financiada por la iniciativa privada.

La figura de la concesión de obra pública, con la flexibilidad con que es regulada por la Ley 13/2003, de 23 de mayo, resulta aplicable a contratos que tienen por objeto la construcción de una obra pública, (en el sentido amplio de inmueble creado por la actividad del concesionario que realiza el proyecto aprobado por la Administración), obra pública que cobra su cabal significado en cuanto sea susceptible de constituirse en soporte instrumental para la ejecución de actividades y servicios de interés público, al destinarse a servir de base para la prestación de un servicio público, entendido este concepto en sentido lato, incluyendo actividades de prestación de servicios de la Administración Pública.

Esta modalidad de colaboración privada/pública, aporta como ventaja adicional, en escenarios de riguroso control del déficit público, el no cómputo de la financiación vinculada al proyecto en la contabilidad pública a efectos de la normativa sobre estabilidad presupuestaria y del Sistema Europeo de Cuentas (SEC 95). La financiación presupuestaria tradicional de las obras públicas tiene un impacto directo e inmediato sobre las cuentas públicas al obligar a la Administración a reconocer el importe total de la deuda, con independencia del sistema de pago acordado. En cambio, en el contrato de concesión de obra pública, y cumplido adecuadamente con la prueba de análisis de riesgo que exige Eurostat (por la concurrencia clara de un riesgo constructivo y de explotación, asumidos por el concesionario en los términos que se expresarán y, en su caso, aún muy limitadamente de demanda, dada la naturaleza de la obra y su utilización por la Administración Sanitaria), ha de ser posible acomodar el

reconocimiento de la deuda a los pagos a realizar por la Administración a lo largo de la vida útil del activo.

Este sistema constituye por tanto una herramienta de alto interés dentro del Plan de Infraestructuras Sanitarias 2004-2007, por su capacidad de permitir el desarrollo rápido de iniciativas de inversión que sobrepasarían la capacidad de inversión actual directa de la Administración.

En este contexto, y vistas las ventajas que aporta la colaboración entre el sector público y privado a través del sistema de contrato de concesión de obra pública, se ha seleccionado este sistema para el desarrollo del nuevo hospital de Coslada. Así pues, la empresa concesionaria deberá llevar a cabo el diseño, construcción y financiación de la obra del hospital, la financiación del equipamiento básico y las inversiones necesarias de reposición y/o renovación durante el período de concesión, para mantener el hospital en óptimas condiciones de funcionamiento, así como la explotación de la obra pública mediante la puesta a disposición de la misma a favor de la Administración Sanitaria y la prestación a los usuarios del Hospital de los servicios residenciales y complementarios no sanitarios junto con la explotación de las zonas complementarias y espacios comerciales autorizados. En particular, los servicios residenciales y complementarios a prestar incluyen:

1. Servicio de limpieza
2. Servicio integral de seguridad
3. Servicio de restauración
4. Servicio de residuos urbanos y sanitarios
5. Servicio de gestión de mantenimiento

6. Conservación de viales y jardines
7. Servicio integral de lavandería
8. Servicio integral de esterilización
9. Servicio de desinsectación y desratización
10. Servicio de transporte interno-externo y gestión auxiliar
11. Servicio de gestión de almacenes y distribución
12. Servicio de gestión de personal administrativo, recepción e información y centralita telefónica

Asimismo, la empresa concesionaria será responsable de la explotación comercial de las zonas complementarias y espacios comerciales autorizados que, al menos, comprenderá la explotación de:

1. Locales comerciales o tiendas.
2. Máquinas expendedoras de sólidos y líquidos.
3. Servicio de cafetería-bar y comedor.
4. Servicio de aparcamiento.
5. Servicio de teléfono y televisión en habitaciones y zonas comunes.

A. Finalidad y justificación de la obra

A.1 La desconcentración hospitalaria en el Plan de Infraestructuras Sanitarias 2004-2007

La asistencia hospitalaria en la Comunidad de Madrid se caracterizó, hasta hace unas décadas, por tres factores muy relevantes respecto a la dotación territorial de equipamientos:

- Una elevada concentración de los hospitales en el municipio de Madrid.
- Una distribución territorial asimétrica dentro del municipio.
- El predominio de los grandes hospitales universitarios de alta tecnología.

Este tipo de distribución fue también frecuente, hasta la década de los años 70-80, en gran parte de las Comunidades Autónomas y se ha ido corrigiendo con la creación de una cadena de hospitales generales pequeños y medianos, con ámbito de cobertura comarcal o de distrito, para garantizar un acceso equilibrado a la asistencia hospitalaria a todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia.

La desconcentración de la asistencia sanitaria es, posiblemente, el fenómeno que más ha cambiado la estructura del parque hospitalario español.

Tal tendencia ha tenido su expresión en la Comunidad de Madrid, especialmente desde los años 90 hasta la actualidad, llevándose a cabo grandes actuaciones de desconcentración hospitalaria:

- Construcción de una serie de hospitales para la cobertura de los grandes núcleos urbanos de la corona metropolitana este, sur y sureste de Madrid (Móstoles, Leganés, Alcalá de Henares, Alcorcón, Fuenlabrada, Getafe).
- Proyecto de construcción de un nuevo hospital universitario en el oeste, en el municipio de Majadahonda, y traslado del Hospital Puerta de Hierro a esta nueva actuación sanitaria.

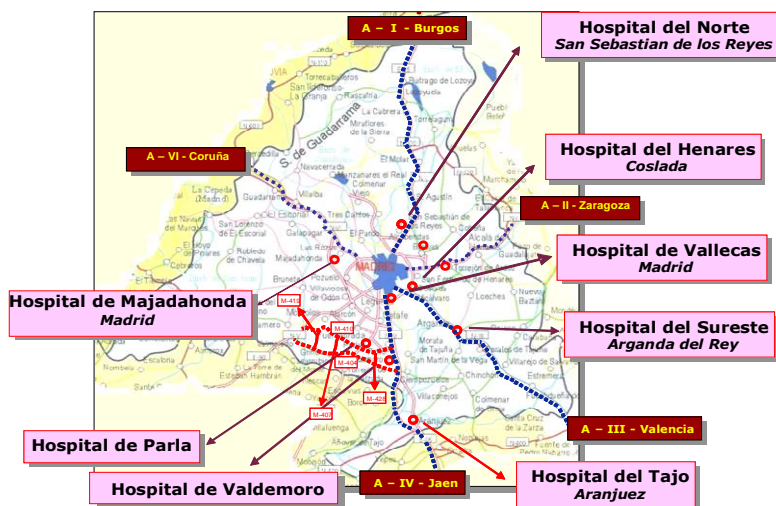
Con estas iniciativas y proyectos se ha venido cubriendo la necesidad de atención especializada de proximidad de los cuadrantes este, sur y sureste de la Comunidad de Madrid. El desarrollo sociodemográfico experimentado ha determinado la necesidad de plantear actuaciones para atender las necesidades de atención especializada de otras zonas que no disponen de estos servicios de proximidad:

- En el norte, el eje de comunicaciones vertebrado alrededor de la Nacional A-I, con una población que supera los 200.000 habitantes, con crecimiento todavía expansivo y cuyo Centro de referencia actual es el Hospital Universitario La Paz.
- En el eje este, vertebrado por la Nacional A-III se combina un rápido crecimiento demográfico de la conurbación periférica a Madrid, con su ejemplo más típico en Rivas-Vaciamadrid, y de los Distritos de Vallecas, ya en la capital, junto con una serie de municipios relativamente alejados de la ciudad, agrupados sanitariamente alrededor de Arganda y cuya atención hospitalaria se centraliza en el hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- En el eje sur se combina también un conglomerado de municipios de rápido crecimiento del cinturón

industrial de Madrid, con la situación de distancia geográfica de la capital, de territorios situados en el corredor del Tajo, como Aranjuez y municipios próximos, que actualmente dependen para la asistencia especializada del Hospital General Universitario 12 de Octubre en Madrid.

Desde la óptica de seguir adaptando la desconcentración de la asistencia especializada a los crecimientos y asentamientos poblacionales, el Plan de Infraestructuras Sanitarias 2004-2007 pretende dotar de los servicios de asistencia hospitalaria general a nuevas poblaciones relevantes de la Comunidad, en función de las variables de perspectivas de crecimiento y alejamiento de los actuales servicios hospitalarios.

Ello se concreta, además del mencionado traslado del Hospital Puerta de Hierro, en la creación de 7 nuevos hospitales generales, que acercarán la asistencia hospitalaria a núcleos de población importantes que hasta ahora se desplazaban a estos efectos a Madrid y a otros hospitales.



En función de los criterios expuestos, la ubicación de los 7 hospitales se ha decidido en base a los comportamientos territoriales de crecimiento demográfico y las comunicaciones de acceso existentes.

La finalidad primordial del Plan de Infraestructuras Sanitarias es, permitir a la población de la corona metropolitana y de las áreas más alejadas de la Comunidad el acceso rápido a un hospital general, lográndose así una mayor cercanía y, una mejora en la atención sanitaria de los ciudadanos.

Además, esta política de desconcentración hospitalaria permitirá la optimización de los recursos disponibles en los grandes hospitales de referencia. Estos hospitales están dotados de servicios de alta complejidad y tecnología que actualmente cubren, además de la atención de referencia de la Comunidad y de otras CCAA, áreas de población para la asistencia general

básica que llegan a superar en algunos casos el medio millón de habitantes.

La puesta en funcionamiento de los nuevos hospitales generales aportará a los actuales hospitales de referencia la mejor oportunidad de reordenar sus espacios y su organización y adaptarse a los requerimientos actuales de innovación tecnológica, seguridad y confort para usuarios y profesionales.

A.2 El hospital de Coslada

El Hospital de Coslada se ubicará en el Área de Salud 2, que cuenta con tres Distritos Sanitarios, el de Coslada, distrito 2.1, el de Salamanca, distrito 2.2, y el de Chamartín, distrito 2.3, en los que se integran 15 Zonas Básicas de Salud.

La Atención Primaria se presta a través de 21 Equipos de Atención Primaria, que se distribuyen entre los 15 Centros de Salud que existen en el ámbito territorial de la misma. El ámbito de influencia del nuevo hospital se corresponde con el distrito de Coslada, 2.1, que incluye 7 Equipos de Atención Primaria. Dos equipos, situados en el Centro de Salud Jaime Vera y en el Centro de Salud de Mejorada del Campo, pasan consulta, además, en dos consultorios, Consultorio Barrio Estación y Consultorio de Velilla de San Antonio respectivamente.

Los hospitales de referencia para el conjunto de la población del Área son el Hospital de la Princesa, el Hospital Santa Cristina y el Hospital Infantil del Niño Jesús, que se ubican en el municipio de Madrid.

La población total del Área de Salud 2 era, en el año 2003, de 436.986 habitantes, según datos del Instituto

de Estadística de la Comunidad de Madrid. Para el conjunto de municipios que integran el ámbito de referencia del futuro hospital de Coslada se cuenta con una población de 147.546 habitantes en el año 2003, según esta misma fuente, lo que constituye el 34% de la población total del Área 2. Se estima, teniendo en cuenta los crecimientos urbanísticos de la zona, unas poblaciones de 170.000 y 210.000 habitantes, aproximadamente, para los años 2007 y 2017.

El hospital de Coslada se concibe para dar cobertura sanitaria a la población del municipio de Coslada, San Fernando de Henares, Mejorada del Campo y Velilla de San Antonio, con buenas condiciones de accesibilidad geográfica. Todos ellos pertenecen al distrito 2.1 del Área 2 de la actual ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Además, dadas las vías de comunicación existentes en el Área (N II, M-40, M-219 y M-45 con un acceso directo al hospital), la proximidad entre municipios y la ubicación de otros hospitales generales en el entorno, se prevén desplazamientos poblacionales por la atracción que puedan ejercer estos centros hospitalarios sobre la población de algún municipio con hospital de referencia propio.

Este distrito tiene unas características sociodemográficas muy específicas:

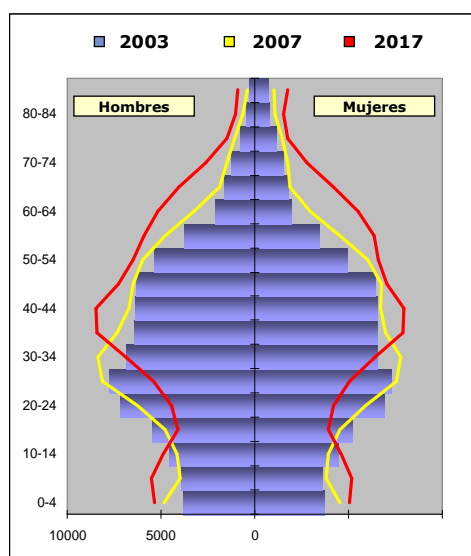
- Se trata de un distrito sanitario periurbano, integrado en la Corona Metropolitana Este y unido a la capital prácticamente sin solución de continuidad.
- Los dos municipios mayores, Coslada y San Fernando, tienen sus términos municipales contiguos, compartiendo calles en sus cascos urbanos, si bien Coslada tiene la mayor parte de su

término municipal urbanizado, mientras que San Fernando aún tiene posibilidades de desarrollo.

- Los dos municipios más pequeños ya no conservan el carácter rural de sus orígenes, sino que se han convertido en zonas residenciales a causa de su privilegiada situación de proximidad tanto a la capital como a las ciudades industriales de la Corona Metropolitana; así, Mejorada del Campo está ampliamente urbanizada y Velilla de San Antonio sigue sus pasos.
- Constituye una Área de moderado crecimiento, de acuerdo con las estimaciones municipales de expansión urbanística y las tendencias al alza de las migraciones exteriores e internas.
- Se encuentra ubicada en una zona de municipios con perfiles similares de crecimiento y con buenas comunicaciones por carretera (N II, M-40, M-219 y M-45) y tren de cercanías. Un extenso servicio de autobuses públicos conecta los pueblos entre sí y con Madrid capital. La próxima construcción del Metroeste mejorará la conexión del hospital con su área de influencia y zonas vecinas. Todo esto facilitará los flujos naturales de la población y la demanda de atención sanitaria.

Estas características sociodemográficas de población y los datos existentes sobre la actividad asistencial de todos sus centros sanitarios hacen prever unos niveles muy elevados de utilización de los nuevos servicios sanitarios públicos.

Proyecciones demográficas del área de Coslada



El volumen de población, el crecimiento previsto y la mejora en la accesibilidad con una importante disminución del tiempo de acceso, justifican la dotación en el municipio de Coslada de un nuevo hospital general básico que garantice:

- La mejor atención sanitaria al ciudadano, considerado como centro del sistema de cuidados de salud.
- Un centro de alta resolución cuyo funcionamiento potencie el acto asistencial único e integrado.
- La dotación necesaria para la cobertura de la asistencia especializada básica en hospitalización médica, quirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica y de críticos.

- Una dotación de equipamientos para el diagnóstico y tratamiento ambulatorio, con capacidad de crecimiento para el futuro.
- La previsión de que una parte de la actividad de especialidades generalmente no contempladas en un hospital general básico pueda desarrollarse en este hospital, mediante la coordinación con los servicios correspondientes del hospital de referencia actual.
- Una amplia dotación de espacios para el desarrollo y crecimiento de los servicios de urgencias a la población.
- Un diseño estructural que permita el desarrollo de las tecnologías de la comunicación e información para facilitar la disminución de los tiempos de espera.
- Una construcción que incorpore las tendencias más actuales que imperan en el ámbito sanitario, primando la flexibilidad para permitir la adaptación a los cambios demográficos y de demanda.

A.3 Modelo del hospital propuesto

De acuerdo con los requerimientos citados y la valoración de las tendencias actuales en el diseño de los edificios hospitalarios, el Programa Funcional para el Hospital de Coslada se ha elaborado con las características de:

- Modularidad, para permitir un crecimiento flexible, la reordenación de sus espacios internos y la

ampliación de futuro de los mismos, en función de la evolución real de sus necesidades.

- Gran desarrollo de los espacios, en volumen y dotación, destinados a la atención ambulatoria y de urgencias.
- Previsión de la implantación de las últimas tecnologías, tanto sanitarias como de la información y las telecomunicaciones.

A.4 Dimensionado del Hospital de Coslada

El hospital de Coslada se ha dimensionado de acuerdo con las previsiones de la evolución demográfica y de las tasas de utilización por los ciudadanos de las diferentes líneas de servicios sanitarios.

La proyección de actividad prevista se ha realizado considerando dos escenarios temporales: 2007 y 2017. Las previsiones de actividad se especifican con detalle en el apartado de este documento.

Los espacios se han dimensionado basándose en proyecciones de utilización elevadas y en parámetros de gestión, de acuerdo con las tendencias internacionales y de la Comunidad de Madrid.

Tanto el área ambulatoria como los Servicios Centrales se han dimensionado para atender las previsiones de actividad estimadas para el 2017 y con importantes reservas de crecimiento.

Para los servicios de hospitalización general, en que las tendencias actuales muestran una reducción de sus necesidades a consecuencia de la disminución de la

estancia media y la ambulatorización progresiva de los procesos médicos y quirúrgicos, se prevé la construcción e instalación inicial de un volumen suficiente para atender las necesidades en el momento de su apertura y una reserva de crecimiento interno que permitirán atender a la población estimada en el año 2017.

Igualmente, tanto el área ambulatoria como los Servicios Centrales se han dimensionado para atender las previsiones de actividad estimadas para el 2017.

El Programa Funcional estima un total de 58.149 m² construidos para el año 2007. De este total, 50.063 m² estarán construidos y listos para su funcionamiento en el 2007, 5.779 serán construidos con instalaciones pendientes de equipar cuando sea necesaria su utilización, y en otros 2.306 m² el licitador sólo deberá construir la estructura. Esto permitirá ampliar y acondicionar el hospital según el crecimiento de actividad. Asimismo se estiman 25.625 m² de aparcamiento.

Este equipamiento recogerá de forma holgada la demanda de asistencia sanitaria previsible para la población prevista en su área de referencia.

A continuación se presenta una tabla resumen de los m² previstos, que recoge los conceptos anteriores:

| ÁREA | Construido y equipado 2007 (m ²) | Construido con instalaciones, no equipado 2007 (m ²) | Construido solo estructura 2017 (m ²) | Superficie Total (m ²) | % sobre total útil |
|---|--|--|---|------------------------------------|--------------------|
| Hospitalización y críticos | 7.667 | 1.365 | 893 | 9.925 | 32% |
| Bloque quirúrgico | 1.837 | 371 | - | 2.208 | 7% |
| Área ambulatoria y urgencias | 7.390 | 645 | - | 8.035 | 26% |
| Servicios centrales | 2.266 | 710 | 340 | 3.316 | 11% |
| Áreas de soporte y gestión | 5.955 | - | - | 5.955 | 19% |
| Logística y servicios generales | 1.657 | - | - | 1.657 | 5% |
| *Total m² útiles | 26.772 | 3.091 | 1.233 | 31.096 | 100% |
| *Total m² construidos (Ratio = 1,7) | 45.512 | 5.254 | 2.096 | 52.863 | |
| Total m² construidos | 50.063 | 5.779 | 2.306 | 58.149 | |
| Parking | 25.625 | - | - | 25.625 | |

*Sin instalaciones técnicas. Las instalaciones técnicas representan un 10% del área construida total.

B. Previsiones sobre la demanda de uso e incidencia económica y social de la obra en su área de influencia y sobre la rentabilidad de la concesión

B.1 Previsiones sobre la demanda de uso

Para valorar las previsiones de la demanda de servicios del futuro hospital de Coslada se han tenido en cuenta los siguientes aspectos que inciden directamente en el volumen de actividad que registrará el centro hospitalario:

- **Ámbito de influencia**

El hospital de Coslada dará servicio a la población de los municipios que se integran en el Distrito Sanitario de Coslada, perteneciente al Área de Salud 2 de la Comunidad de Madrid, y compuesto por los municipios de Coslada, San Fernando de Henares, Mejorada del Campo y Velilla de San Antonio.

- Evolución y previsiones de comportamiento de la población

El Distrito sanitario de Coslada cuenta con una población total de 147.546 habitantes, según el último dato oficial procedente del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003, de los que 27.000 pertenecen a la zona básica de Mejorada del Campo. Casi el 34% de la población del Área de Salud 2 vive en este distrito. Oficialmente se prevé un incremento moderado de la población en los próximos años. Los desarrollos urbanísticos producidos en los municipios que constituyen el ámbito de influencia del futuro hospital avalan unos crecimientos de población próximos a los 210.000 habitantes al final del periodo analizado.

La evolución reciente de la población del Distrito Sanitario de Coslada se ha caracterizado por mantener crecimientos superiores a los del conjunto de la Comunidad, en San Fernando de Henares, Mejorada del Campo y Velilla de San Antonio. El municipio de Coslada ha crecido por debajo del nivel de la Comunidad. Este municipio tiene la mayor parte de su suelo ya urbanizado, por lo que tiene más limitado su crecimiento futuro.

Desde el punto de vista de la estructura de edad, la población de este ámbito se caracteriza por ser notablemente más joven que el conjunto de la región, tanto por la mayor proporción de jóvenes como por la escasa proporción de mayores de 65 años. La proporción de mayores de 65 años es aproximadamente la mitad que el indicador de la Comunidad. La proporción de mujeres en edad fértil, 62%, supera en 8 puntos a la media de la Comunidad.

Las previsiones del comportamiento de la población están determinadas por la redistribución geográfica dentro de la Comunidad y el comportamiento de la inmigración procedente del exterior, en un contexto caracterizado por un aumento de la esperanza de vida y una cierta recuperación de los índices de natalidad.

Como resumen, en relación con la población:

- se prevé un crecimiento importante de la misma en los municipios pequeños del distrito y San Fernando de Henares
- se consolida una estructura poblacional joven
- se refleja un porcentaje de mujeres en edad fértil superior en 8 puntos a la media del conjunto de la Comunidad
- se evidencia una tasa de fecundidad ligeramente inferior al valor medio de la Comunidad de Madrid.

Esto, unido a que se trata de una población mayoritariamente metropolitana y con importancia del componente industrial y de servicios, hace que se prevea una alta utilización de los servicios sanitarios públicos.

- Accesibilidad geográfica

Los resultados obtenidos a partir del Estudio de accesibilidad en transporte público a la red sanitaria reflejan una considerable mejora en la accesibilidad de la población como consecuencia de la localización de la nueva infraestructura y de la densa oferta de transporte público del distrito. El tiempo promedio de las ZBS afectadas pasa de 47 minutos al Hospital de referencia a 26 minutos con la localización propuesta.

- Recursos hospitalarios existentes

El futuro hospital de Coslada estará en el Municipio de Coslada muy próximo al municipio de San Fernando de Henares, donde se ubica la mayor parte de la población del distrito. Se consigue con ello una gran mejora en los tiempos de acceso para la población de su ámbito de influencia. Sus hospitales de referencia continuarán siendo el Hospital de La Princesa, el Hospital Infantil Niño Jesús y el Hospital Santa Cristina, en el municipio de Madrid, a 47 minutos de media de tiempo de acceso.

En consecuencia, el dimensionado del hospital de Coslada tiene necesariamente en cuenta esta lejanía con respecto a su hospital de área, planteándose un escenario de complementariedad en su funcionamiento futuro para poder ampliar al máximo la Cartera de Servicios a ofrecer a la población y lograr la mayor eficiencia en las prestaciones sanitarias.

En la valoración de las previsiones de utilización de los servicios hospitalarios de este Centro se ha considerado:

- El progresivo desarrollo de formas alternativas a la hospitalización, con tendencia al alza de la atención hospitalaria ambulatoria sin necesidad de ingreso.
- La atracción que sobre poblaciones del entorno próximo podrán ejercer ciertos servicios hospitalarios, con independencia del área de población adscrita a los mismos.

- Los estándares de exigencia de los usuarios sobre los servicios sanitarios públicos, que evolucionan de acuerdo con el crecimiento socioeconómico del país.
- Las siguientes hipótesis de partida para las previsiones de la demanda de servicios:
 - Incremento progresivo de la frecuentación actual, basado en el análisis de las series históricas de actividad y las referencias internacionales en los países con similares sistemas de atención sanitaria.
 - Aumento progresivo de las urgencias hospitalarias.
 - Disminución progresiva de la estancia media, basada en la evolución de las series históricas de los centros de la red sanitaria pública, en las tendencias de los países europeos del entorno y en la aplicación del modelo de hospital que centra el diagnóstico y tratamiento de los procesos a través del área ambulatoria y las alternativas a la hospitalización convencional.
 - Incremento de la cirugía ambulatoria.
 - Incrementos en los tiempos de uso de las instalaciones quirúrgicas.
 - Incorporación de camas polivalentes.

La siguiente tabla muestra la actividad prevista para las distintas líneas asistenciales y el número previsto de unidades de servicio para atenderla. A partir de esta previsión se puede realizar una proyección de la actividad de los servicios residenciales complementarios no sanitarios.

| | | |
|--|----------------|----------------|
| ACTIVIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS | 2.007 | 2.017 |
| Primeras Consultas Totales | 112.644 | 131.418 |
| Primeras consultas | 102.403 | 119.471 |
| Primeras consultas Lista de Espera | 10.240 | 11.947 |
| Consultas Sucesivas Totales | 225.287 | 262.835 |
| Consultas Sucesivas | 204.807 | 238.941 |
| Consultas Sucesivas Lista de Espera | 20.481 | 23.894 |
| CONSULTAS TOTALES | 337.931 | 394.253 |
| Locales de Consulta | 65 | 76 |
| Gabinetes de Exploración | 38 | 53 |
| ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN | 2.017 | 2.017 |
| Ingresos Hospitalarios | 12.960 | 18.521 |
| Estancias Totales | 61.559 | 74.084 |
| TOTAL CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN | 187 | 239 |
| ACTIVIDAD QUIRÚRGICA | 2.007 | 2.017 |
| Actividad Cirugía SIN Ingreso | 5.239 | 6.112 |
| Actividad Cirugía CON Ingreso | 3.493 | 4.075 |
| Programadas | 2.445 | 2.852 |
| Urgentes | 1.048 | 1.222 |
| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS TOTALES | 8.731 | 9.814 |
| Quirófanos Cirugía SIN Ingreso | 3 | 4 |
| Intervenciones/ Día por Quirófano | 6,8 | 6,8 |
| Quirófanos Cirugía CON Ingreso | 4 | 4 |
| Intervenciones/ Día por Quirófano Programado | 3,4 | 3,4 |
| Intervenciones/ Día por Quirófano Urgente | 2,9 | 3,2 |
| TOTAL QUIRÓFANOS | 7 | 8 |
| ACTIVIDAD HOSPITAL DE DÍA | 2.007 | 2.017 |
| Numero de Sillones de Tratamiento | 10 | 13 |
| Numero de Camas de Tratamiento | 4 | 5 |
| TOTAL PUNTOS DE ATENCIÓN | 14 | 18 |
| Tratamientos Día en Hospital de Día | 45 | 59 |
| Tratamientos totales en Hospital de Día | 10.238 | 13.650 |
| ACTIVIDAD DIÁLISIS | 2.007 | 2.017 |
| Crónicos | 17 | 19 |
| Agudos | 5 | 6 |
| Aislados | 3 | 3 |
| TOTAL PUESTOS DE DIALISIS | 25 | 28 |
| Tratamientos Estimados | 76 | 85 |
| PUESTOS DE URGENCIAS | 2.007 | 2.017 |
| Boxes de paradas (nivel 4) | 3 | 3 |
| Camas de observación (nivel 3) | 12 | 14 |
| Boxes (nivel 2) | 20 | 23 |
| Sillones Observación y Espera (nivel 2) | 12 | 13 |
| Locales de consulta rápida (nivel 1) | 8 | 9 |
| Locales de triaje | 2 | 3 |
| URGENCIAS / AÑO | 99.641 | 116.248 |
| URGENCIAS / DÍA | 273 | 318 |
| URGENCIAS 7% EN PUERTA | 19 | 22 |
| Bloque Obstétrico (Modelo Integrado) | 2.007 | 2.017 |
| Sala de Dilatación, Parto y Recuperación | 3 | 6 |
| Camas Obstétricas | 8 | 10 |
| Camas Neonatología | 5 | 7 |
| Camas Pediátricas | 11 | 13 |
| Unidad de Cuidados Intensivos | 2.007 | 2.017 |
| Numero de unidades | 1 | 2 |
| Camas por Unidad | 8 | 8 |
| Total Camas | 8 | 16 |

B.2 Incidencia económica y social de la obra en su área de influencia

El hospital generará, durante su periodo de construcción, una elevada movilización de recursos humanos para llevar a cabo la obra.

La actividad del hospital creará, además, un número importante de puestos de trabajo directos, mayoritariamente de alta cualificación, durante su funcionamiento, a los que habrá que añadir los puestos de trabajo indirectos y la actividad comercial que genere en la zona.

Es sobradamente conocido el impacto de los hospitales, como grandes centros de servicios públicos, en dinamizar y generar desarrollo en las zonas en que se implantan, en donde, con frecuencia, constituyen la primera empresa en volumen de generación de empleo y consumo.

B.3 Rentabilidad de la concesión

En los proyectos de colaboración público-privada tiene que existir un interés manifiesto de ambas partes en ser partícipes de los mismos. El interés de la Administración Sanitaria queda patente en la introducción de este documento y puede resumirse en los siguientes aspectos:

- Se acelera la dotación de nuevas infraestructuras, evitándose las restricciones presupuestarias.
- Se mejora la eficiencia de los recursos públicos por la experiencia del sector privado en el desarrollo de ciertos servicios.
- La Administración Sanitaria mantiene los estándares y control de los servicios transferidos, aunque sean gestionados por la iniciativa privada.
- Se transfieren de manera razonable los riesgos al sector privado.

Por su parte, la iniciativa privada debe obtener una rentabilidad adecuada y acorde al mercado, que compense la inversión realizada, el coste de la financiación de la inversión y los riesgos asumidos por el contenido de la oferta.

En las cooperaciones público-privadas y bajo el modelo planteado en la Comunidad de Madrid, es necesario que los riesgos inherentes al proyecto estén transferidos al sector privado para evitar que el endeudamiento de la sociedad concesionaria sea consolidado en las cuentas públicas. No obstante, el riesgo transferido al sector privado debe ser adecuado para que el precio que tiene que pagar la administración no sea excesivo y haga económicamente inviable el proyecto.

La remuneración anual será realizada directamente por la administración. No obstante, el pago íntegro no está garantizado, ya que éste estará vinculado al cumplimiento de las ratios de efectividad (disponibilidad y calidad) predeterminadas en la prestación de los servicios. En este caso, el riesgo transferido por la gestión de los servicios es controlable por la concesionaria, ya que de ella depende la disponibilidad de los servicios.

Para el cálculo de la rentabilidad de la concesión debe tenerse en cuenta que la duración del contrato será de 30 años, a contar desde el día siguiente a su formalización. El plazo de la concesión sólo será prorrogado por acuerdo expreso de las partes antes de su finalización.

Asimismo, el plazo para la ejecución de las obras es de 18 meses, a contar desde el día siguiente al levantamiento del acta de comprobación del replanteo, o en el plazo inferior ofertado por el adjudicatario.

También deberá considerarse que el pago anual se verá incrementado en función del crecimiento del IPC (el menor del publicado por el INE para la Comunidad de Madrid o el Estado español).

C. Valoración de los datos e informes existentes que hacen referencia al planeamiento sectorial, territorial y urbanístico

El municipio de Coslada, donde se ubicará el nuevo hospital, está situado a 12 Km de la Puerta del Sol, al este del municipio de Madrid y a 621 metros de altitud. Tiene una extensión de 11.7 Km² y cuenta con la mayor densidad demográfica de la Comunidad de Madrid.

El término municipal de Coslada limita al norte, oeste y sur con el municipio de Madrid y al este con San Fernando de Henares.

La parcela donde se sitúa el hospital está ubicada al sureste de Coslada.

Plano de situación de la parcela. Municipio de Coslada



Planeamiento territorial

La normativa que actualmente rige en materia de urbanismo en el ámbito de la Comunidad de Madrid es la Ley del Suelo 9/2001, de 19 de julio.

La parcela se encuentra situada dentro del ámbito denominado UNP 4.04 por el Plan General de Ordenación Urbana de Madrid. Como consecuencia de la alteración de los términos municipales de Madrid y Coslada, aprobado definitivamente por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid el 5 de diciembre de 2002, actualmente se encuentra en el término municipal de Coslada.

Régimen urbanístico

El solar se encuentra entre los núcleos urbanos de San Fernando de Henares y Coslada, en el triangulo que forman la Cañada Real Galiana, al Oeste, la antigua carretera M-219 a Mejorada del Campo, al Este y la M-45 al Sur, sobre unos terrenos resultantes de una acuerdo de alteración de términos entre el Ayuntamiento de Madrid y el de Coslada.

El solar está definido en geometría, superficies y linderos de la siguiente manera:

- Ubicación: situado al sur de Coslada, limita al norte, en línea quebrada de dos tramos rectos de 37.05 y 110.07 m., respectivamente, con F.R. Nº 45934; con F.R. Nº 45935 y con F.R. Nº 45933 del Registro de la Propiedad de Coslada; al oeste, en línea recta de 259.60 m. con F.R. Nº 45934 y con F.R. Nº 45933 del Registro de la Propiedad de Coslada;

al sur, en línea quebrada de dos tramos rectos de 304.08 y 75.25 m., con F.R. Nº 45935 y con F.R. Nº 45933 del Registro de la Propiedad de Coslada; y al este, en línea quebrada de dos tramos rectos de 180.94 y 204.53 m., respectivamente, con F.R. Nº 45935 del Registro de la Propiedad de Coslada.

- Clasificación del suelo: urbanizable no programado
- Forma: Polígono irregular de siete lados rectos
- Parámetros urbanísticos:
 - Coeficiente de edificabilidad: $0.4 \text{ m}^2/\text{m}^2$

Régimen jurídico

La certificación del Pleno del Ayuntamiento de Coslada de 15 de septiembre de 2004 expresa el Acuerdo de cesión gratuita de la parcela de 80.003,19 m², situada en el nuevo Barrio del Jarama, a la Comunidad de Madrid, para la construcción de un hospital público.

Con fecha de entrada en el Registro General de la Consejería de Hacienda, de 27 de septiembre de 2004, y nº de Ref. 07/185610.9/04, se ha presentado el Certificado del Pleno del Ayuntamiento de Coslada, de 15 de septiembre, por el que se formaliza la cesión de la parcela "Las Yeseras", también denominada "Valdevivar", para el hospital de Coslada.

Otras consideraciones

El proyecto del futuro hospital de Coslada se encuentra sometido al Procedimiento Abreviado de Impacto

Ambiental, por encontrarse este tipo de proyectos entre los recogidos en el Anexo III de la Ley 2/2002, de 19 de junio, de Evaluación Ambiental de la Comunidad de Madrid (Supuesto 52).

Como parte de dicho Estudio y en virtud de lo establecido por la Ley 6/2001, de 8 de mayo, de modificación del Real Decreto Legislativo 1302/1986, de 28 de junio, de Evaluación de Impacto Ambiental, se ha elaborado un Documento de Síntesis que recoge las características más significativas del Proyecto del hospital, así como los Impactos Ambientales y Medidas Preventivas y Correctoras más significativos, tal como se presenta en el documento correspondiente de este Estudio de Viabilidad.

Por último, en virtud de lo establecido en el artículo 26.4 de la citada Ley, entre la documentación ambiental a presentar para el inicio del procedimiento de Evaluación de Impacto Ambiental, deberá incluirse un Certificado de Viabilidad Urbanística del Proyecto o Actividad, emitido por la Administración competente en cada caso.

Dicho Certificado, emitido por el Excmo. Ayuntamiento de Coslada, con fecha 19 de noviembre de 2004, valora como favorable por la Administración competente en este caso, la vocación urbanística del suelo objeto de análisis para el uso que se desea implantar.

D. Estudio de impacto ambiental

Figura como Anexo III.

E. Justificación de la solución elegida

Para la prestación de los servicios, la red sanitaria pública está organizada, conforme a un esquema piramidal, en dos niveles de complejidad asistencial creciente:

- Primer nivel, ámbito de la atención primaria, de mayor cercanía al usuario y tradicional puerta de entrada al sistema de cuidados de salud, y cuyos servicios se prestan en los Centros de Salud a través de los profesionales que componen los Equipos de Atención Primaria.
- Segundo nivel, ámbito de la atención especializada, que se presta con carácter ambulatorio en los Centros de Atención Periférica y en régimen de internamiento en los hospitales de la red.

Los volúmenes de población que se asignan a los diferentes servicios de la red sanitaria varían, de menor a mayor, en función de la progresiva complejidad de las prestaciones a realizar, ya sean de diagnóstico o de tratamiento, y de los recursos estructurales que se precisan para el funcionamiento de los mismos. Por otra parte, determinados servicios sólo pueden darse en el ámbito hospitalario para asegurar que los mismos se prestan en términos aceptables de calidad, seguridad y eficiencia.

La población que se estima será atendida en el hospital de Coslada, superior a los 200.000 habitantes al final del periodo proyectado, exige la necesidad de disponer de un hospital general, con todos los servicios propios de un centro de esta índole, tal como ocurre en otros centros

hospitalarios de igual nivel y con volúmenes similares de población.

Por otra parte, la alta demanda asistencial que se observa en el Distrito de Coslada a través de los datos de actividad de los centros del Área de Salud 2, obliga a importantes desplazamientos de su población hacia sus hospitales de referencia.

Con la puesta en funcionamiento del hospital en Coslada y la adopción de medidas inspiradas en la coordinación interhospitalaria entre los centros del Área, se reducirán de manera sustancial estos desplazamientos, aumentando significativamente la satisfacción de los ciudadanos de este Distrito.

La importante disminución en los tiempos de acceso a los centros hospitalarios de referencia en la Ciudad de Madrid justifica sobradamente la apertura del nuevo hospital.

F. Riesgos operativos y tecnológicos en la construcción y explotación de la obra

La sociedad concesionaria asume a su "riesgo y ventura" la construcción (redacción de Proyecto de Ejecución, Dirección de la obra y Construcción), dentro del plazo máximo establecido por la Administración Sanitaria o, en su caso, el inferior ofertado por la sociedad concesionaria y aceptado por la Administración, así como el riesgo de precio/ sobrecoste.

La Administración Sanitaria, por tanto, no asume ningún tipo de riesgo de construcción, trasladando el mismo a la sociedad concesionaria, a efectos de cumplimiento del SEC 95.

En cuanto a los riesgos operativos y tecnológicos de la explotación de la obra, la sociedad concesionaria deberá mantener y explotar los servicios objetos de concesión de conformidad con el pliego de cláusulas administrativas, con los pliegos de prescripciones técnicas, con el contenido de su oferta y con lo que, en cada momento, y según el progreso de la ciencia, disponga la normativa técnica, medioambiental y de seguridad de los usuarios que resulte de su aplicación.

La sociedad concesionaria queda obligada a adaptarse a los cambios que se produzcan en la correspondiente normativa en vigor en cada momento y no tendrá derecho a exigir indemnización alguna por parte de la Administración, derivada de las cargas económicas inherentes a los trabajos para poner en práctica dicha adaptación.

Al mismo tiempo, dado el carácter de los servicios sanitarios que se prestan, deben adoptarse medidas adicionales de coordinación con la actividad prestacional

directa de la Administración Sanitaria, y de salvaguarda de los derechos de los pacientes.

El riesgo operativo en la explotación de la obra se traslada a la sociedad concesionaria que asume el riesgo económico anejo a la disponibilidad de la obra pública para la prestación del servicio. A estos efectos, la retribución del concesionario estará integrada por los conceptos siguientes:

a) La cantidad máxima anual a pagar por la Administración como beneficiaria directa de la prestación de los servicios por medio de los cuales se pone a su disposición la obra pública. Esta "Cantidad Anual Máxima" se compondrá de:

- Una Cantidad Fija Anual, que no será superior al 40% de la cantidad Máxima Anual, pudiendo en su caso el licitador establecer un porcentaje menor.
- Una Cantidad Variable Anual, que será como mínimo del 60% de la "Cantidad Anual Máxima", que equivale a la cuantía máxima ofertada por el concesionario resultante de la suma de las tarifas anuales aplicadas a cada uno de los servicios objeto de explotación en el supuesto de cumplimiento íntegro de la totalidad de los estándares de calidad y disponibilidad establecidos en el correspondiente pliego de prescripciones técnicas. En el mismo se definen unos indicadores que permiten de forma objetiva establecer, mediante tres parámetros (tipo de fallo, tiempo de respuesta y tiempo de corrección), aplicados a cada uno de los indicadores de cumplimiento, el correcto/incorreto funcionamiento del servicio.

Esta evaluación permitirá aplicar en base a la calidad y disponibilidad del servicio un sistema de

deducciones económicas, que establecerán una relación directa entre la prestación del servicio y el coste del mismo.

Para la adecuada aplicación del sistema se creará una Unidad Técnica de Control (UTC), como un órgano de la Administración Sanitaria que tendrá entre otras, la responsabilidad de monitorizar, controlar y evaluar todos los servicios de explotación de la obra, asegurando el correcto funcionamiento de los mismos, y aplicando las deducciones, en su caso, por incumplimiento de los indicadores establecidos.

Se establecen para cada servicio unos indicadores de cumplimiento conforme a los cuales se mide de forma objetiva el nivel de prestación de los mismos. Cada uno de los incumplimientos de los referidos indicadores se cataloga mediante parámetros de control, en una categoría preestablecida de Fallo, bien de Disponibilidad (que afectan a la operatividad y correcta prestación de los servicios sanitarios y la disponibilidad por la Administración de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas) bien de Calidad (que inciden en la calidad objetiva y percibida del servicio).

Para cada fallo se establecen unos tiempos de respuesta y tiempo de corrección. La ponderación conjunta de la categoría de fallo, de su tiempo de respuesta y su tiempo de corrección determina el nivel de prestación del servicio, y dan lugar a un porcentaje preestablecido de deducción.

El sistema de evaluación se basa en la utilización, de diferentes métodos de supervisión (encuestas de satisfacción, auditorias, inspecciones físicas,

registro de incidencias, comparación con estándares o procedimientos acordados, etc.) teniendo en consideración diferentes frecuencias de control.

Por último reflejar que el sistema de evaluación mediante parámetros de control e indicadores de cumplimiento se ve afectado por unos factores de corrección que definen tanto la zona del centro sanitario (zona muy crítica, zona crítica, zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes, zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes y otras zonas) como la categoría del servicio. Por tanto, un mismo fallo cometido en una zona muy crítica conllevará un porcentaje de deducción más elevado que si se cometiera en una zona donde no se realizan procedimientos a pacientes.

La suma de los porcentajes de deducción para cada servicio, así determinada, aplicada a la Cantidad Anual Variable licitada por el adjudicatario, determinan la retribución efectiva del concesionario, y pone de manifiesto el riesgo económico anejo a los riesgos operativos asumidos.

- b) Los rendimientos procedentes de la explotación de la zona comercial (Parking, cafetería, vending, TV, zona comercial y guardería). Esta retribución, obtenida directamente por el concesionario de los usuarios, está asociado al riesgo de la demanda real de cada una de las actividades económicas desarrolladas en la zona de explotación comercial.

G. Coste de la inversión y sistema de financiación

A continuación se presentan las principales magnitudes técnico-operativas del proyecto, en un nivel de desagregación básico. A efectos de este estudio, se han realizado estimaciones conservadoras de las magnitudes más relevantes, por lo que ha de esperarse que, de llevarse a cabo la licitación de la concesión, los estudios que realicen los licitadores para la elaboración de sus ofertas, implicarán menores costes de construcción y explotación.

| Principales magnitudes del Proyecto del Hospital de Coslada | Importe (€ miles)¹ IVA no incluido |
|---|--|
| Presupuesto ejecución contrata | 65.705 |
| Otros conceptos de inversión ² | 23.035 |
| Total inversión inicial (periodo ejecución) | 88.740 |
| Inversiones de reposición (periodo explotación) | 29.429 |
| Costes de explotación (periodo explotación), incluye coste de los servicios y gastos generales de la sociedad gestora del proyecto | 4.698 |

(1) importes expresados en valores/euros 2004

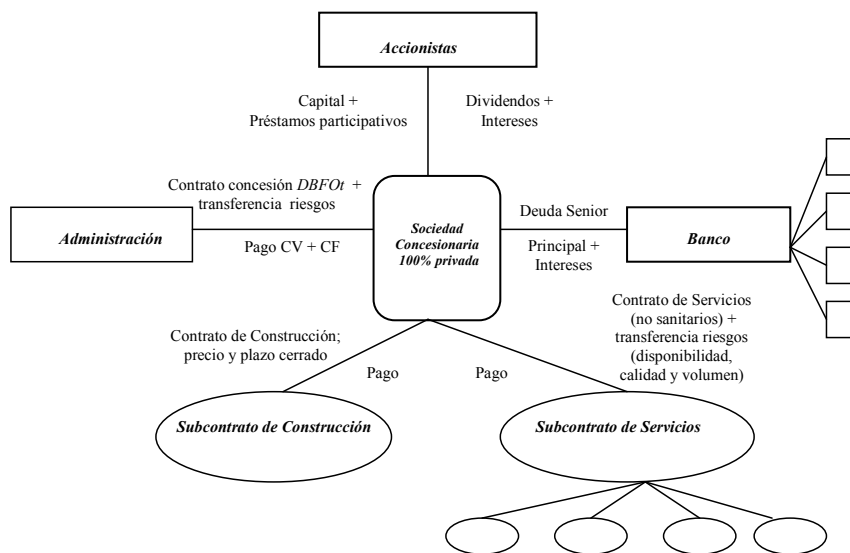
(2) incluye mobiliario básico; gastos de constitución y primer establecimiento; gastos corrientes capitalizados; dirección facultativa, control de calidad y gastos seguimiento obra; otros impuestos asociados a la inversión inicial y financieros intercalarios.

El proyecto, se realizará bajo un modelo de colaboración entre el sector público y el sector privado para conseguir las ventajas que aporta cada uno de ellos. Este modelo permite a la Comunidad de Madrid, entre otros, no realizar ningún tipo de desembolso inicial para la financiación del proyecto, permitiendo así el desarrollo

económico y social por parte del sector público, cumpliendo al mismo tiempo con la austeridad de las cuentas de la Administración determinada por el Pacto de Estabilidad, de obligado cumplimiento por parte de los países miembros de la Unión Europea. Así pues, bajo este modelo de colaboración será el sector privado el responsable de financiar el activo, recuperando la inversión inicial a través de la remuneración por la "utilización de la obra" una vez el activo esté construido y sea operativo.

La empresa concesionaria podrá obtener suficientes recursos en los mercados financieros mediante fórmulas de Project Finance o financiación a Riesgo Proyecto como fórmulas que ya vienen utilizando para la financiación de infraestructuras en España e internacionalmente, siendo previsible aplicar el modelo para la financiación de este hospital, teniendo en cuenta el coste del proyecto, el volumen de financiación necesaria y el esquema contractual previsto por la Administración.

Teniendo en cuenta lo anterior, el modelo contractual y de gestión del proyecto puede esquematizarse con la siguiente estructura:



Esta estructura, que busca una asignación de riesgos desde la sociedad concesionaria a subcontratistas con el objeto de vaciar en la medida de lo posible de los mismos a la primera, no impide que los promotores/accionistas de la sociedad gestora del proyecto (SGP) y las compañías de los subcontratos de construcción y servicios sean en último término distintas cabeceras de una misma compañía, o incluso una misma persona física o jurídica.

La sociedad gestora del proyecto es el vehículo que se constituye para llevar a cabo la ejecución y explotación del proyecto y, por tanto, será deudora de la financiación y la preceptora de los flujos de efectivo a generar. Esta sociedad tendrá un capital 100% privado.

El riesgo financiero de los promotores queda principalmente reducido a su aportación en el capital de la sociedad gestora del proyecto, por lo que la principal

garantía sobre la que recaerá la obligación de repago de la deuda será la capacidad de la SGP de generar flujos de efectivo, si bien en algunos casos un cierto recurso pero limitado puede exigirse a los accionistas de la sociedad concesionaria por parte de las entidades financieras.

Partiendo de este modelo, se ha realizado un estudio para estudiar la viabilidad económica del proyecto. Se han analizado las cuentas de resultados, los flujos de tesorería y la rentabilidad esperada en función de distintos orígenes de los fondos y distintas hipótesis de pago por parte de la Administración, de manera que se han establecido distintos escenarios financieramente viables que garanticen los niveles mínimos exigidos por los bancos y de rentabilidad para los accionistas.

El análisis base ha sido establecido tomando como referencia la estructura de financiación siguiente: capital 20%, préstamos participativos 10% y deuda senior 70%, estimándose un coste de la deuda senior en un 6,5% anual (Swaps/Euribor a largo plazo + 1,5% de margen). El plazo del préstamo de la deuda senior puede establecerse entre 20 y 25 años como muestra la experiencia de proyectos similares en otros países de la Unión Europea.

Obviamente, la iniciativa privada deberá buscar las estructuras financieras más eficientes en cuanto a plazos y condiciones de la deuda, para minimizar los costes financieros del proyecto y en consecuencia minimizar el coste para la Administración, ya que con una mayor eficiencia en la financiación, menor será el coste para la Administración para una misma rentabilidad exigida del promotor (TIR del capital). Para ello podrá recurrirse por ejemplo a financiación del Banco Europeo de Inversiones tal y como se ha realizado en otras experiencias como es

el caso del Reino Unido para la financiación de recursos sanitarios u otras estructuras.

Cada empresa concursante podrá organizarse y financiarse de la manera que considere más adecuada, creando la estructura de pasivo con la proporción de capital y deuda que crea más óptima para la consecución de los objetivos del proyecto. Esta estructura será analizada y valorada cuando se presenten las ofertas para determinar aquellas que aportan una mayor confianza y solvencia al proyecto planteado.

Por ello, cada empresa concursante podrá organizarse y financiarse de la manera que considere más adecuada, creando la estructura de pasivo con la proporción de capital y deuda que crea más óptima para la consecución de los objetivos del proyecto. Esta estructura será analizada y valorada cuando se presenten las ofertas para determinar aquellas que aportan una mayor confianza y solvencia al proyecto planteado.

El análisis realizado ha permitido avalar la viabilidad económica de este proyecto, garantizando el retorno de la deuda y unos rangos de TIR mínimos y máximos razonables para los accionistas y acordes con las rentabilidades de otras iniciativas de menor y mayor riesgo, y proyectos similares desarrollados en otros países, siempre teniendo en cuenta la realidad macroeconómica de España.

Puede concluirse, por tanto, que en base a las hipótesis consideradas en el estudio, la estructura de la concesión de construcción y explotación de obra es viable técnica y económicamente, existiendo fuentes de financiación privada adecuadas para aplicarse en un esquema como el expuesto.