

Infraestructuras sanitarias

MANUEL MIÑÉS MUÑOZ

Director - Gerente Cámara de Contratistas de la Comunidad Valenciana - CCCV

Si estudiamos la población anual cubierta con nuestra capacidad hospitalaria, la disparidad entre comunidades autónomas es muy significativa

Debemos conocer la situación de la inversión pública de nuestro sistema sanitario (€/Hab) y su referente en la UE. En España, al igual que Italia, Reino Unido, Irlanda, Dinamarca, Portugal, Finlandia y Suecia, estamos acogidos al modelo Beveridge (creado por William Beveridge en 1948), que enfatiza respecto a la salud, como derecho humano que es, que su cobertura debe ser universal, y la consagra el gobierno a todos los ciudadanos a través del pago de impuestos. Sin embargo, países como Alemania, Austria, Francia, Bélgica, Países Bajos... están acogidos al sistema Bismark (implantado por el Canciller Otto Bismark) que se financia por cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores a través de impuestos específicos, pero gestionando el sistema sanitario entidades no gubernamentales.

Según los últimos datos de la evolución de la inversión pública real en salud por habitante, Portugal invierte 34 euros; Italia y España 55 euros por habitante; Reino Unido 104 euros; Irlanda 144; Suecia 213; Finlandia 234 euros y Dinamarca 291 euros por habitante.

España, que cuenta con 3'1 camas por cada 1.000 habitantes, se encuentra junto a Italia y Reino Unido (3'4), muy por debajo de los países europeos de referencia, como Alemania y Francia, con 8'2 y 6'4 camas por cada 1.000 habitantes, respectivamente.

Ante esta disparidad, la línea de actuación en infraestructuras sociales y sanitarias en España, deben tener como objetivo, converger con la dotación de países de nuestro entorno (U.E), incrementando nuestros ratios en hospitales, Atención Primaria, centros de día, residencias... El Ministerio de Sanidad, nos ofrece la capacidad asistencial por comunidad autónoma (dotación de camas en funcionamiento y estancia media paciente) y en consecuencia la capacidad máxima anual

de ingresados que admitiría atención continuada. Si estudiamos la población anual cubierta con nuestra actual capacidad hospitalaria, la disparidad entre comunidades autónomas es muy significativa. Ante una media española del 14'6%, las autonomías mejor dotadas son Cataluña, con el 23'3%; País Vasco, con 19'4 % y Aragón, con 19'2 %. La Comunitat Valenciana, la número 13, presenta un 15% de cobertura. Las peores son Andalucía, con un 11'5% y Canarias, con un 11'2%.

Estudios de la OCDE analizan los umbrales necesarios de inversión en nuevas infraestructuras hospitalarias y camas para garantizar el sistema sanitario público. Para el cálculo de la inversión en un hospital tipo de 1.000 camas, y valorando en 300.000 euros las infraestructuras (construcción, instalaciones, agua, luz, aire acondicionado, aparatos elevadores, comedores, etcétera) y 80.000 €/cama en equipamiento médico-sanitario-quirúrgico, resultan 380 millones de euros por hospital y 1.000 camas. Además, y en base a datos de Sanidad, el poner en funcionamiento una cama del sistema de salud supone 176.512 al año.

Salvo Cataluña, que supera los estándares máximos de la OCDE, el resto de las comunidades necesitarían invertir 21.400 millones de euros (16.900 en infraestructuras y 4.500 en equipamiento médico/quirúrgico) para dotarnos de 56.303 camas, actualmente nuestro déficit. Además de aumentar en unos 9.950 millones de euros anuales el coste para su funcionamiento. Este estudio referido a la Comunitat Valenciana, indica que necesitaríamos 5.481 camas adicionales, equivalentes a una inversión de 2.082 millones de euros (300.000 euros en infraestructura y 80.000 euros en equipamiento por cama), y para mantener operativo este incremento de 5.481 unidades, 967'5 millones de euros anuales de mayor dotación en la Consellería de Sanidad. Estas necesidades en infraestructuras hospitalarias de 2.082

millones de euros contrastan con los 874 anunciados en la iniciativa de la Estrategia Valenciana de Recuperación 2021-2027, que asignaba al Plan de Construcción, Ampliación y Reforma de Hospitales y Centros de Atención Primaria. Incidir que, en la última década, la Consellería de Sanidad ha licitado tan solo 257'654 millones de euros en infraestructuras sanitarias. En la convocatoria de plazas de MIR (2019-2020) se presentaron a examen 14.187 licenciados en medicina para cubrir una oferta de 7.615 plazas. De ellos, 12.172 consiguieron aprobar, pero ello no significa obtener plaza, sino engrosar la lista o bolsa de espera, es decir, el 37% de los que aprobaron el MIR se quedaron sin plaza. Esa falta de médicos en España (3'8 profesionales por 1.000 habitantes) quedó patente en la reunión de Isabel Díaz Ayuso y Pedro Sánchez y se puso de manifiesto por los sindicatos, Satsse, CSIF y Sociedad Valenciana de Medicina intensiva y crítica. Todo unido a la presión sobre el colectivo sanitario por el Covid y la saturación de Atención Primaria. Sólo en 2019, 2.500 médicos españoles recién licenciados, tras años de esfuerzo y despido del erario público para sufragar su financiación académica (apenas cubiertas en un 50/60 % por las tasas), se fueron al extranjero movidos por la precariedad... mientras el país necesita entre 5.000 y 6.000 médicos generalistas y personal de enfermería.

Quizás los lectores pueden pensar -parodiando la canción de Loquillo, ¿Qué hace una chica como tú en un sitio como éste? - qué hace un ingeniero hablando del problema sanitario. Cara a los 140.000 millones de euros de Fondos de Reconstrucción Económica y Social asignados por la Comisión Europea a España... también las infraestructuras sanitarias, junto al resto de las infraestructuras de movilidad sostenible, digitalización, etc. son especialmente el primer eje estratégico y Objetivo de Desarrollo Sostenible.