

Problemas en los hospitales públicos

RAIMON BELENES JUÁREZ

EL PAÍS - 07-01-2008

Dos hospitales públicos catalanes han sufrido recientemente serios incidentes. Aunque por fortuna no han causado víctimas, estos incidentes son indicadores claros de un estado preocupante de su mantenimiento. Lo ocurrido ni es sólo muestra de degradación de sus infraestructuras ni es sólo un caso de mala suerte: probablemente, se trata de una combinación perturbadora de ambas.

Tres causas principales están detrás del mal estado de las infraestructuras hospitalarias. Las dos primeras son comunes para muchos hospitales públicos europeos; por lo tanto, conviene tener amplitud de miras y evitar planteamientos provincianos al juzgar lo ocurrido. La tercera causa es más específica de la realidad catalana.

Los hospitales públicos europeos fueron construidos en gran parte durante las décadas de 1970 y 1980 (y algunos del Instituto Catalán de la Salud -ICS- en las de 1950 y 1960). Las condiciones de ejercicio de la medicina hospitalaria de entonces eran muy diferentes de las actuales: el volumen de actos asistenciales era mucho menor, los equipos médicos eran escasos; ni existía cirugía mayor ambulatoria ni hospitalización de día.

El hospital actual es muy diferente, casi en los mismos espacios ha duplicado o triplicado su actividad, se han añadido nuevas modalidades de servicios, decenas de equipos de diagnóstico y tratamiento, etcétera.

Algunos servicios de urgencias, que fueron dimensionados para atender a 100 pacientes al día hoy atienden 300. Todo ello ha conducido a una situación de colapso, con una sobreocupación de espacios, un uso intensivo de las instalaciones, llegando a una situación de degradación crítica de los centros y de sus infraestructuras, a las que se ha ido sometiendo a operaciones de parcheo.

La segunda causa, muy extendida, tiene que ver con la falta crónica de partidas económicas suficientes para el mantenimiento de los centros. La presupuestación de la sanidad pública obliga siempre a delicados ejercicios de priorización, tanto en los ciclos expansivos como en los de contención: mejorar las retribuciones, ampliar las plantillas, renovar o adquirir nuevos equipos, adecuar las infraestructuras y los sistemas de información... Los decisores políticos y los gestores tienden a priorizar las decisiones de gasto que sean más visibles. Invertir en mantenimiento es un gasto invisible si lo comparamos con opciones más lúcidas como poner en marcha un nuevo servicio o equipo.

La falta de presión para gastar en acciones cuyos resultados no se ven explica muchos de los graves incidentes acontecidos en hospitales europeos. Son muy conocidos los problemas de algunos hospitales públicos ingleses con impacto en la higiene debido a lamentables condiciones de mantenimiento. A esta situación también contribuyeron ciertas políticas conservadoras poco interesadas en la existencia de un sector público eficiente.

La tercera causa es más específica de Cataluña. Los centros del ICS sufrieron durante muchos años una severa descapitalización: se invirtió el 40% o el 50% de lo que era razonable para mantener en buen estado

operativo el parque de sus centros sanitarios. Mientras los centros del ICS iban degradándose, se acometieron inversiones en la red de centros concertados de financiación pública. Naturalmente se logró mejorar el acceso al servicio público hospitalario de los pacientes, pero el estado de mantenimiento de los centros del ICS fue empeorando, particularmente en Barcelona y su área metropolitana. Los aficionados a la sociología electoral pueden extraer quizá algunas conclusiones de esta circunstancia.

¿Qué lecciones pueden extraerse para el futuro? En primer lugar, recuperar el esfuerzo inversor como ya se está haciendo, si bien los resultados tardarán en notarse. Algunos centros viejos y obsoletos deben sustituirse; es el caso del nuevo hospital Josep Trueta, en Girona. En algunos casos se ha optado por desubicar un viejo hospital de la trama urbana para construir uno nuevo sin las restricciones de la densidad de una gran ciudad, por ejemplo, el nuevo hospital clínico de Granada. Pero esta opción no siempre es posible. En todo caso, siempre que se pueda deberían desecharse los viejos centros en los que por mucho que se invierta no se obtendrán resultados óptimos. Así, en el hospital de Bellvitge se ha construido un nuevo bloque de consultas externas. Uno de los hospitales emblemáticos europeos, el hospital Karolinska de Estocolmo, también ha elegido esa opción, que empieza a considerarse seriamente en el degradadísimo, obsoleto y laberíntico hospital general de Vall d'Hebron.

La segunda lección que hay que retener es la necesidad de proteger o "blindar" las partidas presupuestarias destinadas al mantenimiento incluso en periodos de contención económica. Existen estándares

internacionales que si no son alcanzados convierten la gestión sanitaria en una temeridad y en un insensato juego de azar.

Como conclusión final, recomendaría no sacar conclusiones precipitadas. Las acciones inversoras que realiza el Gobierno catalán van en la buena dirección; el grado de seguridad de los centros hospitalarios es razonable y sus equipos técnicos, solventes. Es cierto que se han registrado serios incidentes, pero Cataluña cuenta con más de 60 hospitales públicos y centenares de centros sanitarios de diferente tipo que funcionan con total normalidad. Quizá convenga priorizar la inversión en algunos centros y puntos críticos, incluso al precio de que se vea afectado el ritmo ejecutor de la obra nueva.

Es muy importante garantizar unos niveles básicos de inversión en el mantenimiento de los centros sanitarios. No es racional alternar periodos de austeridad temeraria con otros de bonanza, porque aunque se disponga de muchos recursos, la complejidad del funcionamiento hospitalario hace necesario planificar y ejecutar las operaciones de mejora con extrema lentitud. Además, debería evitarse que el estado de degradación de un centro sanitario obligue a cuantiosas inversiones en el tramo final de su vida útil, lo cual constituye un ejemplo lamentable de derroche de recursos públicos.

Y no hay que olvidar que no habrá cultura de la prevención si no se priorizan adecuadamente las partidas de gasto, incluyendo niveles de mantenimiento razonables.