

El hospital del futuro

Antonio Burgueño y Carlos Amaya

El hospital es una institución que ha acompañado a la humanidad a lo largo de los siglos. Con funciones sanadoras o para aislar de la sociedad a los enfermos, hay muestras en todas las civilizaciones y culturas de su evolución en el tiempo. Todavía nos quedan en uso en España edificios hospitalarios del Renacimiento que dada su magnitud y calidad arquitectónica son explotados para fines diversos.

Pero aunque el nombre y la esencia de estas instituciones permanecerán, a buen seguro para siempre, el aspecto que presentarán en el futuro y su funcionalidad serán notablemente distintos a lo que vemos ahora.

Para empezar, los pacientes han cambiado, sus exigencias son mayores y demandan más y mejores servicios, además de transparencia. Por eso, los hospitales han de transformarse y deben cumplir sus expectativas y ser rentables o, por lo menos, intentarlo.

Concretamente en España, la multiculturalidad de la sociedad española actual (somos el país europeo con mayor proporción de inmigrantes) o el envejecimiento de la misma son factores importantes, pero el más destacado es el incremento en la demanda de servicios de los ciudadanos en general. Exigen recibir atención sanitaria de calidad, transparente y de forma inmediata.

Los pacientes conocen (o han oído hablar, a menudo de forma algo *fantástica*) de las nuevas tecnologías. Internet o la transmisión de datos a través del teléfono móvil son actividades que están incorporadas a su vida cotidiana. Así, exigen la misma eficacia e inmediatez en la gestión de un hospital.

En los últimos años han aparecido alternativas al modelo clásico de hospital. En Suecia (el hospital Karolinska, por ejemplo), en Estados Unidos o Canadá están apareciendo nuevos modelos de centros hospitalarios que están dando buenos resultados y que nos inspiran sobre el modelo que terminará imponiéndose en países desarrollados como el nuestro.

Centros monográficos

El primer apunte es que los hospitales del futuro mirarán hacia la hiperespecialización. En España los hospitales son generales, pero siempre hay algo en lo que destacan y es lo que hay que potenciar. El modelo a seguir son los centros especializados, como los *cancer centers* estadounidenses, que garantizan toda la red de servicios sobre la enfermedad.

Los centros, sí, tenderán a ser monográficos, y la clave de su éxito residirá en compartir aquello por lo que no compiten: logística. De hecho, es una proyección que irá a más, pues ya es habitual hoy que estos centros compartan instalaciones y tecnología.

Menos estancias

El entorno hospitalario está cambiando, lo que está obligando a los hospitales a modificar sus funciones como proveedores de servicios sanitarios. El diseño de los hospitales debe transformarse para ser capaces de adaptarse de forma rápida y flexible a los cambios, y superar los retos futuros de forma eficiente y sostenible.

Así, la asistencia hospitalaria cambia su modelo tradicional para adaptarse a la reducción del número de pacientes ingresados, causada por el aumento de la cirugía sin ingreso, que reduce las estancias medias, y el fomento de la hospitalización a domicilio. Además, cada vez es mayor el número de enfermos crónicos que no requieren hospitalización pero sí atención especializada en el centro hospitalario.

Se acabarán los ingresos de quince días y las visitas interminables a pie de cama en los centros sanitarios. Los nuevos hospitales reducirán el número de camas, ofrecerán más consultas de alta resolución (en la primera consulta los médicos ofrecerán el diagnóstico de la enfermedad), la cirugía sin ingreso será más intensa y más frecuente que hoy y se ofrecerá atención a pacientes muy agudos. Cada vez atenderemos a pacientes más graves, queremos que los hospitales den respuesta a la sociedad, que se atienda en ellos a personas mayores que tienen muchas patologías, mientras que derivaremos hacia la asistencia domiciliaria y la atención ambulatoria el mayor número posible de pacientes enfermedades fácilmente abordables.

En esta misma línea, los departamentos de consultas externas tendrán un papel fundamental, ya que la mayoría de los pacientes remitidos a ellos por los médicos del primer nivel asistencial pasarán por ellos. De cada cita, los pacientes saldrán con un resultado, diagnóstico, tratamiento y una hoja de ruta para seguir su trata-

miento en interacción con atención primaria, que, a su vez, podrá compartir con los hospitales las historias clínicas.

Trabajo en red

Estos nuevos desarrollos implican cambios en consonancia con las nuevas competencias del profesional sanitario. Los centros hospitalarios deben incorporar nuevos modelos de asistencia, que fomenten el desarrollo de la innovación y doten de mayor flexibilidad al hospital para adaptarse de forma eficiente a las nuevas necesidades e integrarlo en su entorno.

En este sentido, lo lógico es esperar una tendencia en las estructuras hospitalarias al desarrollo de servicios compartidos entre diferentes centros. Se trata de una estructura que permite un crecimiento más racional de las instituciones sanitarias y la creación de alianzas estratégicas que fomentan la colaboración entre las instituciones participantes y la suma de sus recursos, todo lo cual redundará en una mayor calidad de la atención.

En definitiva, habrá que trabajar en red y establecer alianzas y posicionarse bien dentro del *continuum* asistencial, lo cual exige ver a la atención primaria y la sociosanitaria no como una amenaza, sino como lo que en verdad debe ser: un modo eficaz y resolutivo de pautar la atención que realmente requiere cuidados hospitalarios.

Control del gasto

Otro de los aspectos a tener en cuenta es que desde hace años los sistemas sanitarios han tenido cada vez mayores dificultades para financiar los gastos generados por la atención médica. Se calcula que el coste actual de la Sanidad en la Unión Europea repre-

senta el 9 por 100 del PIB, pero las previsiones apuntan que en 2020 será de un 16. Además, si a este gasto se le añade el coste de la medicina predictiva y preventiva, así como el generado por el envejecimiento de la población, este porcentaje se incrementará hasta alcanzar el 30 por 100 del PIB.

Esta situación hace necesario promover una gestión sostenible para controlar el crecimiento del gasto y mantener un equilibrio financiero. En consecuencia, habrá que incorporar herramientas de gestión en los hospitales de cierta complejidad, de manera que gerentes y profesionales sanitarios puedan ejercer un mayor control del gasto y mejorar la eficiencia de su organización.

Enfermedades crónicas

Uno de los factores que afecta al incremento del gasto sanitario es el envejecimiento de la población. En 2030, uno de cada tres europeos tendrá más de 60 años y presentará una expectativa de vida de varias décadas. Este hecho debe tenerse presente en el diseño de estrategias y políticas sostenibles que promuevan la prevención y la promoción de hábitos de vida sana, que permitan a la población tener una vejez más saludable y de esta forma reducir el gasto sanitario.

El incremento de las enfermedades crónicas también es un hecho que cuestiona la sostenibilidad de los servicios sanitarios, convirtiéndose en uno de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema sanitario. Esta situación hace que aumenten los servicios asistenciales y crezca la demanda de tratamientos innovadores, que en la mayoría de los casos suponen un mayor coste.

En este sentido, bueno será que la innovación se relacione no con el importante coste que puede tener a corto plazo, sino con lo que puede suponer de ahorro para el sistema sanitario a años vista.

Avances científicos y tecnológicos

En verdad, los avances científicos y tecnológicos del siglo XX han dejado obsoletos la práctica totalidad de los edificios construidos hasta bien entrado ese siglo. Y tan sólo las edificaciones de los últimos veinte años del mismo pueden soportar el reto de albergar los grandes avances de la medicina.

Baste decir que en el último cuarto de siglo han aparecido equipos y tecnologías como los TAC, la resonancia, los equipos de radiología intervencionista, ecografía... En radioterapia, los aceleradores de partículas, radioisótopos, el PET-TAC y los radiofármacos, que requieren condiciones de aislamiento. Y Unidades de Cuidados Intensivos, quirófanos muy complejos para cirugía ambulatoria. En resumen, un sinnúmero de adelantos tecnológicos, culturales y de gestión, que requieren diferentes espacios e intercomunicaciones.

Las nuevas tecnologías en el campo de los sistemas de información y de comunicaciones de banda ancha permiten la utilización conjunta de una multiplicidad de equipos médicos sumamente interrelacionados. Es una manera diferente de concebir la medicina aprovechando estas grandes capacidades de memoria y de procesamiento que generan una optimización de las capacidades de los profesionales cuya consecuencia será la apertura de tantas vías novedosas que cabe esperar que los hospitales de hoy sean obsoletos en veinte o treinta años.

El coste de las edificaciones y la reserva de espacio que requieren permite aventurar una gran velocidad en la amortización de estos bienes. El valor añadido en su diseño vendrá dado por la capacidad de prever la evolución y la flexibilidad para afrontar las demandas del inmediato futuro.

Junto al reto que supone la evolución tecnológica, hay otros dos desafíos que van a incidir aún más intensamente en el modelo

del hospital del futuro. De un lado, y éste es el más importante, el coste creciente de la atención sanitaria y su repercusión sobre la eficiencia de los hospitales. Y de otro lado la evolución de la estructura de las organizaciones sanitarias, repensando el papel de los diversos agentes que operan en la salud, cerca del enfermo y en su domicilio y los recursos hospitalarios en relación con los modelos de ciudades que van a ser objeto de evolución.

Unificando modelos

Por tanto, debemos imaginar centros donde el coste de las organizaciones sea inferior. Y conviene hacerlo pasando previamente revista a los diversos modelos sanitarios que hay en el mundo occidental

Los modelos sanitarios más frecuentes son los de financiación pública, ya sea del Estado mediante impuestos o los de aportes salariales tipo Seguridad Social. Hay muchos análisis que defienden uno u otro modelo. En este trabajo no nos detenemos a valorarlos. Más bien lo que nos interesa es el grado de integración vertical de la organización sanitaria; es decir, si con un modelo de financiación pública la organización ha de ser o no pública.

En el modelo de Seguridad Social no suele haber red pública de provisión y si la hay no es exclusiva. Mientras que si la financiación es estatal, la tentación de que las organizaciones sean públicas es muy frecuente, si bien va en retroceso en ambos casos. Por ejemplo, en Alemania –cuyo modelo de financiación es de Seguridad Social– la provisión era pública en el 18 por 100 de la red, hasta que hace tres años se han puesto en venta los hospitales de instituciones públicas.

Cuando la provisión es privada, la financiación de los hospitales se realiza de una forma cautelosa, minimizando los riesgos y

optimizando los recursos para hacer el centro rentable y sostenible. Esto motiva soluciones arquitectónicas muy diferentes a las habituales para los hospitales públicos, donde hay confluencias de objetivos a todos los niveles, desde los políticos locales, que suelen proporcionar los terrenos, a los profesionales que buscan una participación amplia en cada proyecto agigantando cada uno de los servicios, y los sindicatos que buscan una amplitud de servicios industriales que garanticen un elevado número de trabajadores.

En general, hoy existe la tendencia a hacer converger ambos modelos y ya hay pocos proyectos de hospitales en los que se construyan edificios superiores a 60.000 metros cuadrados que deban dar satisfacción a poblaciones de 200.000 habitantes. Estas poblaciones justifican una concentración de elementos que optimizan un centro hospitalario cuyas dimensiones oscilen entre 40.000 y 60.000 metros cuadrados.

La necesidad de recursos para poblaciones medias de 200.000 habitantes son los centros de 400 camas. Han de atender unas dos mil consultas diarias, o lo que es lo mismo 200 consultas por hora (si operan mañana y tarde) y eso requiere 50 consultorios. En el caso español, que suele considerar exclusivamente el horario de mañana, se han de doblar los recursos. Y para esa población se van a demandar 160.000 intervenciones, que se deben hacer en diez quirófanos operativos, para lo que hay que contar con tres más en reserva, urgencias, cesáreas y reintervenciones urgentes. En este tipo de centro se justifican gran parte de los nuevos equipos tecnológicos y unidades de atención especializada.

También se justifican los centros ambulatorios con hospitales y unidades de día. Todo ello es lo que genera que el hospital en la actualidad sea muy permeable a los servicios externos y con un grado de accesibilidad diverso dependiendo de las variadas causas de acceso diario de los pacientes.

De ahí la importancia de redefinir la función de los médicos de atención primaria. Su misión no debería ser otra que la de servir de filtro a la demanda hospitalaria, de manera que sólo lleguen a este ámbito aquellos casos que realmente necesitan asistencia especializada.

Profesionales

En cuanto a los profesionales, creemos que la tendencia camina a la flexibilización de las políticas de recursos humanos y de gestión. En otras palabras: habrá más incentivos que reconozcan aquellas labores que desde los puntos de vista asistencial y de gestión se consideren más meritorias.

Asimismo, los médicos deberemos reconsiderar la tríada asistencia, docencia e investigación. No todo el mundo reúne el perfil para realizar las tres actividades, aunque los profesionales más demandados en el futuro serán los que las compaginen y aplique el método científico a todas ellas.

A. B. y C. A.