



# El Hospital del Futuro y la Accesibilidad a Servicios Básicos.

9 Febrero 2012





# **VIDEOCONFERENCIA OBSERVATORIO DE MEDIO AMBIENTE URBANO**

## **INTRODUCCIÓN:**

### **DOÑA RUTH SARABIA:**

Muy buenas tardes a todas y a todos. Mi nombre es Ruth Sarabia, soy la Directora General de Derechos Sociales y Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Málaga, y para mí es un placer poder estar aquí en esta conferencia, que va a tener lugar en esta mesa redonda, en la que nos acompaña Antonio y Carlos, Carlos y Antonio, que ahora pasaremos a hablar un momentito de ellos, y que va a tratar sobre los hospitales del futuro y la accesibilidad a los servicios básicos.

Sabéis que en Málaga viene siendo un tema recurrente, la necesidad de tener un acceso fácil a los servicios hospitalarios; también sabéis que durante estos años atrás y hace casi tres años que se empezó a detectar y a poner de manifiesto por parte de colectivos vecinales, plataformas y demás necesidades de un tercer hospital o de al menos, incrementar de alguna manera las infraestructuras hospitalarias que estuvieran cercanas a los domicilios, que no hubiera que atravesar o que perder, más de un tiempo estrictamente necesario en llegar a esas infraestructuras, y a partir de ahí, por estas necesidades que se vió por parte de la ciudadanía, se creó un órgano de participación ciudadana que es el Consejo Sectorial de Salud.

Aquí se han ido tratando muchos temas, pero uno que si ha sido recurrente a lo largo de estos dos años y pico que lleva funcionando, ha sido esta accesibilidad a los servicios hospitalarios.

Precisamente por eso, teniendo conocimientos de un artículo que escribieron Antonio Bargueño Carbonel, que nos acompaña hoy, y Carlos Amaya Pombo, un artículo que se llama "El Hospital del Futuro", nos pareció muy interesante que ellos pudieran venir esta tarde a acompañarnos, y a contarnos cómo tiene que ser esa accesibilidad a los servicios hospitalarios, cómo tienen que ser esos hospitales del futuro en las ciudades que queremos, en esas ciudades compactas.

Antonio Bargueño, es Director General de los hospitales de la Consejería de Sanidad de Madrid, y está justamente a mi izquierda, y a su lado, está Carlos Amaya Pombo, que es Vicepresidente de la Federación Europea de Médicos Asalariados (FEMS) y neurocirujano del hospital de "La Paz" de Madrid.

Ambos dos, escribieron como os digo este artículo, en la que de verdad se tratan de una manera bastante profunda muchos de los temas que hemos podido ir tratando, también en las mesas de trabajo, y en el Consejo de Salud, siempre por supuesto, ellos adaptados a lo que conocen, y nosotros en el ámbito territorial de Málaga.

Y por eso, antes de escucharlos, vamos a poder ver también, un vídeo que se hizo a efectos de poner de manifiesto esa necesidad, que en las ciudades compactas y en las ciudades que queremos, tenemos que tener un acceso fácil, sencillo, y sobre todo que en el tiempo, no haga que lo demoremos a los servicios de todo tipo en nuestra ciudad, y en concreto también a los servicios hospitalarios.

Y vamos a comenzar viendo este vídeo, y posteriormente, tanto Antonio como Carlos, podrán de alguna manera, ponernos en conocimiento de un breve resumen de lo que han venido haciendo y trabajando, y por supuesto contar también, con la participación del público que tenemos, que es lo que realmente hace que enriquezca el debate que vamos a llevar a cabo esta tarde aquí. Con lo cual, pasamos a proceder a ver el vídeo y después empezamos la ponencia de ambos dos acompañantes. Gracias.

## **VIDEO.**

Muy bien, pues, visto el vídeo, vuelvo a incidir un poco más en esos accesos que tenemos que tener, cada vez más cómodos a los servicios y que en muchos casos no es así, por ese modelo de ciudad que se ha ido perpetuando en los últimos años.

Vamos a pasar a dar voz a Antonio Bargueño en primer lugar, y después a Carlos Amaya para que nos cuenten esa ciudad del futuro, ese modelo que ellos plantean también del hospital del futuro, y la accesibilidad a los servicios. Gracias.

## **DON ANTONIO BARGUEÑO:**

Muy buenas tardes. Muchas gracias por invitarnos a participar en este debate, que en principio, si bien creo que conocíamos los dos, que es un debate social vivo, la verdad es que nosotros somos bastante escépticos, aunque digamos, tenemos nuestra idea, y yo tengo una responsabilidad política en estos momentos, y por lo tanto, tengo posicionamiento en el tema de una forma muy clara que expondré.

Nosotros lo que venimos es a tener ideas, estamos los dos en un máster de arquitectura hospitalaria sobre Madrid, desde hace muchos años, y sobre la evolución del edificio, el edificio hospitalario hacia donde debe conducir y como se comporta. Siguiendo las necesidades funcionales del momento, y de cara al futuro hacia la previsión que puede tener este edificio, que es una de las concentraciones urbanísticas o concentraciones más importantes que tienen las ciudades, y que invierte en empresas de primer nivel con una concentración de servicios, una concentración de llegada de personal, y por lo tanto que inciden en todo lo que supone el entorno de la ciudad.

Pero ninguno de los dos somos urbanistas, es decir, no somos especialistas en la materia, sí bien, cuando concebimos donde debe estar un hospital, tenemos una manera de ver y visualizar algunos de los aspectos, que vosotros podéis saber más que nosotros sobre accesos, accesibilidad, y como conviene situarlo y las necesidades de aparcamiento y todo lo demás.

Nos mueve además, nuestra visión profesional de que es una inversión muy costosa, que hace que la sociedad de vez en cuando, más bien, tarde que pronto, pero que hay que pensarla y concebirla, con unos criterios modernos, diferenciándose de los criterios tradicionales de construcción de hospitales, y vamos entrando en materia.

Durante muchos siglos, prácticamente desde el Renacimiento hasta el inicio del siglo XX, se han podido contruir hospitales en toda Europa con las mismas materias y productos, porque el hospital obedecía a unas necesidades y unas demandas, que generamos un edificio, y ese edificio era inamovible durante cuatro o cinco siglos, porque la evolución de la medicina no daba o no creaba, nuevas necesidades.

Así, en España hemos tenido hospitales como Santa Creus de Pablo en Barcelona, hablo de edificios notables que se acaba de invalidar hace 10 años, y que ha creado un hospital sustituyendo un edificio de muchísimos siglos, magnífico por cierto.

En Madrid, Barcelona, Bilbao, San Sebastian, Sevilla, Málaga, ha habido edificios que nos han durado todos esos siglos, y han funcionado fantásticamente bien, pero, ¿Qué era la medicina?, la medicina era un centro en el que se genera la idea del hospitalismo, la hospitalidad, un centro de recogida de enfermos con las pocas posibilidades que ofrecía hasta los años finales del siglo XIX, en el que el enfermo podía ser operado, por lo tanto, había que tener zonas operatorias, pero casi siempre el aislamiento y el enclaustramiento del enfermo, porque también se pretendía aislarle de la ciudad.

Los edificios han sido prácticamente amurallados, atrincherados y han puesto unos muros alrededor, o una verja o algo que rodeando un jardín en el mejor de los casos, rodeaba a un edificio que ha ido entrando muy lentamente en la obsolescencia.

Pero esos edificios magníficamente enclaustrados, con techos altos, donde se corrían salas de enfermos, en las que inicialmente eran salas de enfermos compartidos, y que no existía apenas la radiología, los laboratorios... etc. y todo esto, es un invento que empieza a final del siglo XIX, y genera unas necesidades arquitectónicas que las hace boyantes, aunque sea del siglo XX.

Por lo tanto, nosotros hemos asistido y uno de nosotros, por lo menos yo, que soy mas mayor, hemos empezado nuestra carrera con muchos médicos que todavía ejercen, aprendiendo los quehaceres de la medicina en este tipo de facultades, hospitales facultades en los que se ha podido aprender algo del ejercicio. Nada tiene que ver con los hospitales de mediados de siglo y los años 50.

¿Qué aparece en el Siglo XX, como fenómeno peculiar? Hasta entonces, la responsabilidad de las hospitales estaba en manos de la sociedad, de una sociedad con pocas capacidades desde el punto de vista colectivo para hacer frente a la necesidades asistenciales, y la sociedad formaba algunas instituciones benéficas casi siempre, sin ánimo de lucro y en unos pequeños casos, inversiones de particulares, que generaban hospitales con una herramienta de aplicación para sus fines de tener enfermos, y poder trabajar sobre ellos, y poder generar unas economías que eran buenas para los médicos y un punto de encuentro.

Estos edificios, que en España se vinieron llamando "Sanatorios o Clínicas Privadas", empezaron a crecer en los años iniciales del siglo XX, y eran casi siempre conjunción de inversores, que el más interesado en esa inversión era el médico unitario colectivizándose, que generaba una herramienta para poder trabajar y tener unos quirófanos.

Una edificación casi siempre en el centro de la ciudad, en ese concepto de un sanatorio, una clínica cerca de donde se encontraba el fenómeno de la compra, cerca del mercado o la llegada de autobuses, y esto era una inversión privada.

Las inversiones de las Instituciones Públicas, prácticamente, se centran en los hospitales de la beneficencia que vienen a concentrarse en dos capacidades de inversión: una que es la Diputación, todos los años iniciales de siglo XX son las diputaciones las que pueden llevar a efecto la Ley General de Sanidad, que las dos versiones del siglo XIX y prácticamente del siglo XX, concentran la responsabilidad de la actividad sanitaria en unas instituciones que son diputaciones o los Ayuntamientos grandes en general, edificaciones para atender benéfica a una población que no tenía medios ni recursos.

Pero el fenómeno emergente de una sanidad cada día más capaz y que empieza a ser real, que empieza a curar, que hasta entonces casi no cura, por lo tanto es un fenómeno de que los enfermos médicos empiezan a tener remedios para poderlos operar, y a los quirúrgicos, para poder operar sobre ellos y poder sanar con antibióticos, o con otra serie de procedimientos, y todos los medicamentos más o menos posibles y que van encontrándose desde los años 40 en adelante con investigación médica, y sobre todo, los avances quirúrgicos en los que empieza a ser eficaz la anestesia y se empiezan a concentrar. Bueno, ahí empiezan a surgir nuevas necesidades y con ello nuevos costes, esos costes, generan unas diferencias importantes para la sociedad, de quién puede pagárselo e ir a una clínica privada, o quién no puede pagarse e ir a los hospitales benéficos.

Los hospitales benéficos, empiezan a tener falta de financiación y realmente unas diferencias muy notables entre el hospital benéfico, y el que es un hospital que no encuentra clientes ya satisfechos, porque son asignados. Entonces, en los años de mitad del siglo pasado, surge una forma de financiación de la sanidad, y surge en toda Europa, y se generan los centros financieros para poder hacer frente a la sanidad.

Y en España, concretamente se remeda bastante, en cierto modo al sistema inglés de sanidad, y se da la responsabilidad al Estado, entra la Seguridad Social emergiendo con una gran capacidad y una gran fortaleza económica, y empieza a hacer edificios para albergar precisamente, las nuevas necesidades. ¿Cómo es el Gestor español que hace ejercer los sistemas sanitarios hospitalarios y le da modernidad?. Es un gestor que proviene de un gran marco ideológico, que es la dictadura que se mete en España en el año 39, y que está hasta el año 75.

Esa dictadura, necesita una credibilidad social, no tiene la credibilidad que le da las elecciones, pero sin embargo, sabe que la sociedad le puede dar un aplauso a determinadas líneas de actividad, y sobre todo empieza a integrarse un poco la rentabilidad social con una ley de trabajo, y fundamentalmente una ley de trabajo, que es una Seguridad Social para las pensiones y unas garantías para el trabajador, y fundamentalmente un producto que es el producto sanitario.

El producto sanitario lo calca en todo el territorio Nacional con una idea: hacer un hospital macro, un hospital grande, que en principio lo empieza a llamar "Residencias Sanitarias", y lo llaman residencias sanitarias para alejarlo de la idea de que no es una clínica que es para los ricos, y luego no los puede llamar hospital porque es para los pobres no benéficos. Por lo tanto, empiezan a llamarlos "Residencias de la Seguridad Social", pero aun se le queda poco el nombre, y le da nada menos que el apelativo de Ciudad Sanitaria, y coloca una Ciudad Sanitaria en los polos provinciales más importantes del país, Ciudad Sanitaria Carlos Haya, Ciudad Sanitaria en Madrid, Ciudad Sanitaria en Barcelona, Ciudad Sanitaria en Valencia, Ciudad Sanitaria en Bilbao, en Sevilla, es decir, genera una manera de responder a una demanda emergente muy importante, y le mete un gran edificio de una notabilidad enorme, con una concentración de riesgo tremenda fuera de la ciudad, de tal manera que genera de por sí, una tracción de que toda la ciudad se tiene que descargar en esta Ciudad Sanitaria, en este nuevo concepto que tiene la respuesta del Dictador, ante esta demanda de la sociedad, y genera un producto apabullante. Practicamente estamos haciendo la Ciudad Sanitaria más grande de Europa y batiendo nuestro record, "tenemos 2.000 camas que combate con cualquier hospital de Europa y Estados unidos"

Mientras tanto, se van creando en Europa hospitales más acordes con las demandas de una sociedad abierta, democrática, que quiere tener un hospital como elemento para ser útil para la población. Un hospital no puede estar concentrado de tal manera, que sea un centro que tarde en llegarse una hora, aunque cuando se llega está muy tranquilo, porque son concentraciones de 40 quirófanos, concentraciones de grandes salas y de un número de camas impresionante.

Bien; este es un concepto político, por lo tanto, este concepto da respuesta, pero no era un concepto de edificación acorde a unas demandas. Precisamente, la intimidad de la enfermedad, la originalidad de meter el enfermo y a su familia dentro del sistema sanitario, y que el enfermo descansara en la casa y en el hospital, evidentemente, ya era un concepto vigente en los años 60 y 70 en España, y nosotros estábamos empeñados en hacer edificios de gran notabilidad alejado de la casa del enfermo, del médico que atiende al enfermo, y por lo tanto alejado de una necesidad y de una colaboración estrecha entre lo que era el medio y lo que es.



Al mismo tiempo, empiezan a emerger grandes problemas: primero, estas edificaciones generan tal número de procesos, procesos que cada enfermo es un proceso en sí mismo, pero que los enfermos suelen replicar sus enfermedades, evidentemente replican los procesos, pero esa complejidad de los procesos genera un entrecruzamiento enorme, y una dilatación en los tiempos de estancia del enfermo dentro de los hospitales.

Y además, el tiempo de estancia empieza a ser dos cosas nocivas que genera: una, la ineficacia en el tiempo, y el enorme coste que produce eso, sobre todo empezamos a identificar el hospital como peligroso, como arma nociva, y esto es un concepto nuevo, al hospital se iba a curarse, pero resulta que en el hospital el tiempo, cada minuto que pasa, asecha un peligro a cada enfermo que permanece en el tiempo, mientras que estamos teniendo en España, en los finales del siglo XX hospitales que producen servicios de 9 días de estancia media, pues los hospitales más evolucionados del mundo, los mismos procesos se hacen en mitad de tiempo, con lo cual reduce costes, pero fundamentalmente reduce peligros. Y ¿Dónde empiezan a hacerse muchos de estos procesos? En las paredes de los hospitales, es decir, la mayor parte de la actividad de los hospitales, se hace en los medios ambulatorios.

Esto que era un fenómeno no existente en los años 60 ni 70, no existía una cirugía ambulatoria, y cirugía tan importante como la que hoy se llama "cirugía mayor ambulatoria", en la que el enfermo accede a unos quirófanos, está dos horas en el quirófano, y una hora recomponiendo su mundo, y entrando en conocimiento porque se le ha podido sedar ó anestesiarse, recupera ese conocimiento y se va para casa.

Esto no existía en los años 75, ni siquiera en los años 80, es un fenómeno que empieza a surgir a mediados de los 70 en Estados Unidos, y aquí empieza a llegarnos en los años 80, por lo tanto, si en las clínicas privadas precisamente por ser domésticas, por ser pequeñas, se hacían pequeñas intervenciones que entraban y salían para casa, pero los mismos quirófanos, con las mismas unidades, y en ese tipo de cirugía muy menor que se hacía, pero nunca con anestesia general, una anestesia local o regional.

Bueno, pero en los hospitales públicos empieza a desconocerse, pero también empieza a emerger una nueva tecnología que entra en los hospitales y que genera espacios nuevos, que si el crecimiento del escaner que es nada, menos que un descubrimiento que se pone en marcha con la EMI, la empresa de los señores de los Beatles, que para general recursos adicionales a sus canciones y demás, inventa nada menos, que el gran negocio y generan una empresa en la que el TAC, el escaner, es un producto de la fábrica de los Beatles. Todos casi lo hemos llegado a conocer, y desde luego todos lo conocemos, pero evidentemente es un producto de los 80, y cuando surge además, es tal la inversión que genera, que prácticamente le colocamos el escaner Tac, al fondo de un gran pasillo, porque parece ser que teníamos que hacerle una capilla para adorar el aparato, y hoy ese aparato lo ponemos en la puerta de los hospitales. El fenómeno de que lo ponemos al lado de donde entran los pacientes a las urgencias.

El fenómeno de lo urgente, es otro fenómeno emergente de los últimos tiempos, de tal manera que la persona empieza a ir al hospital a lo urgente realmente, aquello que va con una ambulancia y una sirena, pero va por lo perentorio, y va por lo perentorio por decir "vengo aquí porque vengo con todo, lo que me da un servicio, unas garantías, porque me proporciona unos análisis, una radiología y me voy a casa tranquilo, porque mañana tengo que irme a trabajar y mi niño tiene fiebre a las 7 de la tarde, no me diga usted, que tengo que buscar al pediatra a las 7 de la tarde", me voy ahí esto es lo perentorio y es un fenómeno social nuevo.

Por lo tanto, hacemos unos edificios en los años 70, invertimos ingentes cantidades de dinero que teníamos y teníamos en caja, que es muy importante. Teníamos en caja, porque la Seguridad Social empieza a recibir dinero de todos los trabajadores, pero con muy poquitas obligaciones, trabajadores nuevos, que no tenía que pagarles pensión, trabajadores que empiezan a no tener necesidades inmediatas de cesar en el trabajo y tal... por lo tanto, la Seguridad Social se hace con la mejor caja del País y como tiene esa caja, puede accionar, edificar y hacer edificios como de 200.000 M2, 250.000 m2, el siguiente supera al anterior, en tanto en número, para lo maternal, para tal..., pero evidentemente, genera ese tipo de edificaciones, que hemos venido a pretender conservar, y que son unas edificaciones caras y costosas.

¿Qué es lo que nosotros estamos haciendo? Pues estamos queriendo decir: primero, no nos sirve, es caro, esa concentración es carísima, no hay dinero en la sociedad para pagar 300 o 400 millones de momento, para invertir en una edificación tan costosa, y que da un producto caro, y con una concentración de riesgo tremenda. Es decir, para estas edificaciones, necesitamos cocinas de 400, 800, 1500 m2 de cocina, 300 trabajadores en una cocina, una concentración absurda, por lo tanto, estamos diciendo, los hospitales del mundo son más pequeños, son más flexibles, porque no podemos saber si a la resonancia que viene a superar al escáner, le sucede otro procedimiento diagnóstico, que seguro que sí, que requiere otras necesidades edificatorias, por lo tanto, estamos en un máximo de flexibilidad, pero además, estamos en un máximo de reducción de procesos, y ya no nos sirve el edificio que separa lo quirúrgico de lo médico, que separa las especialidades... "no mire usted, estamos hablando ya de otra cosa, que es el proceso".

Ya, el proceso de un cáncer de mama, requiere unir a un anestesista, a un anatomopatólogo, unir un radiólogo, unir a un cirujano, un ginecólogo, y se unen para hacer un proceso. Entonces, cada 20 años estamos necesitados de cambiar esas plantas, si no en la totalidad, sí en gran parte.

Mientras tanto, lo que esta pasando a otra industria, que puede ser la industria de la automoción, en la que para hacer un coche en menos tiempo, mas barato, necesita una flexibilidad en la planta, y hay que hacer una nueva planta para decir no nos sirve almusafer, hay que hacer una nueva, ¿porqué? porque el coche hay que componerlo, y ya no se fabrica de esta forma, se fabrica de esta otra. Esto nos esta pasando a los hospitales, encima los hospitales, hoy no tienen ni albergan papeles, empiezan a ser hospitales digitales en toda su totalidad.

Bueno, ¿Esto qué hace?, una nueva demanda, y ¿cómo son las nuevas demandas?. Algo hemos aprendido en Madrid de cuáles son las nuevas demandas. Primero: el Sistema Público, está muy cerca de las demandas de la sociedad, y cuando nos dicen: ¿Por qué una población de 150.000 habitantes quiere tener un hospital? Pues mire usted, quiere tener un hospital, como quiere tener en el caso de Madrid una puerta de metro, y hasta el acceso a una universidad, porque le da una razón de ser, y le da una identidad, el hospital se convierte en un centro de primera magnitud, y un centro cultural de primera magnitud, por lo tanto, nosotros que heredamos cuatro ciudades sanitarias en Madrid, las sufrimos, no somos capaces de tirarlas abajo, y las vamos transformando poquito a poco, pero hemos buscado edificios para 150.000 demandas de ciudadanos de 200.000 o 150.000 habitantes, que nos dan edificios de 60.000 ó 50.000 m<sup>2</sup> en el que aparecen todos los servicios, menos aquellos en los que pueden ser de referencia para todos los demás, que son 6 o 7 especialidades, y entonces, tenemos hospitales de 300 ó 400 camas, aunque los hospitales ya no se miden por camas, porque decimos que hay muchísima mas actividad.

En un régimen de ambulatorio de consultas, separado del edificio que no entra el flujo de las consultas por la edificación, y además de eso, genera una actividad útil porque no se cruzan los procesos, y podemos tener enfermos cuya consecución del producto hospitalario se consiga en 4 o 5 días, a lo mas tardar, y por lo tanto, reducimos costes y acercamos el hospital a la familia, y le acercamos al medico de cabecera, por tanto, ese encuentro entre el médico de cabecera, fundamental, aliena el proceso que empieza y termina en la casa del enfermo. El enfermo al final tiene que estar una vez en su vida 5 dias en el hospital, pero el resto está en su casa llevado por un médico y por una enfermería. Y en esa conjunción de yo como planificador, y Carlos Amaya como médico en el que se generan unas necesidades, nos puede decir cuales son las necesidades de los médicos en el momento actual, en esta concepción de los hechos.

### **RUTH SARABIA:**

Muchísimas gracias, Antonio, entonces si os parece pasamos a escuchar a Carlos, que también nos va a dar su visión sobre este mismo tema. Gracias.

### **DR. CARLOS AMAYA:**

Bueno, muchas gracias Ruth, y la verdad es que Antonio ha hablado durante los minutos que ha intervenido, sobre una situación cuyos resultados, es el que tenemos en la actualidad. Qué duda cabe, que la situación, es decir, cuando yo estaba viendo el video, he cogido en este caso la parte de la izquierda, y la parte de la derecha, como una estructura, desde el punto de vista urbanístico y de dispersión, y difusa, y si hay una estructura compacta y compleja, es un hospital.

Por los menos, el hospital que nosotros en estos momentos conocemos, el hospital, que duda cabe tiene factores positivo, es una estructura que genera empleo, que muchos países generan riqueza, y que fundamentalmente los que tienen o deben tener esa capacidad, y se ha visto en el video a través de las calles de Málaga, cómo se mueven, pues también tiene los ciudadanos, que decidir, en este modelo.

Como ha dicho en estos momentos, en el conjunto no solamente de la Unión Europea, sino el conjunto de los países que en estos momentos son punteros, o están a la vanguardia de la construcción, o diseño de hospitales, pues más o menos en base a lo que a dicho Antonio Burgueño, después centraremos un poco el tema, y lo centraremos en una situación que he tenido la curiosidad de ver un poco en Google, y en mapa vía satélite de Málaga, y he visto, como dice en el video, dónde están los hospitales, y dónde deberían de estar, ó dicen algunos que deberán estar, otro hospital u hospitales.

Hombre, la situación, yo creo sólo para centrarnos un poquito, yo creo que desde el punto de vista de la situación general, el punto de vista económico ya sabemos cual es, es una situación... y en España bastante compleja, pero bueno, ya se decidirá..., yo creo que en estos momentos está en la fase de..., en este caso de Málaga, de no equivocarse, o de no equivocarnos, yo creo que hay tiempo suficiente para verlo, y me baso en cifras o fechas que he podido leer en determinados artículos que han salido sobre el debate, que hay en Málaga sobre el famoso nuevo hospital o Macrohospital, o donde ubicarlo, si en el Este o en el Oeste, y qué hacer con lo que hay, etc...

Pues eso requiere un presupuesto, y ese presupuesto de lo que se está hablando ahora mismo, en números redondos es de unos 400.000 m. € millones de Euros, a ver que podemos hacer con la experiencia que ha habido en otros sitios con esos 400.000 m. de €. Con lo cual, yo creo que los factores económicos a la hora de decidir cuando exista esa disponibilidad económica, que ya se verá, y hay modelos y nuevas formas de gestión y construcción de estos hospitales, independientemente de la ideología política, porque un mismo partido que está gobernando Andalucía, ha hecho un hospital en Baleares con un modelo de concepción administrativa, es decir, cuando realmente se sale uno del debate político, y se analiza la situación, probablemente al tomar la decisión, o cuando uno decide realmente, toma decisiones de forma distinta a como realmente ha pensado, ha transmitido o a dicho en la campaña electoral, que espero que en esta próxima campaña, yo creo que en Málaga va a salir, si no sale, saldrá el debate del futuro de la asistencia hospitalaria en Málaga.

Bueno, he hablado del tema económico, por supuesto lleva implícito temas financieros, he hecho una pequeña introducción, pero hay algo que hablaremos luego, porque sería bueno, que los que estais ahí también participéis en esto, porque yo creo que es importante que se genere debate.

Por supuesto hay temas laborales, yo creo que el componente o la influencia en una estructura compleja, compacta y difusa hay que pensar, hay que decidir, que hay en torno a los 6.000 trabajadores en conjunto de las categorías, médicos, enfermeras, auxiliares, etc. hasta llegar al celador y al pinche de cocina. Lógicamente, debido a sus condiciones tienen, bueno, el derecho de negociar sus condiciones laborales a través de los sindicatos, no voy a hablar de los sindicatos, yo he pertenecido, y he sido líder de uno de ellos, sindicato profesional durante muchos años, y ha habido errores, y ha habido aciertos, pero el papel de los sindicatos en esta estructura también hay que tenerlo. Hay otro elemento que influye mucho en el gasto, y en el costo, y toma de decisiones, que son todos los temas judiciales, es decir, a veces el profesional que está delante de un paciente, y tiene la familia delante, tiene que decidir, y a veces, aunque haga lo que realmente dentro lo que es la medicina basa la evidencia, pues a veces ante la menor duda, en ocasiones, uno tiene dudas si pide pruebas complementarias o actúa en ese límite ante la posibilidad de una demanda judicial. Qué duda cabe, que hay influencias demográficas, y en Málaga, las hay, como para diseñar y plantear el hospital del futuro.

En estos momentos, los procesos, las propias enfermedades, y ya lo ha dicho Antonio, en ese resumen o paso histórico de lo que eran los hospitales, como centro de cobijo, prácticamente para la gente que iba a los hospitales a morir; ese concepto de hospital ha desaparecido, las propias enfermedades han desaparecido, ya veremos a ver en estos momentos, cual es el diseño y que tipo de propuestas se están haciendo para estos nuevos hospitales, y estos nuevos tratamientos de las nuevas enfermedades.

La incorporación de la tecnología de los avances tecnológicos en la medicina, hace que el propio diseño del hospital y la propia estructura del hospital, o por las que están diciendo, las modificaciones y reformas que hay que hacer, con los que tenemos de cara al futuro, hay que adaptarlos e incluso a la propia actualidad, y no quiero decir nada del diseño de los nuevos hospitales, un hospital de nueva creación.

Desde el punto de vista profesional, hay factores éticos y deontológicos que hay que tener en cuenta, y por supuesto ahora influye muchísimo a la hora de ubicar y diseñar dónde va a poner uno el hospital, que es la influencia, influencia me refiero a los cambios o a las alteraciones medioambientales, a la hora de ubicar un hospital.

Hay ejemplos, y diremos luego, o puedo decir algunos de ellos, para que sepáis y podamos a veces en el debate poder elegir. El macrohospital u hospital por encima de todo los que supere las 700 camas, prácticamente está ya desestimado en toda Europa; lo ha dicho Antonio, es decir, en estos momentos hemos pasado de una estructura vertical a una estructura más basal, una estructura más horizontal, ¿Por qué?, Porque realmente el área de hospitalización está disminuyendo, hay que darle acceso a toda el área de urgencia, que la urgencia es infinita, y me refiero a aquello que se crea, o genera, como área de urgencia, la experiencia dice que por muchos metros cuadrados que uno ponga, se saturan, es decir, prácticamente está pasando sobre todo, en un sistema como el nuestro, en donde cualquier persona, paciente, quiere pasar por la puerta de un hospital, y sin control de ningún tipo, y sin haber sido visto previamente por su médico de familia o su médico de cabecera, entrar en el hospital, y se lleva prácticamente lo que pasa en un centro de alta resolución, entra por la puerta, entra con una sintomatología, y sale con todas las pruebas hechas con el diagnóstico, tratamiento, y las indicaciones del proceso que tiene que hacer a partir de ahora.

Es una situación, como hemos dicho, bastante sujeta a debate. En este momento, el hospital, vamos a llamar un "Hospital ideal" que se está haciendo y que se está construyendo etc, y no hablo de un hospital de referencia con todas las unidades, porque realmente, en los Países Europeos, y España lo incluimos, en todos los estudios que hay, el 80 % de las enfermedades se reducen a enfermedades cardiovasculares, cáncer y crónicos.

Por supuesto, hay traumatismos, hay ernias, hay problemas de columna etc, el 80 % de esta patología está en esos tres apartados. Lógicamente tiene que haber hospitales de referencia para una determinada patología, que no tiene por que ser hospital de referencia, puede ser un centro como decimos en el artículo que escribimos en la revista "Occidente", puede ser un centro monográfico.

El futuro va a ser un centro integral monográfico, un centro integral oncológico, un centro integral geriátrico, un centro integral cardiovascular... ya veremos, es decir, pero ejemplos hay, y evidentes incluso en estos momentos, si uno tiene la curiosidad, y yo creo que los que estamos aquí las tenemos, de ver la prensa diaria y de ver ciertos avances que se están produciendo desde el punto de vista de aportaciones, no al profesional, sino al propio ciudadano, yo creo que aquí se abren expectativas desde el punto de vista profesional distintas. Entonces, volviendo al hospital "modelo" sería un hospital para unos 200.000 habitantes, estaríamos hablando de lo que a dicho Antonio, de una parcela, un terreno, unos 60.000m<sup>2</sup> ó una construcción en torno a los más o menos 40.000 o 45.000 m<sup>2</sup> bastante basal, con un área de hospitalización más bien escasa, o reducida, y con un costo que está rayando en estos momentos menos de 200.000 millones de €, es decir estaríamos hablando de 180 ó 175 mil millones de Euros, en este tipo de hospital.

Con lo cual, y ya podemos entrar si queréis, vamos a ver, en estos momentos en Málaga, ya sabéis, la oferta hospitalaria que tiene, y hablo de la pública, estos hospitales que en estos momentos pertenecen al Servicio Andaluz de Salud en la provincia de Málaga, y en este caso Málaga capital, su estructura, dentro de un plan funcional, se puede modificar, es decir, es adaptable, aunque son rígidas porque están construidas sobre una época que no se tenía ese concepto de flexibilidad, ¿Se puede adaptar? Primera pregunta ¿Son recuperables? Y eso lo tendrán que decir los técnicos. La ventaja en este caso, hoy lo ha dicho Antonio, es que a lo largo de estos años, estamos en un máster durante todo un curso, en donde nos juntamos, y yo creo que es bueno que haya encuentros de este tipo, arquitectos, ingenieros, médicos, gestores, economistas, es decir, que es un alumnado y un profesorado bastante variopinto, y entonces, bueno, incluso economistas de la salud también, con lo cual te permite tener esa visión.

Entonces, volviendo al caso de Málaga, esa es la primera pregunta que a lo mejor, yo no tengo la preparación suficiente, sí para ver si estos dos hospitales públicos pueden ser modificados y adaptados, para hacer una oferta, bueno, la que realmente se demanda por parte de los ciudadanos de Málaga. Creo que el macrohospital que se intenta, o que se ha propuesto construir en experiencias anteriores, en otras Comunidades Autónomas, creo que es error, como macrohospital e incluso mucho más su ubicación, yo creo que sería preferible, hacer un estudio técnico, no solamente desde el punto de vista medioambiental como los que a hecho OMAU, sino desde el punto de vista de necesidades en torno a la población de la zona.

En estos momentos por lo que yo he podido leer, la disponibilidad de parcela no estaría hasta el año 2014, es decir, estamos hablando ya de que si estamos en el 2012, venimos hablando desde el 2008, ha pasado un tiempo suficiente como por lo menos tener el suficiente soporte técnico para haber tomado una decisión primero, con lo que he dicho antes, los hospitales que hay, y sobre todo de cara a la propuesta de futuro.

Yo creo, que con estos dos hospitales que hay y "Carlos Haya" se mantiene como centro de referencia para otras patologías, que no pueden ser tratadas en hospitales de menor tamaño, sería el colocar uno en el Este de 400 camas y uno en el Oeste (En una segunda fase, por supuesto) de otras 400 camas en base al diseño y a la forma que hemos dicho. ¿Modelo? Pues el modelo, venimos hablando en el tren, como siempre Antonio y yo, estamos en debate permanente, venimos hablando del hospital universitario central de Asturias, el hospital universitario central de Asturias que es financiado con dinero del Gobierno del Principado de Asturias, ha tardado 22 años en construirse, y todavía no está inaugurado, está inaugurándose por partes etc, y que está sobredimensionado para una ciudad, y una Comunidad Autónoma como es Asturias, incluso el propio Oviedo. Otro hospital que está en funcionamiento y que es financiación también del Gobierno Autonómico, es el nuevo Hospital de la Fe de Valencia, ha tardado 7 años en construirse.

Antonio, con su responsabilidad, como Director General de Hospital de la Comunidad de Madrid, tiene la experiencia de que hay posibilidades de construir un hospital en un modelo PCI, en un modelo de concepción administrativa, 3 años, prácticamente una legislatura e incluso con participación, y es público, es decir, a nadie se le pide, al paciente o a la familia cuando va a este hospital, lo que quiere es que se le trate, que se le trate bien, un hospital puede ser bueno y puede ser malo, sea público o privado, pero no hay diferencias entre una sanidad pública o privada, yo creo que es una demagogia, que a veces se centra, que a muchísimos políticos le puede interesar, pero que a nosotros como profesionales, debemos de ver las cosas con otra claridad.



Ha habido un hospital que está en pleno funcionamiento en estos momentos en Madrid, que ha sido el traslado de cerrar un hospital y trasladarlo a otro, como ha sido el "Hospital de Puerta de Hierro" en Majalahonda, y ha sido una experiencia que yo creo que merece la pena estudiar, evaluar, y que puede ser equiparable y exportable a otras Comunidades Autónomas, en este caso incluso a una Provincia, como es Málaga.

Bueno, yo creo que no sé, no conozco el perfil de vosotros, si hay economistas, si hay arquitectos, si que hay un médico, porque lo conozco, no se si hay alguno más, y bueno..., yo creo que aquí estamos, creo que merece la pena que vosotros que habeis tenido el interés de venir a escucharnos y a oírnos, que nos llevemos, a ver si sacamos conclusiones, quiero decir, a veces se organizan plataformas y consejos y recogidas de firmas ect, y hay un tema muy importante que es el tema mediático, que también a veces tiene factores positivos, y factores negativos, yo creo que debemos de ser lo suficientemente, y tener suficiente sentido común, y la suficiente racionalidad, como para los que estamos aquí sacar la idea, irnos con una idea que podemos difundir, y al resto de muchísima gente para poder decir que viven en Málaga en estos momentos, un día como hoy Jueves, 9 de febrero del 2012, y sin saber cuando va a haber, y lo dejo en esa interrogación, porque yo creo que ninguno de los que estamos aquí y alguno de los que van a estar gobernando, lo van a saber, todo dependerá de las decisiones que se tomen o las que tengan que tomar, pero yo creo, que es muy importante, incluso lo mismo que ha hecho OMAU, ha hecho un informe de las influencias o factores medioambientales que pueda tener la construcción del nuevo hospital, en la zona "Los Asperones" que si no me equivoco, quieren construirlo ahí, la influencia medioambiental que puede tener en Málaga la construcción del hospital, ahí.

Yo creo, que el informe técnico que hay que valorar, y que hay que valorar mas cosas, y que hay expertos y gente que conoce, y profesionales, y gente que tiene que decidir y saber, porque al final de todo esto, el que mayor debe salir beneficiado de esto, y por acierto es el que menos decide, es el paciente.

A veces, incluso nosotros como médicos, nos resistimos (lo digo por experiencia profesional), a veces no comprendemos muchas decisiones que se toman en el diseño, la construcción o la reforma de un hospital, porque a veces, bueno, no se nos a consultado, y se reduce a eso cuando realmente, yo creo que es necesario, establecer el debate y el encuentro, y los desencuentros para por lo menos clarificarnos, y los que estamos aquí, sepamos realmente si somos capaces de lo que Málaga necesita, en aspecto de lo que hay, y lo que pueda tener en la oferta pública a los ciudadanos de Málaga.

## **RUTH SARABIA:**

Muchísimas gracias, Carlos y Antonio, yo pido un aplauso para nuestros dos ponentes, que se han desplazado desde Madrid, ahora con el ave, gracias a eso también, llegan mucho más rápido y cómodo, pero bueno por hacer una pequeña conclusión de lo que nos han ido contando, Antonio ha comenzado haciendo un magnífico recorrido por la historia de la sanidad en nuestro País, y lo que nos hemos encontrado desde hace muchísimos años, y ese modelo heredado de macrohospitales o ciudades hospitalarias, que vienen desde los años de la Dictadura, también, que al fin y al cabo, lo que quieren los ciudadanos es un servicio accesible, y que dota además de la propia infraestructura hospitalaria de identidad a la ciudad, que se está llevando a cabo un cambio de modelo de hospitales de tamaño medio, y con un cambio en la gestión de los mismos, en los tiempos de estancia, en el trabajo de los profesionales.

Así mismo, Carlos, nos ha comentado la capacidad económica que hace falta hoy en día para la construcción de lo que es el propio edificio, la incorporación también que se ha llevado a cabo en los últimos años de los avances tecnológicos que ha influido e influyen radicalmente, el diseño y la puesta en marcha de estos nuevos hospitales, las alteraciones medioambientales que bien sabemos, y conocemos, los que hemos tenido oportunidad de estudiar más a fondo, la investigación de OMAO respecto a todo esto, todas las alteraciones medioambientales para ubicar un hospital, los desplazamientos, y por lo tanto, por las emisiones de CO<sub>2</sub> a la atmósfera que hace, cuando hay que hacer desplazamientos más largos y demás. El modelo hacia el que se está tendiendo, que son los modelos de más de 700 camas, están obsoletos, y pasamos a otros modelos de tamaño más mediano, y luego que el futuro, estamos hablando de centros integrales monográficos con 40.000 m<sup>2</sup> contruidos, con un área de hospitalización escasa, y también viendo radicalmente de lo que a lo mejor tenemos todos en la cabeza, como lo que hemos venido viendo como modelo de hospitales en nuestro País, y que sin embargo, hacia lo que vamos, hacia ese futuro, es bien diferente.

A partir de aquí, yo creo que lo interesante es que abrámos las preguntas, el debate, las reflexiones con vosotros, con el público, y bueno, que nos hagáis llegar vuestros pensamientos respecto lo que nos han contado los dos ponentes, experiencias personales, o cualquier reflexión que esté relacionada con el tema que hoy nos atañe.

## **Horario de Trabajo**

Domingo día 4: Desde las 22.00h hasta las 23.00h.

Lunes día 5: Desde las 19.00h hasta las 21.00h

Martes día 6: Desde las 14.00 hasta las 16.15h

Miércoles día 7: desde las 16.00h hasta las 17.30h

Desde las 18.00 hasta las 22.00h

Total de Horas: 9 horas y 45 minutos.