

# Como serán o deberían ser los hospitales en el futuro

Antonio Zapatero Gaviria



Reial Acadèmia Europea de Doctors  
Real Academia Europea de Doctores  
Royal European Academy of Doctors

BARCELONA - 1914



Licenciado en Medicina y Cirugía Universidad Complutense Madrid 1981. Premio extraordinario de Licenciatura 1982. Doctor en Medicina y Cirugía Apto Cum Laude Universidad Complutense Madrid 1986. Especialista en Medicina Interna. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada desde 2004. Profesor Titular Interino Departamento de Medicina y Cirugía Universidad Rey Juan Carlos desde el 1 de noviembre de 2010.

Acreditado como Profesor Titular por la ANECA 2013.

Profesor Titular de Universidad plaza vinculada de la Universidad Rey Juan Carlos del Area de conocimiento de Medicina, especialidad Medicina Interna adscrito al departamento de Medicina y Cirugía. Centro: Hospital Universitario de Fuenlabrada con fecha 16 de Julio de 2019.

Reconocidos 3 sexenios de investigación por ANECA

Profesor de Cursos de Doctorado Universidad Rey Juan Carlos . Ponente en Cursos de verano de Universidad Complutense. Profesor en diferentes Master de postgrado: Direccion de Unidades Clínicas, Enfermedades crónicas, Diabetes, etc. Coordinador del grado de Medicina en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Director 8 tesis doctorales y 51 trabajos Fin de Master.

Experto Universitario en Gestion Clinica UNED. Master en Enfermedades Crónicas. Subdirector médico Hospital General de Mostoles diciembre 1998-diciembre 2001. Director Gerente de la Fundacion Hospital Alcorcon octubre 2003-abril 2004. Director Médico Hospital Universitario de Fuenlabrada octubre 2014 hasta mayo 2020. Director Hospital IFEMA marzo-abril 2020. Viceconsejero de Salud Pública y Plan COVID-19 Consejería Sanidad Madrid desde el 15 de mayo 2020. Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Publica desde Julio 2021 en Consejería de Sanidad hasta 29 de septiembre 2022. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna desde noviembre 2016 hasta noviembre de 2018. Presidente de FACME desde diciembre 2019 hasta diciembre 2020. 90 publicaciones en revistas extranjeras y 132 en nacionales. 81 Comunicaciones a Congresos Internacionales y 365 nacionales. Autor de capítulos de libro Índice H 35 con 1960 citas desde 2019 (3510 citas totales).

Consultado Google Scholar octubre 2024.





# **Como serán o deberían ser los hospitales en el futuro**

Excmo. Sr. Dr. Antonio Zapatero Gaviria



# Como serán o deberían ser los hospitales en el futuro

Discurso de ingreso en la Real Academia Europea de Doctores, como  
Académico Numerario, en el acto de su recepción  
el 4 de diciembre, de 2024

por el

**Excmo. Sr. Dr. Antonio Zapatero Gaviria**

Doctor en Medicina y Cirugía

y contestación del Académico de Número

**Excmo. Sr. Dr. Aldo Olcese Santonja**

Doctor en Economía Financiera

**COLECCIÓN REAL ACADEMIA EUROPEA DE DOCTORES**



Reial Acadèmia Europea de Doctors  
Real Academia Europea de Doctores  
Royal European Academy of Doctors

BARCELONA - 1914

[www.raed.academy](http://www.raed.academy)

© Antonio Zapatero Gaviria  
© Real Academia Europea de Doctores

La Real Academia Europea de Doctores, respetando como criterio de autor las opiniones expuestas en sus publicaciones, no se hace ni responsable ni solidaria.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del “Copyright”, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella mediante cualquier medio o préstamo público.

Producción Gráfica: Ediciones Gráficas Rey, S.L.

Impreso en papel offset blanco Superior por la Real Academia Europea de Doctores.

ISBN: 978-84-09-66206-7

D.L: B 19965-2024

Impreso en España –Printed in Spain- Barcelona

Fecha de publicación: diciembre 2024



*A mi hermano José que siempre me acompañó y ayudó*



## ❖ SALUDOS, AGRADECIMIENTOS Y PRESENTACION

En primer lugar, me gustaría agradecer a todos los miembros de la Real Academia de Doctores (RAED) que mediante su Comité de Nominación me hayan dado la oportunidad de ser académico de número de esta prestigiosa institución.

Mi agradecimiento al Excmo. Dr. Don Aldo Olcese Santonja, por su amistad, académico, intelectual, directivo y consejero, es un profesional multifacético y comprometido con la modernización económica, destacado referente en responsabilidad social corporativa y un pionero en España en la defensa del capitalismo humanista, entendido como la búsqueda del bien general desde el interés privado y por su compromiso al aceptar el discurso de contestación a mi presentación.

Y también mi agradecimiento a mi familia, a Raquel compañera de tantos años que siempre me ayudó a intentar hacer mejor las cosas abriéndome nuevos horizontes, a mi madre pilar fundamental en mi vida, mis hermanos José (al que echamos tanto de menos), Milagros, Jesus Julio y Nati, y a todos mis amigos con los que comparto este viaje tan apasionante y a veces difícil, que es la vida.





# ÍNDICE

<b>SALUDOS, AGRADECIMIENTOS Y PRESENTACION .....</b>	<b>9</b>
<b>DISCURSO DE INGRESO .....</b>	<b>13</b>
<b>BREVE INTRODUCCIÓN HISTÓRICA .....</b>	<b>13</b>
La Salud en la Antigüedad Primitiva.....	13
El Desarrollo de la Medicina en las Civilizaciones Antiguas.....	14
El Surgimiento de la Medicina Científica en Grecia.....	15
La Medicina en Roma y el Legado de Galeno.....	16
La Influencia de la Medicina en la Edad Media y el Renacimiento.....	16
<b>PRIMEROS “HOSPITALES” .....</b>	<b>19</b>
Los Primeros Centros de Cuidado en la Antigüedad.....	19
La Fundación de los Primeros Hospitales en el Mundo Islámico.....	20
La Influencia del Cristianismo en la Europa Medieval .....	20
La Fundación de Hospitales en la Península Ibérica.....	21
El Papel de las Mujeres en la Fundación de Hospitales.....	22
La Evolución de los Hospitales hacia la Modernidad .....	22
<b>SITUACIÓN ACTUAL .....</b>	<b>25</b>
Evolución del Marco Normativo y su Impacto en la Gestión Hospitalaria..	25
Desafíos de un Modelo Vertical y Burocrático .....	26
La Fragmentación en la Atención y la Crónica Insatisfacción de los Pacientes.....	27
La Crisis de Urgencias y la Hospitalización Innecesaria.....	28
Necesidad de un Cambio en el Modelo Asistencial .....	29
<b>PROCESOS CLÍNICOS Y RETOS DEL SIGLO XXI.....</b>	<b>31</b>
El Auge de las Enfermedades Crónicas y la Multimorbilidad .....	31
La Insuficiencia del Modelo Hospitalario Tradicional .....	32
El Desafío de la Medicina Fragmentada.....	32
Necesidades Especiales de los Pacientes Crónicos Complejos y Geriátricos Frágiles .....	33
La importancia de la Atención Domiciliaria y la Telemedicina.....	34
Retos y Oportunidades en la Reforma del Sistema Hospitalario.....	35

<b>DATOS Y CIFRAS .....</b>	<b>37</b>
La Carga Global de las Enfermedades no Transmisibles .....	37
El Impacto Desproporcionado en Países de Ingresos Medios y Bajos .....	38
Principales Causas de Muerte por Enfermedades no Transmisibles.....	39
Factores de Riesgo y Prevención de Enfermedades no Transmisibles .....	40
Hacia un Enfoque Integral para Enfrentar las Enfermedades no Transmisibles.....	41
<b>PROYECTO HOSPITAL DEL FUTURO.....</b>	<b>43</b>
Antecedentes y Necesidad de Reforma.....	43
Elementos Clave del Proyecto Hospital del Futuro .....	44
Implementación del Proyecto en el Contexto Español.....	46
El Futuro del Hospital del Futuro.....	47
<b>ENTORNO EPIDEMIOLÓGICO Y RETOS DEL ENVEJECIMIENTO ..</b>	<b>49</b>
El Impacto del Envejecimiento en la Salud Pública.....	49
Desafíos de la Fragilidad y la Multimorbilidad.....	50
El Problema de la Soledad y el Aislamiento Social .....	50
La necesidad de un Enfoque Preventivo y Comunitario.....	51
Estrategias nacionales para enfrentar el envejecimiento .....	52
<b>MEDICINA DE ALTO VALOR Y PROPUESTAS PARA EL HOSPITAL DEL FUTURO.....</b>	<b>55</b>
El Enfoque en la Eficiencia y la Eficacia.....	55
Desinversión en Prácticas de Bajo Valor.....	56
Medicina Personalizada y Centrada en el Paciente .....	56
Promoción de la Innovación y la Investigación Clínica .....	57
Educación y Formación Continuada para Profesionales de la Salud .....	58
Colaboración Interdisciplinaria y Multisectorial .....	58
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>61</b>
Una Llamada a la Innovación y la Integración .....	61
El Enfoque en la Prevención y la Atención Comunitaria.....	62
La Necesidad de una Medicina de Alto Valor.....	62
Desafíos y Oportunidades en el Futuro .....	63
<b>REFLEXIÓN FINAL .....</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>67</b>
<b>DISCURSO DE CONTESTACIÓN.....</b>	<b>71</b>
<b>Publicaciones de la Real Academia Europea de Doctores.....</b>	<b>83</b>

## ❖ BREVE INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Desde tiempos inmemoriales, la preocupación por la salud ha sido una constante en la evolución de la humanidad. Desde los albores de la civilización, el ser humano ha estado en una lucha continua por mantener una integridad física y espiritual que le permita sobrevivir y prosperar en su entorno. La relación entre el hombre y la salud no solo ha sido vital para su desarrollo, sino que también ha moldeado gran parte de su cultura y sus creencias.

### **La Salud en la Antigüedad Primitiva**

En las sociedades primitivas, la enfermedad era vista como un fenómeno inexplicable, un misterio que a menudo se atribuía a fuerzas sobrenaturales. Para el hombre primitivo, el sufrimiento físico o mental no era simplemente un fallo del cuerpo, sino una manifestación de la ira de los dioses o de la influencia de espíritus malignos. En este contexto, el papel del curandero o chamán era crucial. Estos primeros “médicos” actuaban como intermediarios entre el mundo de los vivos y el mundo espiritual, utilizando rituales, amuletos, y oraciones para restaurar la salud.

El concepto de salud en estas sociedades estaba intrínsecamente ligado a la magia y la religión. El tratamiento de las enfermedades no solo involucraba curas físicas, sino también espirituales, con la creencia de que la mente y el cuerpo estaban profundamente interconectados. Este enfoque holístico de la medicina, aunque rudimentario, establece las bases para las futuras prácti-

cas médicas que incorporarían tanto aspectos físicos como psicológicos en la curación.

## **El Desarrollo de la Medicina en las Civilizaciones Antiguas**

A medida que las sociedades evolucionaron y se volvieron más complejas, también lo hizo su comprensión de la enfermedad y la salud. Las grandes civilizaciones del mundo antiguo, como Mesopotamia, Egipto, China e India, comenzaron a desarrollar sistemas de salud más estructurados. En Mesopotamia, por ejemplo, se creía que la enfermedad era un castigo de los dioses por los pecados cometidos, y los textos médicos como el Código de Hammurabi detallaban procedimientos quirúrgicos, sanciones para los errores médicos, y las primeras descripciones de enfermedades.

En el Antiguo Egipto, la medicina estaba estrechamente vinculada con la religión. Los médicos egipcios, que a menudo eran sacerdotes, combinaban técnicas médicas prácticas con rituales religiosos. Los egipcios son conocidos por su meticulosa práctica de la momificación, un proceso que les permitió adquirir un vasto conocimiento de la anatomía humana. Los papiros médicos como el Papiro Ebers, uno de los tratados médicos más antiguos que se conocen, revelan un sofisticado conocimiento de enfermedades y remedios, que incluían desde el uso de hierbas hasta complejas intervenciones quirúrgicas.

En la India, los textos védicos sentaron las bases de la medicina ayurvédica, un sistema que aún hoy sigue siendo relevante. La Ayurveda se basa en el equilibrio de los tres doshas (vata, pitta y kapha), que representan las energías fundamentales de la naturaleza y el cuerpo humano. La salud, según la Ayurveda, es el resultado de un equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíri-



tu, y las enfermedades se tratan mediante una combinación de dieta, hierbas medicinales, yoga, y rituales espirituales.

China también desarrolló una medicina avanzada en la antigüedad, con la acupuntura y la fitoterapia como pilares fundamentales. La Medicina Tradicional China (MTC) se basa en la teoría del yin y yang, los cinco elementos, y el flujo de energía vital (qi) a través de los meridianos del cuerpo. Este enfoque integral se ha mantenido en uso durante milenios, y sigue siendo una parte vital de la medicina contemporánea en Asia.

### **El Surgimiento de la Medicina Científica en Grecia**

Sin embargo, fue en la antigua Grecia donde la medicina comenzó a alejarse de sus raíces mágico-religiosas y a evolucionar hacia una ciencia empírica. Hipócrates de Cos, a quien se le atribuye la “paternidad” de la medicina moderna, promovió una medicina basada en la observación y el razonamiento lógico. Hipócrates enseñaba que la enfermedad era un desequilibrio de los cuatro humores (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema) y que el tratamiento debía centrarse en restaurar este equilibrio mediante una dieta adecuada, ejercicio, y técnicas de purificación como las sangrías.

La Escuela de Alejandría, durante la época helenística, se convirtió en un centro de estudio médico donde se realizaron las primeras disecciones humanas documentadas, lo que permitió un conocimiento más profundo de la anatomía y fisiología humanas. Erasístrato y Herófilo, dos de los médicos más destacados de esta escuela, realizaron descubrimientos fundamentales sobre el sistema nervioso y la circulación sanguínea, que sentaron las bases de la anatomía moderna.

## **La Medicina en Roma y el Legado de Galeno**

Con la expansión del Imperio Romano, la medicina griega se fusionó con las prácticas locales y se difundió por todo el imperio. Los romanos eran pragmáticos, y su enfoque de la medicina reflejaba esta actitud. Aunque adoptaron muchas ideas de los griegos, también pusieron un gran énfasis en la higiene pública, construyendo acueductos, baños públicos y sistemas de alcantarillado para mejorar la salud pública.

Galeno de Pérgamo, un médico griego que trabajó en Roma, fue una figura clave en la medicina antigua. Sus escritos, que combinaron la teoría hipocrática con sus propias observaciones, dominaron el pensamiento médico durante más de mil años. Galeno realizó estudios detallados de anatomía a través de la disección de animales y escribió extensamente sobre temas como la función de los órganos, la patología y la farmacología. Sus ideas formaron la base de la medicina occidental hasta bien entrada la Edad Media.

## **La Influencia de la Medicina en la Edad Media y el Renacimiento**

Con la caída del Imperio Romano, Europa entró en un período de estancamiento científico, conocido como la Edad Media. Sin embargo, durante este tiempo, la medicina floreció en otras partes del mundo, especialmente en el mundo islámico. Médicos como Avicena y Al-Razi hicieron importantes contribuciones, no solo preservando los conocimientos de los antiguos griegos y romanos, sino también avanzando en áreas como la cirugía, la oftalmología y la farmacología.

El Renacimiento marcó un renacimiento de la ciencia y la medicina en Europa. El redescubrimiento de los textos clásicos,

junto con la invención de la imprenta, permitió una rápida difusión del conocimiento médico. Durante este período, figuras como Andreas Vesalio, quien publicó “De humani corporis fabrica”, revolucionaron el estudio de la anatomía humana a través de la disección directa. Vesalio corrigió muchos de los errores anatómicos de Galeno, basando sus descubrimientos en la observación directa del cuerpo humano.

La expansión de la ciencia empírica durante el Renacimiento preparó el camino para el desarrollo de la medicina moderna, que continuaría evolucionando a lo largo de los siglos, llevando a avances significativos en todas las áreas de la salud y el bienestar.





## ❖ PRIMEROS “HOSPITALES”

La historia de los hospitales es una historia de evolución y adaptación a las necesidades sociales, religiosas y médicas de cada época. Aunque el concepto moderno de hospital como una institución dedicada a la atención médica integral es relativamente reciente, las primeras formas de asistencia a los enfermos y necesitados se remontan a las antiguas civilizaciones.

### **Los Primeros Centros de Cuidado en la Antigüedad**

En la antigüedad, el cuidado de los enfermos solía estar asociado a templos y lugares de culto, donde los sacerdotes o chamanes ofrecían no solo tratamiento médico, sino también consuelo espiritual. En el Antiguo Egipto, por ejemplo, los templos de Imhotep, considerado el primer médico de la historia, eran lugares donde se trataba a los enfermos a través de una combinación de prácticas médicas y rituales religiosos. Asimismo, en Mesopotamia, los templos dedicados a los dioses como Niggizida, dios de la curación, funcionaban como los primeros centros de sanación.

En la India, desde tiempos védicos, los templos y monasterios brindaban refugio y atención a los enfermos y heridos. La medicina ayurvédica, que se desarrolló en estos contextos, se basaba en la creencia de que la salud era el resultado del equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu. Los monasterios budistas también desempeñaron un papel crucial en el cuidado de los enfermos, con el concepto de la compasión (karuna) como un principio rector que impulsaba a los monjes a brindar atención a los necesitados.

## **La Fundación de los Primeros Hospitales en el Mundo Islámico**

Con el surgimiento del Islam, se establecieron las primeras instituciones que se asemejan más a los hospitales modernos. Durante la Edad de Oro del Islam, entre los siglos VIII y XIII, se construyeron hospitales en ciudades como Bagdad, Damasco y El Cairo. Estos hospitales, conocidos como “bimaristanes,” no solo atendían a los enfermos, sino que también funcionaban como centros de enseñanza para estudiantes de medicina.

El Bimaristán de Bagdad, fundado en el siglo IX bajo el califato de Harún al-Rashid, es uno de los ejemplos más destacados. Este hospital incluía áreas separadas para diferentes tipos de enfermedades, como la medicina interna, la cirugía y la psiquiatría, y proporcionaba atención gratuita a todos los pacientes, independientemente de su origen social o religioso. El Bimaristán de Damasco, otro hospital notable, introdujo innovaciones como la existencia de farmacias dentro del hospital, donde los médicos y estudiantes podían aprender sobre la preparación y uso de medicamentos.

## **La Influencia del Cristianismo en la Europa Medieval**

En Europa, la expansión del cristianismo trajo consigo una nueva perspectiva sobre el cuidado de los enfermos. La creencia en el valor redentor del sufrimiento y la caridad como un deber cristiano llevó a la fundación de numerosos hospitales, muchos de los cuales estaban asociados a monasterios y catedrales. Estos hospitales medievales, aunque rudimentarios, ofrecían refugio a los pobres, peregrinos y enfermos, y eran dirigidos en su mayoría por órdenes religiosas.

Un ejemplo destacado es el Hospital de San Juan en Jerusalén, fundado por los Caballeros Hospitalarios en el siglo XI durante las Cruzadas. Este hospital proporcionaba atención a los peregrinos cristianos que llegaban a la Tierra Santa, y contaba con una estructura organizativa avanzada, con secciones dedicadas a diferentes enfermedades y una administración rigurosa que aseguraba el abastecimiento de medicamentos y alimentos.

En el siglo XII, se fundó el Hôtel-Dieu de París, uno de los hospitales más antiguos de Europa que sigue en funcionamiento. Este hospital, situado en la Île de la Cité, fue inicialmente una institución benéfica dedicada a la atención de los pobres, pero con el tiempo se convirtió en un importante centro médico. La organización y el cuidado de los pacientes en el Hôtel-Dieu influenciaron la fundación de otros hospitales en toda Europa.

### **La Fundación de Hospitales en la Península Ibérica**

En la península ibérica, la tradición hospitalaria también tiene raíces profundas. Durante la época visigoda, se fundó uno de los primeros hospitales en España, en la ciudad de Mérida, bajo la dirección del obispo Masona en el año 580 d.C. Este hospital, conocido como “xenodochium”, era una combinación de posada y hospital, diseñado para proporcionar refugio y atención médica tanto a peregrinos como a la población local.

Durante la Reconquista, con el avance cristiano en la península, se fundaron numerosos hospitales a lo largo de las rutas de peregrinación a Santiago de Compostela. Uno de los más importantes fue el Hospital Real de Santiago, fundado en el siglo XV por los Reyes Católicos, que servía tanto a los peregrinos como a los pobres y enfermos de la región. Este hospital, que luego se convirtió en un símbolo de la hospitalidad cristiana,

sentó las bases para la red hospitalaria que se desarrollaría en España durante los siglos posteriores.

## **El Papel de las Mujeres en la Fundación de Hospitales**

Es imposible hablar de la historia de los hospitales sin reconocer el papel crucial de las mujeres en su fundación y gestión. En la antigüedad y la Edad Media, mujeres como Fabiola de Roma desempeñaron un papel fundamental en la creación de instituciones para el cuidado de los enfermos. Fabiola, una noble romana del siglo IV, es recordada por haber fundado uno de los primeros hospitales en Roma, donde se dedicó personalmente al cuidado de los enfermos y necesitados. Su ejemplo inspiró a muchas otras mujeres de la aristocracia romana a seguir su camino, contribuyendo a la expansión de la red hospitalaria en el Imperio Romano.

En la Edad Media, las abadesas y monjas también fueron fundamentales en la gestión de los hospitales monásticos, que no solo ofrecían atención médica, sino que también se convirtieron en centros de conocimiento médico. Las órdenes religiosas femeninas, como las Hermanas de la Caridad, establecidas en el siglo XVII, continuaron esta tradición, jugando un papel esencial en la provisión de cuidados durante la modernidad temprana y más allá.

## **La Evolución de los Hospitales hacia la Modernidad**

Con el tiempo, los hospitales comenzaron a evolucionar desde simples lugares de caridad hacia instituciones médicas más especializadas. En el Renacimiento, la influencia de la medicina científica comenzó a transformar estos lugares en centros donde la formación médica y la investigación empezaron a ganar importancia. La fundación de hospitales en las colonias euro-



peas en América, Asia y África durante la expansión colonial europea también exportó estas ideas, aunque a menudo de manera desigual y con el propósito de atender tanto a los colonos como a las poblaciones locales.





## ☒ SITUACIÓN ACTUAL

El sistema hospitalario actual en España ha recorrido un largo camino desde la implementación de las primeras normativas legales que regularon su funcionamiento. La estructura y organización de los hospitales han evolucionado para adaptarse a los cambios en las necesidades de salud de la población y a los avances en la medicina, aunque no sin enfrentar desafíos significativos en el camino.

### **Evolución del Marco Normativo y su Impacto en la Gestión Hospitalaria**

La normativa que regula el funcionamiento de los hospitales en España se estableció formalmente en 1987 con la publicación del Real Decreto 521/1987. Este decreto fue un hito, ya que definió la estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el entonces Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), en un contexto donde la gestión pública de los servicios sanitarios era cada vez más compleja. Inspirada en las corrientes “gerencialistas” de la época, esta normativa introdujo un modelo de gestión piramidal encabezado por un gerente, con tres direcciones principales: médica, de enfermería y de gestión. Este modelo buscaba centralizar la toma de decisiones y optimizar la administración hospitalaria para hacer frente a los crecientes desafíos de la atención sanitaria.

Sin embargo, este modelo no otorgaba autonomía a los hospitales, manteniéndolos como centros de gasto dentro del INSALUD. Esto significaba que los hospitales no tenían control sobre sus presupuestos ni podían tomar decisiones estratégi-

cas de manera independiente, lo que limitaba su capacidad de adaptarse rápidamente a las necesidades locales y de innovar en la gestión de los recursos.

La publicación del Real Decreto 571/1990 complementó la reforma al adscribir los ambulatorios de especialidades a los hospitales de sus respectivas áreas sanitarias. Esta medida pretendía mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención y facilitar el acceso a los servicios especializados, integrando la atención primaria y hospitalaria en un único marco organizativo. Sin embargo, aunque esta estructura ha prevalecido en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) hasta hoy, ha demostrado ser insuficiente para abordar los desafíos emergentes.

### **Desafíos de un Modelo Vertical y Burocrático**

Después de casi 40 años de funcionamiento bajo este modelo, se ha evidenciado que, aunque inicialmente proporcionó una estructura organizativa sólida, con el tiempo ha fomentado un enfoque excesivamente vertical y burocrático. Esta burocratización ha tenido varias consecuencias negativas. Por un lado, ha generado una falta de comunicación efectiva entre los diferentes niveles de la estructura hospitalaria, creando una desconexión entre la dirección, los profesionales sanitarios y los pacientes.

Esta desconexión se manifiesta en varios aspectos. Los procesos de comunicación, tanto de arriba hacia abajo como de abajo hacia arriba, son lentos y a menudo ineficaces, lo que impide una respuesta rápida a los problemas que surgen en el día a día de la atención sanitaria. Además, la organización impersonal que resulta de este modelo puede llevar a que los profesionales de la salud se sientan desvinculados del proceso de toma de decisiones, lo que a su vez dificulta la innovación y la implementación de mejoras en la atención al paciente.

Un ejemplo claro de esta problemática es la dependencia excesiva de instrucciones políticas, lo que puede hacer que las decisiones clínicas se vean influenciadas por consideraciones externas al ámbito sanitario. Esto no solo crea resistencia entre los profesionales, quienes a menudo se sienten frustrados por la interferencia en su labor, sino que también afecta la calidad de la atención que reciben los pacientes. La planificación de arriba hacia abajo, sin la participación activa de los profesionales en la toma de decisiones, ha demostrado ser ineficaz para enfrentar los complejos desafíos de la atención sanitaria moderna.

### **La Fragmentación en la Atención y la Crónica Insatisfacción de los Pacientes**

Uno de los problemas más graves que enfrentan los hospitales bajo este modelo es la fragmentación en la atención, especialmente para los pacientes con enfermedades crónicas, que constituyen una proporción cada vez mayor de la población atendida. Estos pacientes a menudo requieren la intervención de múltiples especialistas, lo que puede llevar a una atención descoordinada y fragmentada. La falta de un enfoque integral y coordinado en la atención médica puede resultar en una serie de complicaciones adicionales, que no solo afectan la salud del paciente, sino que también sobrecargan el sistema de salud.

Esta fragmentación en la atención se traduce en una multiplicidad de visitas a diferentes especialistas, lo que incrementa la carga para el paciente y para el sistema hospitalario. Los pacientes a menudo experimentan inestabilidad clínica debido a la falta de comunicación y coordinación entre los profesionales que los atienden. Además, la dificultad de comprensión y comunicación entre los pacientes y los profesionales puede llevar a malentendidos, errores en el tratamiento y una mayor insatisfacción con el servicio recibido.

Otro problema derivado de esta fragmentación es la realización excesiva de pruebas diagnósticas. Sin una coordinación adecuada, los pacientes pueden ser sometidos a pruebas repetitivas e innecesarias, lo que no solo aumenta los costos, sino que también puede causar angustia y molestias innecesarias para el paciente. Además, la polifarmacia y la baja adherencia a los tratamientos son comunes en estos contextos, ya que los pacientes reciben prescripciones de múltiples especialistas sin una adecuada supervisión o coordinación. Esto puede llevar a interacciones medicamentosas peligrosas y a una mayor incidencia de efectos secundarios, afectando la calidad de vida del paciente.

### **La Crisis de Urgencias y la Hospitalización Innecesaria**

La crisis en los servicios de urgencias es otro síntoma de los problemas estructurales del sistema hospitalario. La fragmentación y falta de coordinación en la atención primaria y especializada a menudo resultan en una frecuentación excesiva de los servicios de urgencias. Los pacientes que no reciben una atención adecuada y continua en el nivel ambulatorio recurren a las urgencias como una solución a sus problemas de salud, lo que sobrecarga estos servicios y dificulta la atención a los casos verdaderamente urgentes.

Esta situación también está relacionada con la alta tasa de hospitalizaciones evitables. La falta de un seguimiento adecuado y la atención fragmentada resultan en complicaciones que podrían haberse prevenido con una atención más coordinada y centrada en el paciente. Las hospitalizaciones innecesarias no solo aumentan los costos para el sistema de salud, sino que también exponen a los pacientes a riesgos adicionales, como infecciones nosocomiales y complicaciones derivadas de la estancia prolongada en el hospital.

## **Necesidad de un Cambio en el Modelo Asistencial**

A medida que avanzamos en el siglo XXI, es evidente que el modelo actual de gestión hospitalaria no es sostenible. El envejecimiento de la población, junto con el aumento de las enfermedades crónicas y la creciente demanda de servicios de salud, requiere una reforma profunda del sistema hospitalario. Es necesario adoptar un enfoque más flexible y adaptable, que permita a los hospitales responder de manera más efectiva a las necesidades de los pacientes y mejorar la calidad de la atención.

Un cambio hacia un modelo de gestión descentralizado, que otorgue mayor autonomía a los hospitales y promueva la participación activa de los profesionales de la salud en la toma de decisiones, podría ser una solución viable. Además, es crucial desarrollar estrategias que promuevan la coordinación entre los diferentes niveles de atención y que integren de manera efectiva la atención primaria, especializada y hospitalaria. Esto no solo mejoraría la eficiencia del sistema, sino que también garantizaría que los pacientes reciban una atención más personalizada y de mayor calidad.

La implementación de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) también podría jugar un papel crucial en esta transición. La telemedicina, los registros electrónicos de salud y las plataformas de gestión de casos podrían facilitar la coordinación y el seguimiento de los pacientes, reduciendo la fragmentación en la atención y mejorando la experiencia del paciente. Sin embargo, para que estas herramientas sean efectivas, es necesario un cambio cultural en la gestión hospitalaria, que valore la innovación y la colaboración interprofesional.







## ❖ PROCESOS CLÍNICOS Y RETOS DEL SIGLO XXI

A medida que la medicina ha avanzado y la esperanza de vida ha aumentado, los hospitales se han visto obligados a enfrentar desafíos cada vez más complejos, especialmente relacionados con la atención de enfermedades crónicas y la gestión de comorbilidades en pacientes de edad avanzada. El modelo hospitalario actual, diseñado principalmente para abordar episodios agudos de enfermedad, ha demostrado ser insuficiente para manejar las necesidades de una población envejecida con condiciones de salud cada vez más complicadas.

### **El Auge de las Enfermedades Crónicas y la Multimorbilidad**

Uno de los mayores retos del sistema sanitario en el siglo XXI es el manejo de las enfermedades crónicas, que han superado a las enfermedades infecciosas como la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel global. Las enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y el cáncer, no solo afectan a millones de personas en todo el mundo, sino que también imponen una carga significativa sobre los sistemas de salud debido a su naturaleza prolongada y la necesidad de un seguimiento constante.

Además, la multimorbilidad —la presencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo— es cada vez más común, especialmente entre las personas mayores. Esta situación complica aún más la atención médica, ya que los pacientes con multimorbilidad a menudo requieren intervenciones de

múltiples especialistas, lo que puede conducir a una atención fragmentada y a un aumento en la probabilidad de interacciones medicamentosas adversas. La gestión de estos pacientes complejos requiere un enfoque integral y coordinado que actualmente no se encuentra completamente desarrollado en muchos hospitales.

### **La Insuficiencia del Modelo Hospitalario Tradicional**

El modelo hospitalario tradicional, que se centra en la atención a episodios agudos, no está bien equipado para manejar las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas y multimorbilidad. En lugar de proporcionar una atención continua y coordinada, este modelo tiende a fragmentar el cuidado, dividiendo la responsabilidad entre varios especialistas y departamentos, lo que puede llevar a inconsistencias en el tratamiento y a una falta de continuidad en la atención.

Los pacientes con enfermedades crónicas a menudo se encuentran en un ciclo continuo de consultas médicas, pruebas diagnósticas, hospitalizaciones y visitas a urgencias. Este enfoque fragmentado no solo es ineficiente, sino que también es costoso y puede resultar en una atención subóptima para el paciente. Por ejemplo, un paciente con diabetes, hipertensión y enfermedad cardíaca podría ser atendido por un endocrinólogo, un cardiólogo y un nefrólogo, cada uno de los cuales puede prescribir tratamientos diferentes sin una coordinación adecuada, lo que aumenta el riesgo de polifarmacia y efectos secundarios adversos.

### **El Desafío de la Medicina Fragmentada**

La medicina fragmentada es uno de los mayores problemas del sistema hospitalario actual, especialmente para los pacientes

crónicos complejos y los geriátricos frágiles. Estos pacientes, que constituyen una proporción significativa de las admisiones hospitalarias, requieren una atención que no solo aborde sus múltiples condiciones, sino que también tenga en cuenta su fragilidad física y cognitiva, su entorno social y sus necesidades emocionales.

La fragmentación en la atención se manifiesta en múltiples aspectos. Por un lado, la falta de comunicación entre los diferentes especialistas y equipos médicos puede llevar a la duplicación de pruebas diagnósticas, a la prescripción de medicamentos que interactúan negativamente entre sí, y a la realización de tratamientos que no están alineados con las preferencias y objetivos del paciente. Por otro lado, los pacientes y sus familias a menudo se sienten perdidos en el sistema, sin un punto de contacto claro que les ofrezca orientación y apoyo a lo largo de su trayectoria de cuidado.

El código ictus y el código infarto son ejemplos de cómo la fragmentación en la atención puede tener consecuencias graves para la salud del paciente. Estos protocolos están diseñados para proporcionar una respuesta rápida y coordinada en casos de accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos, respectivamente. Sin embargo, cuando estos protocolos no se aplican de manera coordinada, especialmente en pacientes con comorbilidades o fragilidad, los resultados pueden ser menos favorables, con un aumento en la mortalidad y la morbilidad.

### **Necesidades Especiales de los Pacientes Crónicos Complejos y Geriátricos Frágiles**

Los pacientes crónicos complejos y los geriátricos frágiles requieren un enfoque de atención que vaya más allá del tratamiento de sus condiciones médicas individuales. Estos pa-

cientes a menudo tienen una capacidad reducida para tolerar intervenciones médicas agresivas, y sus objetivos de cuidado pueden incluir no solo la prolongación de la vida, sino también la mejora de la calidad de vida, la preservación de la autonomía y el alivio del sufrimiento.

La atención a estos pacientes debe ser multidisciplinaria, involucrando a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas y otros profesionales de la salud que puedan abordar sus necesidades de manera holística. Además, es esencial que los hospitales adopten un enfoque centrado en el paciente, en el que se valore la participación activa del paciente y su familia en la toma de decisiones sobre su tratamiento.

El desarrollo de programas específicos para la atención a los pacientes geriátricos, como las unidades de agudos geriátricos o las clínicas de fragilidad, ha demostrado ser eficaz en la reducción de las hospitalizaciones, la mejora de los resultados clínicos y la satisfacción del paciente. Estas unidades están diseñadas para proporcionar una atención integral y coordinada, con un enfoque en la prevención de la discapacidad, la optimización de la medicación y la planificación anticipada de cuidados.

### **La Importancia de la Atención Domiciliaria y la Telemedicina**

Una de las soluciones más prometedoras para enfrentar los desafíos de la atención a pacientes crónicos y geriátricos es el desarrollo de la atención domiciliaria y la telemedicina. Estos enfoques permiten que los pacientes reciban cuidados en la comodidad de su hogar, lo que no solo mejora su calidad de vida, sino que también reduce la necesidad de hospitalizaciones y visitas a urgencias.

La telemedicina, en particular, ha demostrado ser una herramienta valiosa para el monitoreo de pacientes crónicos, permitiendo una detección temprana de exacerbaciones y una intervención oportuna que puede prevenir la necesidad de hospitalización. Además, la atención domiciliaria facilita un enfoque más personalizado, en el que los profesionales de la salud pueden evaluar el entorno del paciente, identificar factores de riesgo y proporcionar un cuidado adaptado a las necesidades específicas de cada individuo.

### **Retos y Oportunidades en la Reforma del Sistema Hospitalario**

A medida que avanzamos en el siglo XXI, es fundamental que los hospitales adapten sus procesos clínicos para responder mejor a las necesidades de los pacientes crónicos y geriátricos. Esto implica no solo una reforma estructural del sistema hospitalario, sino también un cambio cultural que valore la atención integral y centrada en el paciente.

Las oportunidades para mejorar el sistema hospitalario son muchas, desde la implementación de nuevas tecnologías hasta la formación continua de los profesionales de la salud en el manejo de enfermedades crónicas y multimorbilidad. Sin embargo, estos cambios requerirán un compromiso sostenido por parte de todos los actores involucrados, incluidos los gestores hospitalarios, los profesionales de la salud, los responsables políticos y, lo más importante, los pacientes y sus familias.

El camino hacia un sistema hospitalario más eficiente y equitativo es largo, pero es un desafío que debemos enfrentar si queremos garantizar que todos los ciudadanos reciban la atención de calidad que merecen, independientemente de su edad o estado de salud.



## ☒ DATOS Y CIFRAS

El panorama de las enfermedades no transmisibles ha cambiado drásticamente en las últimas décadas, transformando las prioridades de los sistemas de salud a nivel global. Estas enfermedades, que incluyen afecciones como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, son responsables de una gran proporción de la morbilidad y mortalidad mundial, y representan uno de los mayores desafíos para la sostenibilidad de los sistemas de salud.

### **La Carga Global de las Enfermedades No Transmisibles**

Las enfermedades no transmisibles matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 74% de todas las muertes en el mundo. Esta estadística subraya la magnitud de la crisis sanitaria global que representan las enfermedades no transmisibles. A diferencia de las enfermedades infecciosas, que suelen ser de curso agudo y pueden ser prevenidas o tratadas con vacunas y antibióticos, las enfermedades no transmisibles son de larga duración, progresan lentamente y requieren una gestión continua y multifacética. Estas enfermedades afectan a personas de todas las edades, pero son más prevalentes en las poblaciones adultas mayores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado que 17 millones de personas menores de 70 años mueren cada año a causa de una enfermedad no transmisible, lo que refleja que estas enfermedades no solo afectan a las personas mayores, sino que también están teniendo un impacto devastador

en las personas en plena edad productiva. De estas muertes prematuras, el 86% se producen en países de ingresos medianos y bajos, lo que evidencia las desigualdades globales en la carga de la enfermedad. Estos países a menudo carecen de los recursos necesarios para implementar programas de prevención efectivos o para proporcionar un tratamiento adecuado a los pacientes con enfermedades no transmisibles, lo que agrava la situación.

### **El Impacto Desproporcionado en Países de Ingresos Medios y Bajos**

El 77% de todas las muertes debidas a enfermedades no transmisibles se concentran en países de ingresos medianos y bajos, lo que refleja una disparidad alarmante en la carga de la enfermedad. Estos países enfrentan múltiples desafíos, incluyendo la falta de infraestructura sanitaria adecuada, la escasez de personal médico capacitado y la falta de acceso a medicamentos esenciales. Además, la rápida urbanización, el envejecimiento de la población y los cambios en los estilos de vida están exacerbando la prevalencia de las enfermedades no transmisibles en estas regiones.

En estos países, la transición epidemiológica —el cambio de un predominio de enfermedades infecciosas a un predominio de enfermedades crónicas— se ha producido en un contexto de recursos limitados, lo que ha dejado a muchos sistemas de salud mal preparados para enfrentar la creciente carga de las enfermedades no transmisibles. Esta situación se ve agravada por el hecho de que las enfermedades infecciosas, como la malaria, el VIH/SIDA y la tuberculosis, siguen siendo problemas importantes en muchas de estas regiones, creando una doble carga de enfermedad que es difícil de manejar.



## **Principales Causas de Muerte por enfermedades no transmisibles**

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte por enfermedades no transmisibles, siendo responsables de 17.9 millones de muertes cada año. Estas enfermedades incluyen la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca, entre otras. La alta prevalencia de factores de riesgo como la hipertensión, la obesidad y el tabaquismo contribuye significativamente a la incidencia de estas afecciones. El tratamiento y manejo de las enfermedades cardiovasculares requiere un enfoque integral que incluya la modificación del estilo de vida, la adherencia a la medicación y, en muchos casos, intervenciones quirúrgicas.

El cáncer es la segunda causa de muerte por enfermedades no transmisibles, con 9.3 millones de muertes anuales. A medida que la población mundial envejece, se espera que la incidencia del cáncer continúe aumentando. Los tipos de cáncer más comunes, como el cáncer de pulmón, el cáncer de mama, el cáncer colorrectal y el cáncer de próstata, están asociados con factores de riesgo modificables, incluyendo el tabaquismo, la dieta poco saludable y la inactividad física. Sin embargo, a pesar de los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento, la carga global del cáncer sigue siendo inmensa, y su control requiere esfuerzos concertados a nivel internacional.

Las enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma, causan 4.1 millones de muertes cada año. Estas enfermedades son a menudo subdiagnosticadas y mal gestionadas, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. La exposición a contaminantes ambientales, como el humo del tabaco y la

contaminación del aire, son los principales factores de riesgo para el desarrollo de estas afecciones. La prevención y el control de las enfermedades respiratorias crónicas requieren políticas públicas que reduzcan la exposición a estos factores de riesgo, así como una mejora en el acceso a tratamientos efectivos.

La diabetes, incluida la nefropatía diabética, causa 2.0 millones de muertes anuales. La diabetes tipo 2, que está estrechamente relacionada con la obesidad y el sedentarismo, es la forma más común de la enfermedad y representa una gran parte de la carga de mortalidad. Las complicaciones de la diabetes, como la enfermedad renal crónica, las enfermedades cardiovasculares y las amputaciones, imponen una carga significativa no solo en los pacientes, sino también en los sistemas de salud. El manejo eficaz de la diabetes implica no solo el control de la glucosa en sangre, sino también la gestión de los factores de riesgo asociados y la prevención de complicaciones a largo plazo.

### **Factores de Riesgo y Prevención de enfermedades no transmisibles**

Los principales factores de riesgo son el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, una dieta poco saludable y la contaminación del aire. Estos factores de riesgo son modificables y, por lo tanto, representan áreas clave para la intervención y la prevención. La OMS ha identificado el control del tabaco como una de las intervenciones más efectivas para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles. El tabaquismo es responsable de aproximadamente el 10% de todas las muertes por enfermedades no transmisibles, lo que subraya la necesidad de políticas más estrictas para reducir el consumo de tabaco a nivel mundial.

La inactividad física y una dieta poco saludable están estrechamente relacionadas con el aumento de la obesidad, que es un factor de riesgo importante para muchas enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. La promoción de estilos de vida saludables, que incluyan la actividad física regular y una dieta equilibrada rica en frutas, verduras y granos enteros, es fundamental para la prevención de estas enfermedades. Además, la reducción del consumo de alcohol y la mejora de la calidad del aire a través de políticas ambientales más estrictas pueden tener un impacto significativo en la reducción de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles.

### **Hacia Un Enfoque Integral Para Enfrentar Las Enfermedades No Transmisibles**

Las experiencias internacionales han demostrado que un manejo sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas puede reducir la frecuentación hospitalaria, acortar las estancias en el hospital y disminuir tanto las visitas urgentes como el consumo de medicamentos. En este contexto, es crucial que los sistemas de salud adopten enfoques más integrales y coordinados para la gestión de las enfermedades no transmisibles, que incluyan la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la prestación de atención continua y centrada en el paciente.

Las políticas de salud pública deben centrarse en la promoción de estilos de vida saludables desde una edad temprana, para prevenir el desarrollo de enfermedades no transmisibles más adelante en la vida. Además, es necesario mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención y garantizar que los pacientes con enfermedades no transmisibles reciban un seguimiento adecuado y un tratamiento coherente a lo largo de

su vida. Solo a través de un enfoque integral podremos reducir la carga de las enfermedades no transmisibles y garantizar un futuro más saludable para todos.

En resumen, las enfermedades no transmisibles representan uno de los mayores desafíos para la salud pública en el siglo XXI. La magnitud de este desafío requiere un enfoque multifacético que no solo aborde los factores de riesgo modificables, sino que también mejore la capacidad de los sistemas de salud para manejar la carga creciente de estas enfermedades crónicas. El envejecimiento de la población, especialmente en países como España, añade una capa adicional de complejidad a este desafío, haciendo que sea aún más urgente implementar reformas que aseguren la sostenibilidad del sistema de salud y la provisión de una atención de alta calidad a todas las personas, independientemente de su edad o condición de salud.

Las iniciativas de prevención, la promoción de estilos de vida saludables, y la atención integral y coordinada para los pacientes con enfermedades no transmisibles son esenciales para enfrentar esta crisis. Los sistemas de salud deben estar preparados para manejar la creciente demanda de servicios relacionados con las enfermedades no transmisibles, y esto solo será posible mediante una combinación de políticas públicas efectivas, innovación tecnológica, y un enfoque centrado en el paciente.



## ❧ PROYECTO HOSPITAL DEL FUTURO

La evolución del sistema hospitalario a lo largo de las últimas décadas ha sido impulsada por la necesidad de adaptarse a un entorno de salud cada vez más complejo y demandante. Sin embargo, a pesar de los avances en tecnología médica y gestión hospitalaria, los desafíos actuales requieren un replanteamiento fundamental de cómo se organizan y operan los hospitales. El **Proyecto Hospital del Futuro** es una iniciativa que busca transformar los hospitales para que puedan responder de manera efectiva a las necesidades del siglo XXI, con un enfoque centrado en la innovación, la sostenibilidad y la atención centrada en el paciente.

### **Antecedentes y Necesidad de Reforma**

El sistema de salud, tal como lo conocemos hoy, enfrenta presiones sin precedentes. El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, y la creciente demanda de servicios de salud especializados han puesto a prueba la capacidad de los hospitales para proporcionar atención oportuna y de alta calidad. Además, los cambios en las expectativas de los pacientes, que ahora demandan un mayor control sobre sus decisiones de salud y una atención más personalizada, están redefiniendo el rol de los hospitales en la sociedad.

En respuesta a estos desafíos, varios países han comenzado a implementar profundas reformas en sus sistemas de salud, incluidos los servicios hospitalarios. Un ejemplo destacado es el **Royal College of Physicians** del Reino Unido, que en 2013 lanzó la iniciativa “Future Hospital Commission” bajo la direc-

ción de Sir Michael Rawlins. Este proyecto fue una respuesta directa a las crecientes necesidades de los pacientes crónicos en un entorno donde la demanda hospitalaria estaba aumentando, mientras que los recursos, particularmente las camas hospitalarias, se reducían.

El informe “Future Hospital” del Royal College of Physicians propuso una reorganización fundamental de los hospitales, con dos grandes enfoques: la integración hospital-comunidad y la mejora de la asistencia aguda. Estos cambios requerían una reestructuración significativa en la gestión hospitalaria, orientada a asegurar que los hospitales no solo sean lugares para el tratamiento de enfermedades agudas, sino también centros de coordinación de la atención a largo plazo, en estrecha colaboración con la atención primaria y los servicios sociales.

### **Elementos Clave del Proyecto Hospital del Futuro**

- 1. Integración de Servicios y Continuidad Asistencial:** El proyecto pone un fuerte énfasis en la integración de servicios entre el hospital y la comunidad, con el objetivo de garantizar una atención continua y coordinada para los pacientes, particularmente aquellos con condiciones crónicas y complejas. Esto implica la creación de equipos multidisciplinares que trabajen tanto dentro como fuera del hospital, asegurando que los pacientes reciban la atención adecuada en el lugar y momento correctos. La idea es que el hospital se convierta en un nodo central dentro de una red de servicios de salud y sociales, facilitando la transición entre diferentes niveles de atención.
- 2. Atención Centrada en el Paciente:** Uno de los pilares del proyecto es la atención centrada en el paciente, un enfoque

que promueve la implicación activa de los pacientes en su propio cuidado. Esto se traduce en la creación de planes asistenciales personalizados que reflejen las necesidades y preferencias individuales de cada paciente. Además, se promueve la participación de los familiares en el proceso asistencial, reconociendo el papel crucial que juegan en el apoyo al paciente. Este enfoque busca mejorar la experiencia del paciente y aumentar su satisfacción con los servicios de salud, lo que a su vez puede conducir a mejores resultados de salud.

- 3. Innovación Tecnológica y Digitalización:** La tecnología juega un papel fundamental en el Hospital del Futuro. La digitalización de la atención médica, que incluye el uso de registros electrónicos de salud, la telemedicina y las aplicaciones móviles para la gestión de la salud, permite una mejor coordinación entre los diferentes niveles de atención y una mayor eficiencia en la prestación de servicios. La telemedicina, en particular, ha demostrado ser una herramienta invaluable para el monitoreo remoto de pacientes crónicos, permitiendo intervenciones tempranas que pueden prevenir complicaciones y reducir la necesidad de hospitalizaciones.
- 4. Gestión Clínica Basada en el Valor:** El enfoque del Hospital del Futuro también incluye una gestión clínica basada en el valor, donde las decisiones de tratamiento se guían por la efectividad clínica y los resultados para el paciente, en lugar de centrarse únicamente en el volumen de servicios prestados. Este enfoque promueve el uso racional de los recursos, asegurando que los tratamientos y procedimientos sean realmente necesarios y beneficien al paciente. Además, se alienta la adopción de prácticas basadas en la evidencia, la reducción de la variabilidad en la práctica clínica y la mejora continua de la calidad.

**5. Sostenibilidad y Uso Eficiente de los Recursos:** La sostenibilidad es otro componente clave del Hospital del Futuro. En un contexto de recursos limitados, es esencial que los hospitales adopten prácticas que permitan un uso más eficiente de los recursos disponibles. Esto incluye desde la gestión energética hasta la reducción de residuos y la optimización del uso de materiales y medicamentos. Un hospital sostenible no solo es más respetuoso con el medio ambiente, sino que también es más eficiente en términos de costos, lo que puede liberar recursos para ser reinvertidos en la mejora de la atención al paciente.

### **Implementación del Proyecto en el Contexto Español**

En España, la implementación de un modelo como el del Hospital del Futuro requiere un enfoque adaptado a las particularidades del Sistema Nacional de Salud (SNS). El SNS, con su estructura descentralizada, presenta tanto oportunidades como desafíos para la implementación de reformas a gran escala. La colaboración entre las diferentes Comunidades Autónomas será crucial para garantizar que las innovaciones se difundan de manera uniforme y que todos los ciudadanos tengan acceso a los mismos estándares de atención.

El enfoque en la atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud debe reforzarse, promoviendo la integración con los servicios hospitalarios y sociales. Esto permitirá una gestión más eficaz de las enfermedades crónicas y reducirá la presión sobre los hospitales. Además, la adopción de tecnologías digitales debe ser prioritaria, con la creación de plataformas que permitan el intercambio de información en tiempo real entre los diferentes niveles de atención.



## **El Futuro del Hospital del Futuro**

El éxito del Proyecto Hospital del Futuro dependerá de la capacidad para implementar estos cambios de manera efectiva, asegurando que se adapten a las necesidades de los pacientes y a las realidades del entorno sanitario. La formación continua de los profesionales de la salud, la participación activa de los pacientes y sus familias, y el apoyo de las autoridades sanitarias serán fundamentales para que esta visión se convierta en una realidad.

Los hospitales del futuro no solo deberán ser lugares donde se curen enfermedades, sino centros de bienestar donde se promueva la salud, se prevengan las enfermedades y se ofrezca un apoyo integral a los pacientes en todas las etapas de su vida. Este enfoque holístico será clave para enfrentar los desafíos del siglo XXI y garantizar un sistema de salud que sea equitativo, eficiente y centrado en las necesidades de todos los ciudadanos.





## ⊗ ENTORNO EPIDEMIOLÓGICO Y RETOS DEL ENVEJECIMIENTO

El entorno epidemiológico global ha cambiado de manera drástica en las últimas décadas, con el envejecimiento de la población emergiendo como uno de los desafíos más significativos para los sistemas de salud en todo el mundo. Este fenómeno, impulsado por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad, está generando una presión sin precedentes sobre los servicios de salud, requiriendo un replanteamiento de las estrategias de atención y el diseño de los sistemas sanitarios.

### **El Impacto del Envejecimiento en la Salud Pública**

España se encuentra entre los países con mayor esperanza de vida del mundo, con las mujeres madrileñas alcanzando la esperanza de vida más alta de Europa, y los hombres también situándose entre los más longevos. Este logro es reflejo de los avances en la atención sanitaria, la nutrición, y las condiciones de vida a lo largo de las últimas décadas. Sin embargo, vivir más años no siempre equivale a vivirlos con buena salud. La realidad es que muchos años adicionales se viven con enfermedades crónicas, discapacidad o fragilidad, lo que representa un desafío considerable para los sistemas de salud que deben adaptarse a esta nueva realidad.

El aumento de la longevidad ha llevado a un cambio en el perfil epidemiológico de la población. Las enfermedades infecciosas, que durante mucho tiempo fueron la principal causa de mortalidad, han sido reemplazadas por enfermedades crónicas no

transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades neurodegenerativas. Este cambio implica que los sistemas de salud deben enfocarse no solo en tratar episodios agudos de enfermedad, sino también en gestionar condiciones de salud a largo plazo, lo que requiere un enfoque preventivo y coordinado.

### **Desafíos de la Fragilidad y la Multimorbilidad**

Una de las características más preocupantes del envejecimiento de la población es el aumento de la fragilidad y la multimorbilidad. La fragilidad es una condición de vulnerabilidad aumentada que resulta de una disminución en las reservas fisiológicas y una mayor susceptibilidad a los eventos adversos de salud. Las personas mayores frágiles tienen un mayor riesgo de caídas, hospitalizaciones, y deterioro funcional, lo que puede llevar a una pérdida de independencia y a la necesidad de cuidados a largo plazo.

La multimorbilidad, definida como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo, es extremadamente común entre las personas mayores. Esta situación complica significativamente la atención médica, ya que los pacientes con multimorbilidad a menudo requieren la intervención de múltiples especialistas, lo que puede llevar a una atención fragmentada y descoordinada. Además, estos pacientes son más propensos a experimentar polifarmacia, que se refiere al uso de múltiples medicamentos simultáneamente, lo que aumenta el riesgo de interacciones medicamentosas adversas y efectos secundarios.

### **El Problema de la Soledad y el Aislamiento Social**

El envejecimiento de la población también ha traído consigo un aumento en la prevalencia de la soledad y el aislamiento

social entre las personas mayores. La soledad no deseada no solo afecta el bienestar emocional de los individuos, sino que también tiene serias implicaciones para su salud física. Estudios han demostrado que la soledad puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, depresión, y deterioro cognitivo. Además, las personas que se sienten solas tienen más probabilidades de hacer un uso frecuente de los servicios de salud, lo que aumenta la carga sobre el sistema sanitario.

El aislamiento social también puede limitar el acceso de las personas mayores a los recursos necesarios para mantener su salud y bienestar. Por ejemplo, aquellos que viven solos pueden tener dificultades para acceder a la atención médica, obtener medicamentos, o incluso realizar las actividades diarias básicas, como comprar alimentos o hacer ejercicio. Este aislamiento se ve agravado en las zonas rurales, donde los servicios de salud y los recursos sociales pueden estar menos disponibles.

### **La Necesidad de un Enfoque Preventivo y Comunitario**

Para enfrentar los desafíos del envejecimiento, es esencial que los sistemas de salud adopten un enfoque preventivo y comunitario. Esto incluye la promoción de la salud y la prevención de enfermedades desde una edad temprana, con el objetivo de reducir la incidencia de enfermedades crónicas en la vejez. Las intervenciones deben centrarse en mantener la capacidad funcional de las personas mayores, promoviendo la actividad física, la nutrición adecuada, y la participación social.

El desarrollo de programas de envejecimiento activo, que alienen a las personas mayores a mantenerse físicamente activas, socialmente conectadas y mentalmente estimuladas, es fundamental. Estos programas pueden incluir desde actividades físicas regulares hasta talleres de aprendizaje y oportunidades de

voluntariado, que no solo mejoran la salud física, sino también el bienestar mental y emocional.

Además, la atención domiciliaria y los servicios comunitarios deben ser reforzados para proporcionar un apoyo integral a las personas mayores. Esto incluye la expansión de servicios de teleasistencia, el apoyo a los cuidadores familiares, y la creación de redes de apoyo comunitario que puedan ayudar a las personas mayores a vivir de manera independiente durante el mayor tiempo posible. La integración de estos servicios con la atención primaria y hospitalaria es esencial para garantizar una continuidad en el cuidado y evitar la fragmentación de la atención.

### **Estrategias Nacionales para Enfrentar el Envejecimiento**

A nivel nacional, es crucial que se implementen estrategias que aborden los desafíos del envejecimiento de manera integral. En España, diversas iniciativas han comenzado a tomar forma, como la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, que busca mejorar la salud y el bienestar de la población a lo largo de todas las etapas de la vida. Esta estrategia incluye medidas para promover un envejecimiento saludable, como la promoción de la actividad física, la mejora de la alimentación, y la reducción de factores de riesgo como el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Además, es necesario fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para manejar el creciente número de personas mayores con enfermedades crónicas y condiciones de fragilidad. Esto puede incluir la creación de unidades geriátricas especializadas dentro de los hospitales, el desarrollo de programas de atención a largo plazo, y la capacitación de los profesionales de la salud en el manejo de pacientes geriátricos.

Finalmente, es fundamental que se fomente la investigación en el campo del envejecimiento y la gerontología, para desarrollar nuevas intervenciones y enfoques que puedan mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores. La inversión en tecnología de asistencia, como dispositivos de movilidad, sensores de salud, y sistemas de monitoreo remoto, también será crucial para apoyar la independencia y la calidad de vida de las personas mayores.







## ❖ MEDICINA DE ALTO VALOR Y PROPUESTAS PARA EL HOSPITAL DEL FUTURO

El concepto de “medicina de alto valor” ha ganado relevancia en los últimos años como una respuesta a los desafíos de sostenibilidad y calidad en los sistemas de salud. En un contexto donde los recursos son limitados y la demanda de servicios de salud continúa en aumento, es crucial optimizar la atención médica para maximizar los beneficios para los pacientes y para la sociedad en su conjunto. La medicina de alto valor se centra en proporcionar atención basada en la evidencia, orientada a resultados que realmente importan para los pacientes, y en la eliminación de prácticas que no aportan un beneficio significativo.

### **El Enfoque en la Eficiencia y la Eficacia**

Uno de los pilares fundamentales de la medicina de alto valor es el enfoque en la eficiencia y la eficacia. Esto implica garantizar que los recursos se utilicen de manera óptima para lograr los mejores resultados posibles en términos de salud y bienestar de los pacientes. Para ello, es esencial que los sistemas de salud adopten prácticas basadas en la evidencia científica más sólida, evitando procedimientos innecesarios que no contribuyen a la mejora del estado de salud de los pacientes.

La implementación de guías clínicas basadas en la evidencia es una estrategia clave para asegurar que las decisiones médicas se tomen de acuerdo con las mejores prácticas disponibles.

Estas guías ayudan a los profesionales de la salud a ofrecer tratamientos que han demostrado ser eficaces, al mismo tiempo que evitan la sobreutilización de pruebas y procedimientos que pueden resultar en un desperdicio de recursos y, en algunos casos, en daños para los pacientes. Además, el uso de estas guías puede contribuir a reducir la variabilidad en la práctica clínica, promoviendo una atención más uniforme y equitativa.

### **Desinversión en Prácticas de Bajo Valor**

Un aspecto importante de la medicina de alto valor es la desinversión en prácticas de bajo valor, es decir, en aquellas intervenciones que ofrecen un beneficio limitado o nulo en comparación con su coste o que incluso pueden ser perjudiciales. Estas prácticas incluyen desde pruebas diagnósticas innecesarias hasta procedimientos quirúrgicos que no mejoran los resultados de salud del paciente.

La identificación y eliminación de estas prácticas no solo puede mejorar la calidad de la atención, sino también liberar recursos que pueden ser reinvertidos en intervenciones que ofrecen un mayor valor. Por ejemplo, campañas como **Choosing Wisely** han destacado la importancia de cuestionar la necesidad de ciertos procedimientos y tratamientos, alentando a los médicos a discutir con sus pacientes las opciones disponibles y a tomar decisiones informadas basadas en la evidencia.

### **Medicina Personalizada y Centrada en el Paciente**

La medicina personalizada es otro componente esencial de la medicina de alto valor. A medida que aumenta nuestra comprensión de la genética y la biología molecular, es posible adaptar los tratamientos a las características específicas de cada paciente, lo que puede mejorar significativamente la eficacia

de las intervenciones. La medicina personalizada permite a los médicos seleccionar terapias que tienen una mayor probabilidad de éxito para un individuo particular, reduciendo así la exposición a tratamientos que pueden no ser efectivos o que podrían causar efectos secundarios graves.

Además de la personalización de los tratamientos, la medicina de alto valor también pone un fuerte énfasis en la atención centrada en el paciente. Esto significa que las decisiones de atención deben alinearse con los valores, preferencias y necesidades individuales de los pacientes. La participación activa de los pacientes en la toma de decisiones es fundamental para asegurar que las intervenciones sean apropiadas y que el tratamiento se adapte a las circunstancias personales y expectativas del paciente.

### **Promoción de la Innovación y la Investigación Clínica**

Para mantener y aumentar el valor de la atención médica, es crucial fomentar la innovación y la investigación clínica. Los avances en tecnología médica, farmacología, y biología molecular han abierto nuevas posibilidades para el tratamiento de enfermedades que antes eran intratables o difíciles de manejar. La investigación continua es esencial para descubrir nuevas intervenciones que puedan mejorar los resultados de salud y reducir los costos.

Además, la implementación de nuevas tecnologías y tratamientos debe ir acompañada de una evaluación rigurosa de su efectividad y costo-efectividad. Esto garantiza que las innovaciones realmente ofrezcan un valor añadido y que se integren de manera adecuada en el sistema de salud. Los ensayos clínicos y los estudios de seguimiento a largo plazo son fundamentales para asegurar que los nuevos tratamientos no solo sean eficaces, sino también seguros y sostenibles.

## **Educación y Formación Continuada para Profesionales de la Salud**

La medicina de alto valor también depende de la educación y formación continuada de los profesionales de la salud. A medida que avanza el conocimiento médico, es esencial que los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud se mantengan actualizados sobre las últimas investigaciones, tecnologías y prácticas clínicas. La formación continuada asegura que los profesionales puedan ofrecer la mejor atención posible, utilizando las herramientas más efectivas y basadas en la evidencia disponible.

Los programas de formación deben centrarse en el desarrollo de habilidades que permitan a los profesionales de la salud implementar prácticas de alto valor, incluyendo la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia, la comunicación efectiva con los pacientes, y el uso de tecnologías avanzadas en la práctica diaria. Además, es importante que la formación fomente una cultura de mejora continua de la calidad, alentando a los profesionales a buscar constantemente maneras de mejorar los procesos y resultados de salud.

## **Colaboración Interdisciplinaria y Multisectorial**

La implementación de una medicina de alto valor requiere una colaboración estrecha entre diferentes disciplinas y sectores. Los profesionales de la salud, los gestores hospitalarios, los investigadores, los responsables políticos, y los pacientes deben trabajar juntos para identificar las mejores prácticas y asegurarse de que se implementen de manera efectiva. La integración de diferentes perspectivas es clave para desarrollar estrategias que sean a la vez innovadoras y prácticas.

Además, la colaboración con sectores fuera del ámbito sanitario, como el social, educativo y tecnológico, puede ofrecer nuevas oportunidades para mejorar la salud y el bienestar de la población. Por ejemplo, las alianzas con empresas tecnológicas pueden facilitar el desarrollo de nuevas herramientas para el monitoreo y la gestión de la salud, mientras que la colaboración con el sector educativo puede promover la alfabetización en salud y la adopción de hábitos saludables desde una edad temprana.





## ❖ CONCLUSIONES

La evolución del sistema hospitalario y de la atención médica en el siglo XXI enfrenta desafíos sin precedentes. Como decía Aldous Huxley “La medicina ha avanzado tanto que ya no queda nadie sano”. La progresiva medicalización de los cambios de la vida junto al resto de retos que he comentado anteriormente (envejecimiento de la población, aumento de las enfermedades crónicas, necesidad de una atención más centrada en el paciente y presión sobre los recursos sanitarios) hacen que los modelos actuales de atención requieran una transformación profunda. A lo largo de este documento, hemos explorado diversas propuestas y estrategias que pueden guiar esta transformación hacia un sistema de salud más eficiente, equitativo y centrado en el valor.

### **Una Llamada a la Innovación y la Integración**

Una de las principales conclusiones es la necesidad de innovar en todos los aspectos del sistema de salud. Esto incluye desde la adopción de nuevas tecnologías y el desarrollo de la medicina personalizada hasta la reestructuración de los hospitales para que actúen como centros integrales de bienestar, capaces de ofrecer no solo tratamiento médico, sino también apoyo preventivo y comunitario. La digitalización y la telemedicina emergen como herramientas fundamentales en este proceso, permitiendo una mejor coordinación de la atención, la monitorización remota de pacientes y la optimización de los recursos.

Además, la integración de servicios es clave para garantizar una atención continua y coherente, especialmente para los pacientes con enfermedades crónicas y multimorbilidad. La fragmen-

tación actual en la atención debe ser reemplazada por un modelo en el que los diferentes niveles de atención —primaria, especializada y hospitalaria— trabajen en conjunto para ofrecer un cuidado coordinado y centrado en el paciente. Esto no solo mejorará la calidad de la atención, sino que también reducirá la carga sobre los servicios de urgencias y disminuirá las hospitalizaciones innecesarias.

### **El Enfoque en la Prevención y la Atención Comunitaria**

Otro aspecto crucial que se destaca es la importancia de un enfoque preventivo y comunitario en la atención de la salud. La promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades desde una edad temprana, y el apoyo a las personas mayores en sus comunidades son estrategias esenciales para reducir la incidencia de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de la población. Los programas de envejecimiento activo y la atención domiciliaria deben ser fortalecidos, permitiendo que las personas mayores mantengan su independencia y bienestar durante el mayor tiempo posible.

La atención domiciliaria y la telemedicina no solo son soluciones viables para manejar la creciente demanda de servicios de salud, sino que también permiten a los pacientes recibir atención en un entorno familiar y cómodo, lo que puede mejorar significativamente su experiencia y resultados de salud.

### **La Necesidad de una Medicina de Alto Valor**

El concepto de medicina de alto valor se presenta como una respuesta necesaria a la crisis de sostenibilidad que enfrentan los sistemas de salud. La adopción de prácticas basadas en la evidencia, la eliminación de intervenciones de bajo valor, y la personalización de los tratamientos son fundamentales para ga-



rantizar que los recursos se utilicen de manera eficiente y que los pacientes reciban la mejor atención posible. La medicina personalizada, apoyada por avances en genética y biotecnología, permite tratamientos más efectivos y adaptados a las necesidades individuales de cada paciente.

Además, la medicina de alto valor no puede ser alcanzada sin la colaboración interdisciplinaria y multisectorial. Los profesionales de la salud, los gestores, los investigadores, los responsables políticos, y los pacientes deben trabajar juntos para identificar las mejores prácticas y asegurar su implementación efectiva. Esta colaboración es crucial para enfrentar los desafíos de un entorno epidemiológico en constante cambio y para garantizar que los sistemas de salud puedan adaptarse y evolucionar.

### **Desafíos y Oportunidades en el Futuro**

El futuro de los hospitales y la atención médica dependerá de nuestra capacidad para enfrentar los desafíos actuales con soluciones innovadoras y sostenibles. La transición hacia un modelo de atención más integrado, preventivo y centrado en el valor no será fácil, pero es necesaria para asegurar la viabilidad a largo plazo del sistema de salud. Los avances tecnológicos, la medicina personalizada, y la colaboración interdisciplinaria ofrecen oportunidades sin precedentes para mejorar la salud y el bienestar de la población.

Es fundamental que los sistemas de salud se adapten a las necesidades de una población que envejece, que sufre de enfermedades crónicas y que demanda una atención más personalizada y centrada en el paciente. Para ello, es imprescindible que se implementen reformas que promuevan la innovación, la eficiencia y la equidad en la atención sanitaria.



## REFLEXIÓN FINAL

En conclusión, los hospitales del futuro deben ser mucho más que lugares donde se tratan enfermedades. Deben convertirse en centros de salud integral, donde la prevención, la atención personalizada y la integración de servicios sean los pilares fundamentales. Solo a través de un enfoque holístico y coordinado podremos garantizar que todos los ciudadanos, independientemente de su edad o condición de salud, reciban una atención de calidad que les permita vivir más y mejor.

La transformación del sistema de salud no es una tarea fácil, pero es posible si todos los actores involucrados —desde los profesionales de la salud hasta los responsables políticos y la sociedad en general— trabajan juntos hacia un objetivo común. El futuro de la atención médica está en nuestras manos, y depende de nuestras acciones hoy garantizar que todos tengamos acceso a un sistema de salud que sea equitativo, eficiente y verdaderamente centrado en el paciente.





## BIBLIOGRAFIA

- Casariego-Vales E, Zapatero-Gaviría A, Elola-Somoza FJ, en nombre del Comité de Estándares de UMI. La Medicina Interna del Siglo XXI: Estándares de Organización y Funcionamiento. Rev. Clin. Esp. 2017;217:526-33.
- Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-Atención Primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. Rev. Esp. Cardiol. 2014;67(4):283-293.
- Corbella X, Barreto V, Bassetti S, et al. Hospital ambulatory medicine: A leading strategy for Internal Medicine in Europe. Eur. J. Int. Med. 2018;54:17-20.
- El hospital del futuro. Un proyecto de la Sociedad Española de Medicina Interna para el Sistema Nacional de Salud. Elaborado con la colaboración de la Fundación IMAS. Jesús Díez Manglano. Ricardo Gómez Huelgas. Francisco Javier Elola Somoza. Disponible en <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/920.pdf>
- Focus on health spending. OECD Health Statistics 2015. ([www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health))
- Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013.
- Gómez Huelgas R, Barba R, Corbella X y cols. El Hospital del Futuro. El papel del hospital en una asistencia sanitaria

centrada en el paciente. Disponible en: [https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/quienes-somos/futuro\\_hospital\\_vision\\_20191030.pdf](https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/quienes-somos/futuro_hospital_vision_20191030.pdf)

- Historia de la medicina Lain Entralgo P (1978) ISBN8445802429. OCLC 432154164.
- Honeyman M, Dunn P, MvKenna HM. ¿A digital NHS? An introduction to the digital agenda and plans for implementation. The King's Fund. September, 2019. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/digital-nhs>
- Janke K, Propper C, Sadun R. The Impact of CEOs in the Public Sector: Evidence from the English NHS. Harvard Business School. Working Paper 18-075. 2018. Disponible en: [https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/18-075\\_3e77f74e49a3-42cf-bbbe-cbc353cc0727.pdf](https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/18-075_3e77f74e49a3-42cf-bbbe-cbc353cc0727.pdf).
- Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *N. Eng. J. Med.* 2013;368:100-102.
- Marco J, Barba R, Plaza S, Losa JE, Canora J, Zapatero A. Analysis of the mortality of patients admitted over the weekend to internal medicine wards. *American Journal of Medical Quality* 2010;25:312-8.
- Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Eur. J. Intern. Med.* 2002;136:243-6 [*Ann. Int. Med.* 2002;136:243-6, *Lancet* 2002;359:520-2]. <http://annals.org/article.aspx?articleid=474090>.
- OECD (2006), "Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?", OECD Economics Department Working Papers, No. 477, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/736341548748>.

- Pallesen T, Pedersen LD. Decentralization and management responsibility: the case of --Danish hospitals. *Int JHealth Plan & Man* 1993;8:275-294
- Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. NICE clinical guideline 138. February 2012. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG138>.
- Porter ME. What Is Value in Health Care?. *N. Engl. J. Med.* 2010;363:2477-8.
- Porter ME, Lee TH. From Volume to Value in Health Care. The Work Begins. *JAMA* 2016;316:1047-8.
- Resnick B, Boltz M. Optimizing Function and Physical Activity in Hospitalized Older Adults to Prevent Functional Decline and Falls. *Clin. Geriatr.* 2019;35:237-251.
- Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo– American exchange. King's. Seminar Report. November 2007.
- Royal College of Physicians. Future physician: changing doctors in changing times. Report of a working party. London: RCP, 2010
- SEMI. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente. SEMI. 2016. Disponible en: [www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/formularios/estandares-mi-s-xxi-20170221.pdf](http://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/formularios/estandares-mi-s-xxi-20170221.pdf).
- Stoller JK, Goodall A, Baker A. Why The Best Hospitals Are Managed by Doctors. *Harvard Business Review*, September 2017. Disponible en: <https://hbr.org/2016/12/why-the-best-hospitals-are-managed-by-doctors>.
- Topol E. Telemedicine is essential amid the Covid-19 crisis and after it. *The Economist*, 31/03/2020. Disponible en: ht-

[tps://www.economist.com/openfuture/2020/03/31/telemedicine-is-essential-amid-the-covid-19-crisis-and-after-it](https://www.economist.com/openfuture/2020/03/31/telemedicine-is-essential-amid-the-covid-19-crisis-and-after-it).

- Varela J, Zapatero A, Gómez-Huelgas R, Maestre A, Díez-Manglano J, Barba R. Por una Medicina Interna de alto valor. Sociedad Española de Medicina Interna, 2019.
- Zapatero Gaviria A, Barba Martín R, Román Sánchez P, Casariego Vales E, Díez Manglano J, García Cors M, Jurdado Ruiz-Capillas JJ, Suárez Fernández C, Bernal JL, Elola Somoza FJ. RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud. Rev. Clin. Esp. 2016 May;216(4):175-82. doi: 10.1016/j.rce.2016.01.002. Epub 2016 Feb 16.
- Zapatero-Gaviria A, Barba-Martín R, Canora Lebrato J, Fernández-Pérez C, GómezHuelgas R, Bernal JL, Díaz Manglano J, Marco Martínez J, Elola-Somoza FJ. RECALMIN II. Ocho años de hospitalización en las Unidades de Medicina Interna (2007-2014). ¿Qué ha cambiado?. Rev. Clin. Esp. 2017;217:446-53.
- Zapatero A, et al. RECALMIN. 4 años de evolución de las Unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud (2013-2016). Rev. Clin. Esp. 2018;219:171-6.
- Zapatero Gaviria A, Elola Somoza FJ, Casariego Vales E, Gomez Huelgas R, Fernández Pérez C, Bernal JL, Barba Martín R. RECALMIN: The association between management of Spanish National Health Service Internal Medical Units and health outcomes. Int. J. Qual. Health Care. 2017 Aug 1;29(4):507-511. doi: 10.1093/intqhc/mzx055





# **Discurso de contestación**

**Excmo. Sr. Dr. Aldo Olcese Santonja**



Con la venia del Excmo. Sr. presidente, Excmos. colegas de la Academia, autoridades, amigos todos, señoras y señores.

Me corresponde la enorme alegría, y el alto honor, de contestar en nombre de nuestra Real Corporación al brillante discurso de ingreso del Dr. Antonio Zapatero, hoy y aquí en la sede del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid. Ningún lugar hubiera sido más apropiado para albergar esta solemne y bonita ocasión, dadas las vinculaciones personales y profesionales del recipiendario con la medicina desde hace casi cincuenta años.

Lo hago con enorme satisfacción por varias razones: en primer lugar, por contestar y debatir intelectualmente con un buen amigo de largo radio, y amplio recorrido, en concreto, y para ser más precisos desde la infancia, a lo que a continuación me referiré; en segundo lugar, por el alto honor que supone recibir este encargo de la Academia; y por último por el estímulo y desafío intelectual que representa para un economista contestar a un médico de máximo prestigio en una temática de enorme y elevado contenido vinculado a la salud y a la medicina, que me resultan ajenos, aunque atractivos.

Agradezco muy sinceramente al Excmo. Sr. Presidente, Dr. Alfredo Rocafort, y a la Junta de Gobierno que me hayan elegido para este reto, que supone para mí todo un desafío.

Este humilde economista contestará desde el sentido común y la observación independiente, que me permitan convertir en comprensible para el ser humano normal una elevada disertación sanitaria propia de médicos de alto nivel y difícilmente accesible para el ciudadano de a pie.

Mi amigo Antonio Zapatero y yo, fuimos adversarios tenistas en nuestra época de infantiles a juveniles, y nos enfrentamos en

repetidas ocasiones en busca del triunfo deportivo, de eso hace ya más de cincuenta años, en los que hemos seguido manteniendo una buena amistad personal, y hemos seguido haciendo deporte en la medida de nuestras condiciones físicas y posibilidades profesionales. El deporte une mucho, y produce un compañerismo sano que cimenta grandes amistades, muchas veces a pesar de las rivalidades de antaño.

Me corresponde glosar la figura del Dr. Zapatero en este momento de su ingreso en nuestra Real Corporación, y voy a hacerlo en primer lugar en relación con su faceta humana, antes que la académica y profesional que aquí nos reúne de manera principal. Y lo hago intencionadamente porque mi visión de lo que debe ser un miembro de nuestra Academia excede de lo intelectual y toma fundamento esencial en lo personal, pues bueno es, que para ser miembro del sanedrín de los doctores se sea antes una mejor persona, y ser humano ejemplar. Este es el caso de Antonio Zapatero, una bella persona, un caballero y un humanista de gran calado, aunque no les deseo tenerlo de enemigo en una pista de tenis, en las que aún hoy sigue triunfando habiendo sido campeón de España de veteranos en los últimos años, en los que mi desviación por el pádel me evitaron, por suerte, tener que enfrentarme a él.

Como buen deportista, el Dr. Zapatero, atesora virtudes esenciales para el liderazgo y el triunfo profesional. Su capacidad de resistencia, de lucha, de sacrificio y de superación de las adversidades son bien conocidas en las pistas de tenis y en los hospitales, donde del mismo modo ha ejercido un liderazgo ejemplar y proficuo durante largos años.

Si tuviera que detenerme en el curriculum intelectual y profesional del Dr. Zapatero, ocuparía todo el lugar de mi contestación a su discurso y aún no terminaríamos en la tarde de hoy.

Es por ello que voy a concentrarme en las cuatro dimensiones que de él me interesan y le convierten en una figura verdaderamente sobresaliente, pues difícil es encontrar en la misma persona a un médico excelente, un gestor sanitario eficiente, un investigador sobresaliente, y un enseñante magistral.

Fíjense lo difícil que es sobresalir en una sola de esas dimensiones, pero en el caso de Antonio Zapatero ha conseguido ser líder en todas y cada una de ellas, como a continuación voy a demostrar.

En su faceta de médico, el Dr. Zapatero se licencia en medicina y cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, en 1981; dice su curriculum para empezar a situarnos “con 13 matrículas de honor y 10 sobresalientes”. Premio extraordinario de Licenciatura en la Facultad de Medicina en 1981, y Doctor *Cum Laude* en 1986, en esa misma universidad.

Realiza la especialidad en medicina interna en la que consigue ser, hasta el día de hoy, uno de los mejores exponentes de su disciplina en nuestro país, alcanzando diversas jefaturas hasta ser jefe del servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada en Madrid.

En el ámbito de la gestión hospitalaria asume la dirección médica de diversos hospitales de referencia en Madrid, llegando a su máxima expresión como director médico del Hospital de Campaña de IFEMA en plena explosión del coronavirus en Madrid, realizando una actuación ejemplar e inédita en el mundo de la medicina, por la que ha recibido, y aun recibe, múltiples reconocimientos y premios, como los de la Asociación de Corresponsales de Prensa Extranjeros, o el Premio a la mejor imagen de España del Consejo de Asuntos Económicos

y Financieros de la Unión Europea -ECOFIN- en 2020, así como el Premio Médicos y Pacientes de la Organización Médica Colegial de España. El Dr. Zapatero fue sin duda uno de los héroes de la pandemia, y como tal será siempre recordado para gloria de la profesión médica y suya personal.

Nuestro beneficiario también fue reclamado para la gestión política de la pandemia, ocupando el cargo de viceseñero de Salud Pública y Plan COVID de la Consejería de Sanidad en la Comunidad de Madrid, en la que también se ocupa de asistencia sanitaria entre mayo de 2020 a septiembre de 2022.

Difícil es encontrar algún médico especialista en medicina interna en España que no haya pasado por un tribunal calificador donde no haya estado el Dr. Zapatero, que desde hace trece años participa como miembro activo de los procesos evaluadores de los internistas españoles, profesión por todos sabido estar en la cúspide de las especialidades médicas de mayor valor.

Ahora nos adentramos ya en la parte que más se identifica con el reconocimiento que hoy se le hace a Antonio Zapatero, y que es aquella vinculada a la investigación y a la enseñanza académica. Y antes de detenerme en ello, quiero significar la dificultad que entraña compaginar y simultanear las otras dimensiones asistenciales y de gestión médica con estas más propias de la intelectualidad y la formación. Ello hace del Dr. Zapatero un ejemplar único en su mundo sanitario y le convierte en un ejemplo difícil de imitar y en un modelo a seguir, pues esa multifacética manera de enfrentar el mundo de la salud le ha permitido liderar con solvencia plena procesos transformadores como los que hoy nos anticipa en su discurso tan lleno de esperanza, como de complejidad ejecutiva.

El Dr. Zapatero acumula 18 años de investigación reconocida, con más de 365 comunicaciones a congresos nacionales, y 83 internacionales, y más de 292 publicaciones, de las cuales 106 en revistas nacionales, y 86 en revistas internacionales. Ha participado en 13 libros colectivos de su especialidad, y es miembro del Comité Científico de la Revista Clínica Española desde enero del 2012 a la actualidad. Es, así mismo, uno de los más temidos revisores de artículos nacionales e internacionales para su calificación y aceptación, siendo uno de los grandes referentes de la medicina interna a todos los niveles.

En el ámbito académico nuestro nuevo colega es profesor titular de la Universidad Rey Juan Carlos, en la especialidad de Medicina Interna. A lo largo de veinte años de actividad académica ha dirigido 9 tesis doctorales y 48 trabajos de fin de máster.

Por si todo esto fuera poco, nuestro querido colega decide dar el salto a la política de partido cuando en octubre de 2022, Alberto Núñez Feijóo, presidente del Partido Popular, le nombra secretario ejecutivo de asistencia sanitaria, encargado de la política sanitaria del partido, actividad que compagina con el ejercicio de la medicina interna como Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada en Madrid a día de hoy.

No sé Uds., pero yo, ya estoy agotado y solo con haber hecho un resumen del 25% de lo que compone el curriculum del Dr. Zapatero.

El definitiva, y concluyendo, la esencia de la vida de Antonio Zapatero se resume en un super médico en la piel de un super deportista, una combinación tan explosiva, como exitosa, por

la que hoy se le reconoce en este acto. Ahora comprenderán Uds. que yo me haya puesto mis mejores galas y haya venido aquí con mis incómodas condecoraciones para rendirle sentido homenaje a este *iron man* de la medicina, con el agravante de que en su caso el triatlón lo es de cuatro disciplinas como hemos visto.

Llega ya la hora de enfrentarme a la parte más académica y conceptual de esta contestación en la que me corresponde dar opinión sobre la interesante disertación de nuestro nuevo colega sobre los hospitales del futuro.

Su intervención ha sido elocuente y consistente sobre el futuro que debería esperarnos en la atención hospitalaria del mañana, y sus argumentos y explicaciones me han parecido coherentes y acertadas, así como correctamente fundamentadas en modelos avanzados y experiencias internacionales vanguardistas, que nos permiten esperar un futuro prometedor para nuestra salud y el alargamiento cualitativo de nuestra esperanza de vida. Me ha gustado especialmente, el recorrido histórico que el Dr. Zapatero hace de los hospitales desde su nacimiento hasta hoy, y donde la influencia religiosa y militar han tenido un sentido y significado especiales.

Quiero detenerme en especial en los aspectos relacionados con el envejecimiento poblacional, la humanización de la medicina, la digitalización modernizadora, y en el concepto de la aportación de valor.

Mientras escribía esta contestación no he podido evitar pensar en cómo sería mi vejez a esos 90 años que de forma natural parece que podrá vivir un ser humano como yo en condiciones saludables, y tengo que reconocer que me ha resultado tan estimulante, como estremecedor, porque enfrentarse a la vejez



sorteando la soledad no deseada y el aislamiento social, me ha parecido una quimera gloriosa en un mundo avanzado, trufado de individualismo, egoísmo, y comportamiento gregario y deshumanizado del que se alimenta la inteligencia artificial, y lo que es más grave, viceversa.

Es evidente que la medicina del futuro que nos presenta nuestro nuevo colega servirá para alargar nuestras vidas, pero el desafío mayúsculo no residirá en su calidad física, sino en la estabilidad emocional que proporcionen los valores, principios y sentimientos buenos que sobrevivan a la modernización tecnológica que estará en el centro de esa vida más larga.

Permítanme ahora darles mi particular visión sobre la humanización de la medicina, donde la empatía, la compasión, los buenos sentimientos hacia nuestros semejantes que sufren o padecen, no pueden depender solo de la ética personal y de la voluntad individual del personal sanitario. La dignidad de la atención sanitaria, el respeto por el paciente y la comprensión holística de su situación deben formar parte de un modelo de gestión sanitaria con principios sólidos y estructurados sobre una gobernanza tan sensible, como eficiente, y con una transparencia tan clara, como elocuente.

La calidad de la atención a un ser humano doliente no puede depender de la temporalidad y del calendario, como bien dice el Dr. Zapatero, porque ello revela una muy deficiente organización en términos de producción de la atención médica, lo que no ocurre en ningún otro servicio o proceso industrial en el mundo.

La FIAT no hace peores motores, o coches, los fines de semana, porque su proceso industrial esta estandarizado y regido por una misma gobernanza, que no permite un menú a la carta ges-

tionado en función, en este caso que nos ocupa, de los intereses de los profesionales sanitarios, y de las administraciones que los gobiernan, ya sean públicas o privadas, y no de los pacientes.

La aplicación de las tecnologías vinculadas a la digitalización y a la inteligencia artificial, son sin duda ninguna las palancas esenciales y extraordinarias que están ya al alcance de nuestras manos para producir una transformación formidable de la medicina y de su mejora, siempre que todo ese nuevo valor asistencial este centrado en el paciente a través de planes individualizados y participativos, como bien ha dicho nuestro beneficiario. Es más que evidente que en muchos campos de la medicina la eficacia digital es superior a la humana, y lo que está por ver es la capacidad del ser humano, en este caso médico o profesional sanitario, de aceptarlo con humildad y proactivo entusiasmo, superando falsos complejos sobre la eventual sustitución del hombre por la máquina, que producen en nuestros mundos habituales unos niveles de resistencia enormes que son factores limitantes del progreso y de la mejora.

Me ha parecido especialmente atractivo, como economista que soy, y por deformación profesional, el concepto de aportación de valor que el Dr. Zapatero incorpora en su propuesta, y que resume en algo tan sencillo como “la mejora de la calidad de la sanidad con una aplicación eficiente de los recursos”, axioma que me genera un interrogante sobre la adecuada conciliación entre el valor tangible de la mejora física y del intangible de la mejora moral con el valor económico y su eficiencia.

Esta cuadratura del círculo, que parece emerger de la propuesta inteligente y audaz del Dr. Zapatero sobre su hospital del futuro me produce una gran inquietud, porque encuentro a faltar como despejar la incógnita más crítica de la ecuación. Aquella que no está en la mano del Dr. Zapatero, ni de nadie de manera

estructurada, y que tiene que ver con el comportamiento de los seres humanos que tendrán que ser protagonistas de este gran cambio, y para que este no quede en esa quimera gloriosa a la que me refería anteriormente. Muy especialmente me refiero a los médicos y al personal sanitario, incluyendo esa nueva figura de enfermera comunitaria empoderada, que me parece especialmente novedoso y útil.

Este hospital del futuro que garantiza la ampliación de nuestra vida saludable, que nos llena de esperanza y tranquilidad, ha de superar la incógnita que se deriva de la actitud de los sujetos activos principales de ese cambio, es decir del personal sanitario al que me he referido anteriormente.

Me parece que hacen falta, no solo muchos años de pedagogía, sino también y muy especialmente, el sostenimiento y acrecentamiento de los valores más nobles de la condición humana, de esa fraternidad responsable que cada día resulta más frágil, más débil y escasa, y que se camufla detrás de conceptos nuevos como la sostenibilidad, que sin solidaridad no es nada.

¿Cómo encontrar esa fraternidad y convertirla en un pilar esencial de ese nuevo edificio moral sobre el que ha de sustentarse esta nueva medicina, al tiempo que las máquinas frías y calculadoras, nos permiten acercarnos a la perfección y a la inmortalidad? ¿Será suficiente rescatar el viejo principio de “no hagas al prójimo lo que no quieras para ti”, y ponerlo en el frontispicio de cada nuevo hospital del futuro?... al tiempo que, promovemos esa participación ciudadana tan necesaria para favorecer el rol de los ciudadanos como cogestores de salud.

Me temo que, con tan poca creatividad intelectual por mi parte, nuestra querida academia, hoy ya tuya y mía, amigo Antonio, no vuelva a designarme para contestación alguna más,

pero hay veces que en la vida el regreso a lo básico resulta ser lo más innovador, por haber caído en desuso aun siendo tremendamente útil e importante.

Por último, querido Toñín, que así te llamamos los amigos, permíteme decirte que, con tu incorporación, nuestra academia se engrandece y se ennoblece, y nos sentimos verdaderamente honrados y felices de tenerte en nuestro seno. Si la vida te permite alcanzar el éxito en la política, en la que hoy te mueves, tu poder transformador será muy superior y tendrás el privilegio de llevar a la práctica lo que hoy de manera magistral acabas de exponer. Te deseo lo mejor en ello, así como para todo en tu vida. Para empezar, y como buen presagio hoy te conviertes en excelentísimo señor, y fíjate aún antes de ser ministro de sanidad.

Enhorabuena de todo corazón, espero que este acto quede en la retina de todos tus familiares y amigos, en especial de tu mujer Raquel, que también te ha acompañado todos estos años, y de tu hermano José, médico como tú, y cirujano eminente, además de buen amigo mío, y me tomo la licencia de recordar en este momento a tus padres, porque de tu padre médico, te vino la vocación, y de tu madre, la perseverancia y el espíritu de sacrificio, ellos también se sentirán muy orgullosos de ti, como los recuerdo alegrarse en la grada cuando ganabas al tenis.

Muchas gracias, he concluido.



PUBLICACIONES DE LA REAL ACADEMIA  
EUROPEA DE DOCTORES

*Publicaciones*



*Revista RAED Tribuna Plural*







**Economista español de origen genovés y miembro de la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras, y vicepresidente de la Real Academia Europea de Doctores, que cuenta con 25 premios Nobel. Figura clave en la corriente de filosofía económica relacionada con la responsabilidad social de las empresas y el buen gobierno corporativo, ha participado en importantes reformas financieras en España y Europa. Entre sus publicaciones: Manual de la Empresa responsable y sostenible; El capitalismo humanista (Marcial Pons 2009); La Responsabilidad social de la empresa motor del cambio empresarial (McGraw Hill 2014).**

**En el ámbito empresarial, ha desempeñado responsabilidades al más alto nivel como presidente del consejo asesor del banco Sociéte Générale durante 8 años, de T-Systems del grupo Deutsche Telekom, primera empresa de integración de sistemas de la UE, y de Bain & Co en España, primera consultora estratégica estadounidense del mundo. También fue Consejero Delegado del Grupo Leche Pascual, líder de la industria alimentaria española, y de la agencia de valores Iberagentes, Presidente de Iberbolsa, fondo de inversión mobiliaria, así como Presidente de la Coalición de Creadores e Industrias Culturales y Audiovisuales de España, desde la que lideró la reforma de la propiedad intelectual y su protección en Internet en 2009-2011. También ha sido Asesor y Consejero de Ericsson,Telepizza (y miembro del Comité de Auditoría), Santander Consumer Bank en Italia, Senior Advisor de Santander Universidades, Euronet Telecom y de KPMG. También ha sido Presidente del Consejo Asesor de Suma Capital Risk Capital and Private Equity Company y del primer Fondo de Eficiencia Energética, Energy Efficiency Fund FCR.**

**Actualmente preside la empresa editorial y de educación digital McGraw Gil, líder mundial para el sur de Europa, y pertenece al Consejo de Administración de Attijari Wafa Bank, banco líder en el norte de África.**

**En el ámbito institucional preside la Fundación Independiente, la fundación más antigua y prestigiosa de España, preside la Asociación Nacional Sociedad Civil Ahora, que organiza los Congresos Nacionales de la Sociedad Civil en España. Es vicepresidente mundial de la Organización Mundial de Diplomacia Pública, think tank estratégico de China.**

**Caballero de la Gran Cruz del Mérito Civil de España.**



*«El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad.»*

Victor Hugo (1802-1885)

*«Tener la humildad de reconocer lo que no sabemos y la curiosidad de repensar la forma en que siempre se han hecho las cosas.»*

Ignacio Vallejo. Médico internista

Antonio Zapatero Gaviria

1914 - 2024

Colección Real Academia Europea de Doctores