



DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICA NUMERARIA,
CELEBRADA POR LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 9 de noviembre de 2023

Discurso de ingreso

de la

Ilma. Sra. Dra. Dña. María Teresa Herranz Marín

‘El Hospital del Futuro por un nuevo modelo de Atención Sanitaria’

Lecciones aprendidas tras la pandemia COVID-19
desde la visión de la medicina interna

Discurso de contestación

por el

Ilmo. Sr. Dr. D. Faustino Herrero Huerta

Académico de Número de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de la Región de Murcia

Edita:



*Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia*

Realización y producción:

Juana Alegría García (juanialegriagarcia@gmail.com)

Depósito Legal:

MUxxxxx

Índice:

1. PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS	9
2. MOTIVACIÓN	14
3. DISCURSO	17
3.1. Introducción	17
3.2. Breve reseña histórica: el origen de los hospitales	20
3.3. Retos del sistema nacional de salud	24
Reto de envejecimiento	25
Reto de la cronicidad.....	25
Reto de las expectativas ciudadanas	26
Reto del desarrollo tecnológico	27
Reto de la sostenibilidad financiera y la crisis macroeconómica.....	29
Reto de la eficiencia.....	30
Reto de la pandemia COVID-19	31
3.4. La pandemia COVID-19 como motor de transformación: oportunidades para el cambio	33
3.5. Concepto de hospital del futuro	36
Un hospital centrado en las personas	37
Un hospital abierto a la comunidad e integrado en redes asistenciales.....	38
Un hospital inteligente y digitalizado.....	39

Índice

Un hospital sostenible, eficiente y resiliente	40
Un hospital innovador.....	41
Un hospital del conocimiento.....	41
Un hospital comprometido con el medio ambiente	42
Un hospital con reconocimiento social	42
4. EPÍLOGO	43
5. BIBLIOGRAFÍA	44
• Discurso de contestación.....	53

Discurso de ingreso

**‘El Hospital del Futuro
por un nuevo modelo
de Atención Sanitaria’**

Lecciones aprendidas tras la pandemia COVID-19
desde la visión de la medicina interna

por la

Ilma. Sra. Dña. María Teresa Herranz Marín

1. Presentación y agradecimientos

Excelentísimo Señor Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia.

Excmos e Ilmos. Sres. Académicos y Autoridades.

Queridos familiares, compañeros y amigos.

Señoras y Señores.

Con la venia, Sr. Presidente.

En este solemne acto de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia, quiero que mis primeras palabras sean las mismas que utilizó el poeta y escritor mejicano Octavio Paz al inicio de su discurso en Estocolmo, cuando recibía el premio Nobel de Literatura en diciembre de 1990: *“Comienzo con una palabra que todos los hombres, desde que el hombre es hombre, han proferido: gracias. Es una palabra que tiene equivalentes en todas las lenguas. Y en todas es rica la gama de significados. Gracia es perdón, indulto, favor, beneficio, nombre, inspiración, facilidad en el estilo de hablar o de pintar, ademán que revela las buenas maneras y, en fin, acto que expresa bondad de alma. La gracia es gratuita, es un don; aquel que lo recibe, el agraciado, si no es un mal nacido, lo agradece: da las gracias. Es lo que yo hago ahora con estas palabras de poco peso. Espero que mi emoción compense su levedad”*. Gracias, sinceras y emocionadas, a los Académicos de Número que han tenido a bien brindarme la oportunidad de ingresar en esta ilustre institución. En particular permítanme

que me dirija a los Académicos Ilmos. Dres. Faustino Herrero Huerta, Ginés Madrid García, Vicente Vicente García, Francisco Ayala de la Peña y Gumersindo González Díaz, para agradecer el honor que me habéis hecho avalando mi presentación y por el privilegio de contar con vuestra amistad. A la anterior Presidenta de la Academia, la Excm. Sra. D^a. María Trinidad Herrero Ezquerro, por apoyar mi candidatura, y al actual Presidente, el Excmo. Sr. D. Manuel Segovia Hernández, por su apreciada amistad perdurable en distintas circunstancias de mi trayectoria profesional. A la Dra. Rocío Álvarez López, mujer ejemplar por su trayectoria vital y profesional pionera en el mundo de la Inmunología, por acceder a acompañarme junto al Dr. Ginés Madrid en esta ceremonia. En la elección de Rocío Álvarez, he querido representar el valor de las mujeres Académicas de esta Ilustre Institución. Es un honor unirme a vosotras, con el deseo de que, por encima de cuotas convenientes, las mujeres tengamos, por méritos propios, mayor oportunidad de acceso a órganos de relevancia como son las Reales Academias de España. Y acabo este apartado de agradecimientos, advirtiendo de antemano que no será el último, dando las gracias al que siempre será mi admirado jefe, el Dr. Faustino Herrero, por haber aceptado responder a mi discurso de ingreso.

Recibí mi designación como Académica electa el día 22 de junio de 2022 con un sentimiento de orgullo, pero también de compromiso y de abrumadora responsabilidad. Unos sentimientos que resultan fácilmente explicables habida cuenta de la categoría científica y humana de los miembros que durante más de doscientos años han logrado que la Real Academia de Medicina y Cirugía mantenga tan alto prestigio en la Región de Murcia. Soy consciente de que alcanzar el nivel esperado y proporcional al privilegio de convertirme en miembro de esta Real Academia supone un reto difícil. Confío en no defraudar a la benevolencia de los Académicos que apoyaron unánimemente mi candidatura y anhelo poder corresponder al honor recibido con mi dedicación leal y productiva al servicio de los objetivos de la Academia.

Antes de avanzar, deseo tener un recuerdo para el Ilustre Acadé-

mico que portó con anterioridad la medalla número 36, que me ha correspondido, y que fue creada para el Excmo. Sr. D. Félix López Hueso en el año 1985. Coincidí con el Dr. López Hueso entre los años 2004 y 2007, pero mi conocimiento sobre su persona era lamentablemente escaso. Ha sido a través de las fuentes escritas como he podido conocer los hitos destacables de mi Ilustre antecesor, un trabajo que me han facilitado los excelentes y entrañables discursos de los Ilustres Académicos Dr. Guzmán Ortuño Pacheco y Dr. Tomás Vicente Vera, con motivo del homenaje *In Memoriam* del 8 de octubre de 2019, recogidos en los Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de 2019, publicados en el volumen 94 y fechado en diciembre de 2020. Muchas gracias, Tomás, porque también en esta ocasión me has tendido la mano para facilitarme el camino.

Félix López Hueso fue médico militar en el ejército del aire, pero alcanzó su prestigio profesional en la medicina privada, con especial dedicación clínica a las enfermedades cardiopulmonares y a la investigación sobre enfermedad pulmonar ocasionada por el tabaquismo. Se le recuerda como uno de los académicos más activos y con mayor dedicación a la Academia, con una dimensión de servicio público que se hizo extensiva al campo de la política como Senador del Reino de España desde 1982 a 1986. Participó en numerosas Comisiones y fue Vicepresidente de la Comisión de Justicia, lo que le hizo merecedor de la Gran Cruz de san Raimundo de Peñafort a propuesta del entonces Ministro de Justicia, D. Fernando Ledesma, siendo uno de los pocos no juristas de la historia que ostentan tal condecoración. En el discurso de contestación al ingreso de Félix López Hueso como Académico de Número en 1985, Don Isidoro Mínguez Delgado lo definió como ‘un hombre aguerrido, legionario de primera línea, obediente siempre a una curiosidad profesional, científica y cultural e incluso política, como si estuviera poseído de un anhelo de lucha, de saber y, por supuesto, de servir’. Será un honor llevar su medalla.

Exponer ante todos ustedes este discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de la Región de Murcia supone para mí un momen-

to trascendente y emotivo que me obliga necesariamente a evocar a las personas que de una u otra manera han contribuido a que hoy me encuentre en esta tribuna. A todas las que nombraré debo gratitud por los recuerdos que de ellas guardo en el corazón, más que en la mente, y pido precavidamente disculpas por las que me he visto obligada a omitir en aras de la brevedad requerida, quebrantando así el pensamiento del escritor y filósofo francés Jean de la Bruyère quien afirmaba que “*sólo un exceso es recomendable en el mundo: el exceso de gratitud*”.

Al Dr. Juan Jiménez Alonso, Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de las Nieves y Catedrático de Medicina Interna en la Universidad de Granada, a quien considero mi MAESTRO con mayúsculas y una de mis fuentes de inspiración profesional y personal. A él debo mi pasión por las enfermedades autoinmunes y que mi objetivo profesional haya sido su ejemplo de médico humanista, de internista riguroso y estudioso, que entiende la historia clínica minuciosa y el proceso de diagnóstico diferencial como las herramientas clínicas más poderosas. También le debo mi compromiso semanal con la lectura del *New England Journal of Medicine* y sus *Case Records*. Gracias a él pude completar mi formación en enfermedades autoinmunes sistémicas en el Sant Thomas’s Hospital de Londres, con los Dres. Graham Hughes y Munther Khamastha, a los que tengo que agradecer ese periodo trascendente de mi carrera que marcó mi futuro.

A todos mis compañeros de trabajo en el hospital Morales Meseguer, y de manera especialmente emotiva a mis compañeros del Servicio de Medicina Interna, a Faustino Herrero y Pepín Arribas, mis jefes, y a todos los adjuntos y residentes, que han pasado por nuestro servicio, porque de todos ellos he aprendido y sigo aprendiendo cada día. Los considero amigos y casi familia, son miles las horas compartidas, y me siento muy afortunada por contar con todos ellos. Sois un estímulo constante para seguir avanzando en la mejora continua de nuestro servicio, porque a diario dais ejemplo de dedicación y compromiso.

A los otros compañeros, y también amigos, con los que he compar-

tido tareas de gestión y política sanitaria. A Domingo Coronado que fue la primera persona que atisbó en mí cualidades para la gestión sanitaria, que tanto me ayudó y del que tanto aprendí. A los directivos de los centros sanitarios de la región que me prestaron su apoyo y al núcleo duro, que siempre estuvo a mi lado. Nunca podré compensar vuestra fidelidad, vuestro esfuerzo, vuestro entusiasmo y las interminables horas de trabajo con el empeño de mejorar la sanidad regional. Hicimos un gran trabajo, y fue gracias a vosotros.

A mis amigas, las que comparten conmigo alegrías y tristezas, éxitos y algunos fracasos, las me hacen reír, me consuelan y me aconsejan. Las que incluso en momentos muy delicados de su vida estuvieron a mi lado poniendo mi necesidad y el compromiso adquirido por encima de su salud. Las que hoy os sentís emocionadas y orgullosas conmigo, porque sois parte de mí. No hay forma de medir cuánto os debo y lo mucho que os quiero.

De manera muy especial quiero agradecer a mis padres. Ellos fueron los primeros en quienes pensé cuando recibí la propuesta de ingreso en la Academia, en cuán orgullosos se sentirían y en la suerte de tenerlos conmigo, ya casi nonagenarios, para que puedan compartir este momento tan emotivo. A ellos les debo lo que soy, me brindaron con su esfuerzo las mejores oportunidades para que pudiera cumplir mis sueños y tener una vida mejor que la suya, han vivido siempre por y para mi hermana M. José y para mí, y nos han acompañado con devoción en cada momento de nuestra vida. Tenéis una gran familia que os adora: 2 hijas, 2 yernos, 12 nietos y 15 bisnietos. Casi 16. Ese es vuestro mejor legado.

Finalmente, la mayor deuda de gratitud la tengo con mi marido y con mis tres hijas, por su amor y su apoyo incondicionales, y porque ellos son el pilar de mi vida. A mi marido, que ha sabido asumir resignadamente mis muchas ausencias por motivos de trabajo, y al que sigo queriendo y admirando desde hace más de 40 años. A nuestras preciosas hijas, Teresa, Claudia y Marina, que son el orgullo y la alegría de nuestras vidas. Os habéis convertido en mujeres fuertes, preparadas

y valientes, os quiero *“de aquí a la luna,... y vuelta”*. A ellos cuatro les dedico el reconocimiento que supone mi ingreso en la Academia, porque sin ellos nada sería posible. Gracias por estar a mi lado.

2. Motivación

“In a dark time, the eye begins to see”.
(Theodore Roethke, poeta estadounidense)

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la que se convertiría en la primera gran pandemia del siglo XXI. La rápida propagación de la COVID-19 generó una crisis sanitaria sin precedentes, y al mismo tiempo nos hizo ser conscientes del valor de la salud como uno de los pilares fundamentales de nuestro sistema de bienestar y de la importancia de contar con un sistema sanitario público, eficaz y eficiente.

La peor crisis sanitaria del planeta en el último siglo dejó un impacto profundo y doloroso en nuestra sociedad, con más de 670 millones de personas contagiadas y cerca de siete millones de fallecidos oficialmente registrados, aunque “es probable” que la cifra real sea más cercana a los 20 millones de muertos, según las declaraciones públicas del Director de la OMS. En nuestro país los datos a fecha de junio de 2023, tras declararse el fin de la emergencia sanitaria, arrojaban la cifra de 13,9 millones de contagios y casi 122.000 fallecidos. La mortalidad en las personas mayores ha sido muy notable, especialmente entre los internados en residencias, que han sufrido las deficiencias de un sistema de salud y un sistema sociosanitario, insuficientemente conectados y carentes de capacidad organizativa para dar una respuesta integrada y centrada en sus necesidades. Es evidente que el precio pagado ha sido altísimo, en primer lugar por el número de vidas perdidas, pero también por la repercusión en la salud de nuestra población, por las secuelas físicas y psicológicas que todavía seguimos asistiendo

en nuestros centros sanitarios, y por las graves consecuencias económicas y sociales que esta pandemia ha dejado en todo el mundo.

Este desafío sin precedentes nos ha dejado lecciones y experiencias que representan una oportunidad para mejorar nuestro sistema sanitario y avanzar hacia una atención más flexible, eficiente y orientada a las necesidades de las personas, para que lo aprendido nos permita estar mejor preparados en el futuro. Pero la pandemia también ha puesto de manifiesto las contradicciones y debilidades del SNS español, que derivan principalmente de la falta de adaptación de un modelo organizativo que fue diseñado para la situación sociodemográfica imperante en los años 80 y que, como veremos más adelante, dista mucho de la realidad actual.

Estamos ante un problema crónico, conocido y debatido desde hace más de 30 años, cuando la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (SNS), presidida por Fernando Abril Martorell, y siendo Ministro de Sanidad el socialista Julián García Vargas, presentó, en febrero de 1990, una Proposición No de Ley ante el Pleno del Congreso de los Diputados advirtiendo en su exposición de motivos acerca de *“las crecientes tensiones económicas derivadas del imparable aumento de los gastos sanitarios, de las profundas mutaciones demográficas, la presión incesante del proceso médico-técnico y las nuevas actitudes sociales, elementos todos estos demandantes, en todo el mundo, de una revisión y transformación de los actuales sistemas de asistencia sanitaria”*¹. A la comisión se le encargó analizar la estructura, organización y funcionamiento del SNS, considerar el impacto de los previsible escenarios económicos y sociales del futuro próximo y proponer medidas de mejora. El conocido como “Informe Abril” se publicó el 25 de septiembre de 1991, y en sus conclusiones se valoraron como deficiencias la indeterminación presupuestaria, la irresponsabilidad

1. Grupo Parlamentario de CDS. Texto de la proposición parlamentaria (Informe Abril). Proposición no de Ley ante el Pleno. 25 de enero de 1990. http://www.consorci.org/media/upload/pdf/docs_norm/resumen_informe_abril.pdf

burocrática, la ineficiencia, la rigidez administrativa, los incentivos perversos, la insatisfacción del usuario, el desánimo del personal sanitario y la politización. Se presentaron 64 recomendaciones para solucionar estos problemas, que no fueron atendidas por el gobierno de España y que hoy en día siguen en su mayoría pendientes.

Conocí el “Informe Abril” durante mi etapa de formación como residente de Medicina Interna. Pero mi interés por la gestión despertó años después con motivo del proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las instituciones sanitarias dependientes del extinto INSALUD, regulada por la Ley 16/2001. Algunos de los presentes recordarán aquella convocatoria extraordinaria en la que se exigía superar una fase de selección consistente en una memoria que debía incluir (sic): *“análisis detallado de las funciones que se deben desarrollar en la categoría o especialidad a la que se opta, determinación de los conocimientos y medios necesarios para su desempeño, nivel de responsabilidad, así como la importancia que las funciones que hayan de desempeñarse tengan en la organización”*². Fue durante la elaboración de aquella memoria cuando descubrí las características de los diferentes sistemas sanitarios, las bondades y las deficiencias de nuestro SNS, y la importancia de que cada una de nuestras actuaciones clínicas se rijan con criterios de calidad y eficiencia, de colaborar en la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario y cumplir con el compromiso social que elegimos al hacernos médicos. Este compromiso es el que he procurado desarrollar en mi actividad asistencial y muy especialmente en las responsabilidades que durante un amplio periodo de mi carrera profesional me han correspondido, en primer lugar en la subdirección y dirección médica del hospital Morales Meseguer, posteriormente cuando tuve el honor de desempeñar el cargo de Consejera de Sanidad del Gobierno de la Región de Murcia

2. «BOE» núm. 280, de 22/11/2001. Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud.

(2004-2007), y desde el año 2014 en puestos de mando intermedio dentro del Servicio de Medicina Interna de mi hospital, primero como Jefa de Sección y desde octubre de 2021 como Jefa de Servicio.

Y ese mismo compromiso es el que explica que hoy esté aquí con la intención de versar mi discurso de ingreso en la Academia sobre gestión sanitaria, y no sobre la que ha sido el área a la que he prestado especial dedicación dentro de mi especialidad, que son las enfermedades autoinmunes, sobre las que espero poder hablarles en otra ocasión.

Sn más dilación, paso a dar lectura al discurso titulado: **“Por un nuevo modelo de atención sanitaria: el hospital del futuro. Lecciones aprendidas tras la pandemia COVID-19 desde la visión de la Medicina Interna”**.

3. Discurso

3.1. Introducción

“En los momentos de crisis, solo la imaginación es más importante que el conocimiento”.

(Albert Einstein, físico)

Han pasado más de 20 años desde que la Organización Mundial de la Salud situase a España en el top 10 mundial de sistemas sanitarios³. Y más recientemente, otro ranking internacional elaborado en 2018 por la empresa de información financiera Bloomberg, coronaba a nuestro SNS como el más eficiente de toda Europa y el tercero en el mundo, solo por detrás de Hong Kong y Singapu⁴.

¿Por qué, entonces, se ha generalizado la necesidad de reformar el

3. The World health report: 2000: health systems: improving performance. World Health Organization (2000). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>

4. Miller LY, Lu W. These Are the Economies with the Most (and Least) Efficient Health Care. 2018. <https://www.bloomberg.com>

SNS?. ¿Qué está fallando en el que se propugna como uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo?. ¿Sigue valiendo su estructura y su organización? ¿Es realmente necesario un cambio de modelo asistencial?. A lo largo de mi exposición comprobarán que la respuesta a estas preguntas es que **el cambio no solo es necesario, sino que además es urgente.**

Para evitar instalarnos en la autocomplacencia sobre la bondad y teórica eficiencia del SNS, es necesario conocer los parámetros utilizados en el análisis comparativo de los sistemas sanitarios. En primer lugar, hay que destacar que tanto en el informe de la OMS como en el informe Bloomberg, al menos un 50% de la puntuación está determinada por la esperanza de vida al nacer, que en nuestro caso es muy elevada. En 2021 España fue, con 83,6 años, el país con mayor longevidad de la Unión Europea y el cuarto del mundo, solo por detrás de Japón (84.67 años) y Suiza (83.8 años), y empatado con Singapur. Y aunque la longevidad de la población suele tomarse como uno de los indicadores del éxito de un sistema sanitario, existen otros factores determinantes de la salud con igual o mayor relevancia en la esperanza de vida, como son la biología, el medio ambiente, los estilos de vida y los factores socioeconómicos. De hecho, el impacto de los sistemas sanitarios sobre la salud oscila entre un 11%, según el clásico análisis epidemiológico de Denver⁵ y un máximo del 50% según estudios publicados por la OMS⁶.

Otro indicador que nos posiciona en primeros puestos del ránking es la teórica eficiencia del SNS español, medida por el porcentaje de PIB dedicado a sanidad, con un gasto público sanitario menor que otros países europeos con peores resultados en salud. La realidad es que el menor gasto en el SNS no puede interpretarse en términos de excelencia, sino en los graves recortes sanitarios realizados entre los

5. Dever GEA. An Epidemiology Model for Health Analysis. Soc Ind Res 1976; 2:465

6. Figueras J, McKee M, Lessof S et al. Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems: background document 3. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. (2008) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347997>

años 2010 a 2013, que todavía arrastramos, las bajas remuneraciones de los profesionales, la ausencia de algunas coberturas, entre ellas la salud bucodental, o las deficientes prestaciones en salud mental y en recursos sociosanitarios.

Por estas razones, España resulta bien situada en los análisis comparativos donde predominan los indicadores de esperanza de vida y de gasto sanitario, pero pierde posiciones cuando se utilizan indicadores más específicos del funcionamiento del sistema, como la accesibilidad, los resultados en las diversas patologías, las estrategias de prevención o el acceso a determinadas terapias. De hecho, en el último análisis del año 2021, la agencia Bloomberg ha descendido a España a la decimoquinta posición, basado en su gestión sanitaria de la crisis del COVID y el impacto de ésta en la asistencia a personas con otras enfermedades o dolencias.

Abundando más en el tema, el relato sobre el mejor sistema sanitario del mundo contrasta con el malestar creciente de los profesionales sanitarios y también con las percepciones de los ciudadanos. Según los datos del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad del año 2022, el funcionamiento del sistema sanitario en España recibe una valoración positiva del 57,1% de la población general, el 27,5% opina que, aunque algunas cosas funcionan, necesita cambios fundamentales y un 14,5% cree que el sistema sanitario necesita cambios profundos. Apenas un 14% opina que hay que mantener sin cambios el actual sistema.

Antes de avanzar, dejaré claro que, en mi opinión, los españoles tenemos un excelente sistema de salud, y que la reorientación que se reclama debe ser abordada sin perder las señas de identidad del que se reconoce como pilar fundamental de nuestro Estado de Bienestar: un sistema redistributivo, que favorece la igualdad de oportunidades, con acceso universal a una amplísima cartera de servicios y con altas cotas de calidad asistencial. Pero a diferencia de otros países de nuestro entorno con sistemas de salud similares, como el Nacional Health Service del Reino Unido, nuestro SNS no ha experimentado

las necesarias reformas estructurales y organizativas para adaptarse a la realidad actual, muy diferente a la que existía cuando fue creado en 1986 con la Ley General de Sanidad.

3.2. Breve reseña histórica: el origen de los hospitales

“Estudiar el pasado puede definir el futuro”.

(Confucio, filósofo chino)

Permítanme una muy breve incursión en la historia de los hospitales desde su origen hasta nuestros días, con el afán de responder a las 3 preguntas existenciales básicas, aplicadas a la organización hospitalaria: ¿de dónde venimos?, ¿qué somos? y ¿hacia dónde vamos?.

El origen de los hospitales se remonta a las civilizaciones antiguas en Grecia, el Imperio Romano y también en el subcontinente indio. Desde el año 4000 a.c. los templos dedicados a los antiguos dioses fueron reconocidos como centros de curación, dentro de una mentalidad mágico-religiosa. Los templos curativos conocidos como *«askepliones»*, en honor de Asclepio, el dios griego de la Medicina, aparecen unos 400 a 500 años a.c. en Asia Menor, ubicados fuera de las polis y gestionados por sacerdotes que utilizaban plantas sagradas y el poder mágico de las serpientes para sus terapias. Se sabe que en el templo de Asclepio de Pérgamo había una inscripción en la entrada con la siguiente frase: “Para la grandeza de todos los dioses está prohibida la entrada de la muerte en esta plaza sagrada”. Al parecer los enfermos eran examinados en la Gran Puerta y todos aquellos que eran considerados incurables tenían prohibida la entrada, al igual que las mujeres embarazadas, a fin de evitar que nadie falleciera en el templo.

Con la llegada del Imperio Romano aparecen los «valetudinaria», del latín -enfermizo o de salud quebrada-, construidos en la época del emperador Augusto, como lugar de descanso y sanación de esclavos y soldados que luchaban en las guerras fronterizas. Sin embargo, el

primer hospital del que se tiene noticias en los textos antiguos fue un templo construido en Roma en el año 293 a.c. dedicado al dios pagano Esculapio, al que los griegos llamaban Asclepios. El objetivo de esta edificación tampoco era prestar asistencia sanitaria como conocemos hoy en día, sino «hospedar» -de ahí el nombre, del latín «*hospedale*»- a los pacientes pobres de la comunidad mientras esperaban la muerte; se cumplían así dos objetivos, uno ético -mostrar piedad- y otro social - limpiar las calles de moribundos.

Los hospitales públicos propiamente dichos, con el concepto que hoy tenemos de hospital no existieron hasta el siglo IV cuando el emperador romano Constantino el Grande, habiéndose convertido al cristianismo, abolió todos los hospitales paganos y la enfermedad se convirtió en un asunto de la iglesia cristiana. El primer hospital registrado documentalmente con este nuevo concepto de asistencia al enfermo fue el fundado por el obispo San Basilio Magno en el año 370, después de una época de hambruna, en Cesarea de Capadocia (actualmente Kayseri, en Turquía). En pocas décadas, el hospital experimentaría un desarrollo y progreso en todas las sociedades bizantinas, medievales europeas e islámicas desde el siglo V y durante toda la Edad Media hasta el siglo XV, como instituciones benéficas vinculados a la Iglesia Católica y a las órdenes religiosas, que se encargaban de su administración y de su financiación. Los hospitales medievales se basaban en el principio de la caridad y se centraban en la asistencia a los más desfavorecidos, sin una orientación científica ni técnica.

A partir del siglo XVIII, con el desarrollo del Estado moderno y el avance de la medicina, los hospitales experimentaron una transformación progresiva. Se crearon nuevos hospitales civiles bajo el control del poder público, que se ocupaba de su regulación y de su sostenimiento económico. Los hospitales se convirtieron en centros de enseñanza e investigación médica, donde se aplicaban los conocimientos anatómicos, fisiológicos y terapéuticos de la época. Es la época de los hospitales ilustrados, con una función principalmente docente y científica, y una mayor profesionalización del personal sanitario.

El siglo XIX fue testigo de un rápido avance en la medicina y la tecnología, lo que llevó a una mayor especialización y a la aparición de hospitales más avanzados. Durante este periodo, surgieron importantes figuras como Florence Nightingale, que revolucionó la enfermería y promovió la higiene hospitalaria.

Durante el siglo pasado, con el auge de los movimientos sociales y las demandas de bienestar, los hospitales sufrieron una nueva transformación ligado fundamentalmente al desarrollo del conocimiento científico y la explosión tecnológica. Los modelos organizativos también evolucionaron y apareció la jerarquización de los servicios clínicos, mientras que el saber médico, debido a las necesidades de la cada vez mayor especialización, se fue fragmentando. Los hospitales se convirtieron en centros multidisciplinarios, donde se integraban diversas especialidades médicas y se aplicaban tratamientos más sofisticados. La modernización de red hospitalaria, que en nuestro país se había iniciado en los años 60 a 80, da lugar a la construcción y puesta en funcionamiento de los grandes hospitales de la Seguridad Social, con importantes incrementos en el número de profesionales sanitarios y también del gasto sanitario público, que pasó del 1.2% del PIB en 1960, al 3.6% en 1975⁷. Esta corriente de modernización de la asistencia sanitaria va ligada directamente a creación y desarrollo de la formación sanitaria especializada en España por el sistema MIR de Médicos Internos Residentes, que fue una traslación del modelo de «aprender trabajando» de EE. UU. El Hospital General de Asturias (Oviedo) fue el pionero en la formación MIR con el primer programa de internos y residentes en 1963 bajo la dirección del Dr. Carles Soler Durall. Proveniente de la universidad de Yale, incorporó profesionales jóvenes que, como él mismo, habían completado su formación en EE. UU. y habían conocido el avance de las especialidades y otras formas de enseñar y ejercer la medicina. En 1964, la Clínica Puerta de Hierro

7. Jiménez Palacios A. El Sistema Nacional de Salud 20 años después. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Abril 2006; 4 (2):311-322

de Madrid de la mano de los Profs. José M^a Segovia de Arana y Diego Figuera Aymerich, convoca sus primeras plazas de internos y residentes. El sistema MIR se generalizó en 1972 y se consolidó en 1984 como única vía legal de especialización en nuestro país.

En 1987 se publicó el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprobaba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD, y con el Real Decreto 571/1990 se completó la reforma de la gestión de la asistencia especializada, adscribiendo los ambulatorios de especialidades al hospital de su área sanitaria. Desde entonces y hasta la actualidad se ha mantenido la misma estructura organizativa de gestión piramidal dictada por el reglamento de hospitales de 1987, constituida por un gerente a la cabeza y tres direcciones (médica, de enfermería y de gestión), operando como centros de gasto, sin autonomía de gestión. La implantación de este modelo introdujo un importante cambio en la gestión de los hospitales. Aparece la dirección por objetivos, tanto asistenciales como económicos, se implantan nuevas infraestructuras de sistemas de información homologada y se introduce el parámetro de control de calidad, pero manteniendo la rigidez de gestión de las administraciones públicas, especialmente en lo que se refiere a la burocracia administrativa y al modelo de gestión de los recursos humanos. El modelo de vinculación funcionarial del personal facultativo español al SNS es una excepción entre las economías avanzadas, con férreas rigideces en la captación, contratación e incentivación de los profesionales, incompatible con un modelo más eficiente de gestión clínica que permita la transferencia de responsabilidad a los profesionales, la evaluación del desempeño y los incentivos basados en resultados.

El resultado de esta organización es un sistema poco eficiente, con alta variabilidad clínica y baja productividad reconocida, poco orientado a resultados, incapaz de promover la salud y prevenir la enfermedad. Porque a pesar de su denominación, nuestro SNS nació como sistema sanitario, no de salud, diseñado para la atención a la enfermedad en pacientes agudos y organizado con una estructura rígida y

fragmentada en dos niveles diferenciados, la atención hospitalaria y la atención primaria. Tenemos un sistema saturado, reactivo y hospitalocentrista, que dificulta enormemente la continuidad asistencial, aumenta la tasa de ingresos hospitalarios y agrava la vulnerabilidad de los pacientes. Con importantes inequidades en su acceso y con poca capacidad para proveer una atención integrada basada en las necesidades de las personas. Según los últimos datos del Ministerio de Sanidad correspondientes al mes de junio de 2022, había más de 793.000 personas en lista de espera para una intervención no urgente con un tiempo medio de espera de 120 días. En cuanto a las primeras consultas, el mismo informe señala que el tiempo medio era de 95 días y en el caso de especialidades como Neurología, la espera en algunas comunidades se prolonga hasta el año.

Por todo ello, debemos ser conscientes de que, a pesar de sus muchas fortalezas, **el SNS está en crisis, probablemente la más grave de su historia**. Una crisis que se origina por un modelo de atención sanitaria obsoleto, que no es capaz de enfrentarse con solvencia a sus retos y debilidades, perfectamente identificados y sistemáticamente ignorados en los últimos años.

3.3. Retos del sistema nacional de salud

“Cuando la vida nos pone retos el ser humano siempre responde, porque en las dificultades es cuando somos mejores”.

(Diego Pablo Simeone, futbolista)

En las últimas décadas hemos asistido a una rápida y profunda transformación de la sociedad. Los cambios demográficos derivados del envejecimiento de la población y el gran aumento de pacientes frágiles, complejos, polimedicados y dependientes, imponen nuevos e importantes retos para una organización sanitaria con importantes deficiencias funcionales y estructurales. A todo ello hay que sumar el reto del

desarrollo imparable de una tecnología e innovación sanitaria cada vez más eficaz y segura, pero también más costosa, con recursos financieros cada vez más limitados, en un contexto de crisis económica global. Sin olvidar las crecientes expectativas de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios que necesita y reclama, y las tensiones permanentes que genera la sostenibilidad de nuestro SNS.

Son desafíos que plantean escenarios complejos y dinámicos, que requieren una adaptación constante.

- **Reto del envejecimiento.** Con una esperanza de vida entre las más altas de mundo y con la tasa de natalidad más baja de la UE, solo por detrás de Malta, en España tenemos una pirámide poblacional envejecida que impacta directamente sobre la organización del sistema sanitario y su sostenibilidad. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, se prevé que en el año 2050 un 30% de la población española tendrá 65 o más años, lo que supone un aumento del 69% frente a la población actual; el número de personas mayores de 80 años se multiplicará por 2 y la población centenaria (los que tienen 100 años o más) pasarán de las 14.000 personas (aprox.) en la actualidad a más de 225.000 en el año 2072⁸.
- **Reto de la cronicidad.** Este envejecimiento poblacional conlleva un riesgo aumentado de padecer enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, las respiratorias, las neurodegenerativas o las oncológicas, que se constituyen como una verdadera epidemia en el conjunto de los países europeos. Según datos del Ministerio de Sanidad, el 50% de la población española padece al menos una enfermedad crónica y el 20% tiene dos o más enfermedades. Además, el 80% de las consultas médicas y el 77% de las hospitalizaciones están relacionadas con enfermedades crónicas. El au-

8. INE: Proyecciones de población 2022-2072. Nota de prensa 13 de octubre 2022. www.ine.es

mento progresivo de la población más envejecida incrementará la frecuentación de pacientes con multimorbilidad, polimedicados, frágiles y dependientes en todos los servicios, médicos y quirúrgicos, de unas estructuras hospitalarias que hoy en día no están concebidos para este fin. Para dar respuesta a esta demanda, el hospital del futuro en el SNS deberá garantizar la continuidad de la asistencia desarrollando programas de atención sistemática a los pacientes crónicos complejos. Los servicios generalistas de Atención Primaria y de Medicina Interna, como referente hospitalario, deben ser protagonistas en el cambio de modelo asistencial, potenciando el papel de las enfermeras de enlace o gestora de casos y facilitando una mayor coordinación entre el hospital y los sistemas sociosanitarios. El desarrollo de planes integrales y personalizados de atención a la cronicidad debe servir de hoja de ruta para la planificación de la atención sanitaria teniendo en cuenta las necesidades reales de las personas y sus circunstancias personales y familiares. La experiencia ha demostrado que la atención sistemática a los procesos crónicos más prevalentes, como la insuficiencia cardiaca, en base a equipos multidisciplinares con programas de atención integral, disminuye la necesidad de consultas a los servicios de urgencias, evita ingresos innecesarios y mejora la calidad de vida.

- **Reto de las expectativas ciudadanas.** La sociedad moderna ha experimentado un cambio considerable en los patrones de vida, costumbres y prioridades de las personas, y también en sus expectativas respecto a los servicios que quieren recibir. El sistema sanitario deberá adaptarse a las demandas de una sociedad más exigente e informada, que espera inmediatez de respuesta, capacidad de elección, transparencia de la información, y mayor confortabilidad hostelera en sus ingresos hospitalarios, con un trato personalizado y en un marco de conectividad global. El hospital del futuro deberá integrar al paciente como un agente activo en el

manejo de su salud, adaptarse a las demandas de los ciudadanos e incorporar estándares de calidad basados en la experiencia del paciente como factor crítico para la legitimación social del sistema.

- **Reto del desarrollo tecnológico.** El desarrollo y la difusión acelerada de la tecnología sanitaria se ha identificado como el factor más relevante de transformación de los sistemas de salud, pero a un alto coste difícilmente asumible. En los últimos años hemos asistido a la revolución en la cirugía robótica y de precisión, abanderada por especialidades como la urología, la cirugía general o la ginecología. Hemos hecho avances significativos en nuevos fármacos de alto valor terapéutico para la hepatitis C, enfermedad de Alzheimer enfermedades oncohematológicas o autoinmunes, y están por llegar nuevos productos basados en nanotecnología o en el cribaje y manipulación genética, a los que seguramente seguirán los medicamentos biotecnológicos, los implantes electromédicos y la tecnología de las células-madre. Es previsible que el incremento de estos productos y su alto coste desestabilice los sistemas sanitarios.

Y merece una mención específica el reto de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el sistema sanitario. **El sector salud ha hecho de las TICs un elemento básico para mejorar la gestión y la atención a los pacientes.** En este sentido, España ha sido uno de los primeros países de la UE en tener un sistema de historia clínica y de receta electrónica que cubra a la mayoría de su población. La Salud Digital se ha convertido en una extensa área de conocimiento que incluye el uso de aplicaciones móviles, blogs y páginas webs especializadas, dispositivos de monitorización de constantes vitales, sistemas de información sanitaria digitalizada e interoperable, robots, aplicativos de realidad virtual y realidad aumentada, herramientas con inteligencia artificial y una mayor conexión entre profesionales y entre pacientes gracias a las redes sociales o la telemedicina. Es parte de

una gran transformación social hacia el mundo digital, que afecta a todos los sectores productivos, y que en sanidad está en pleno desarrollo.

Pero la salud digital también conlleva obstáculos y desafíos. El primero es la **brecha digital**, que afecta a una parte significativa de la población por falta de conocimientos o de recursos, fundamentalmente entre pacientes mayores, que en muchos casos se sienten excluidos del sistema. Un claro ejemplo de ello es el sector bancario, en el que la campaña “Soy mayor, no idiota” ha puesto de manifiesto la dificultad de estas personas para acceder a los servicios financieros. Esta situación no puede permitirse en el ámbito de la asistencia sanitaria, por lo que resulta preciso identificar en cada momento para qué pacientes y en qué entorno hemos de utilizar la telemedicina.

El segundo desafío es la privacidad de los datos y la **ciberseguridad**. La interconexión de dispositivos médicos y el uso de conexiones remotas para su mantenimiento hacen que el sector sanitario sea especialmente vulnerable a los ciberataques. Los ciberdelincuentes se centran cada vez más en hospitales por tratarse de infraestructuras críticas que se convierten en objeto de secuestro para comerciar con los datos o pedir cuantiosos rescates económicos. La noticia más recientemente conocida al respecto ocurrió durante el mes de octubre del 2022, cuando un ciberataque paralizaba tres hospitales de Cataluña. Pero según datos del Instituto Nacional de Seguridad, el 89% de las organizaciones sanitarias sufrió una media de 43 ataques en el último año, casi uno por semana⁹. El hospital del futuro deberá desarrollar protocolos de uso y sistema de protección de los datos para garantizar una atención médica segura y confiable.

El tercer desafío al implementar el uso de las TICs en el sector

9. Dominguez, MLuz. “El 89% De Las Organizaciones Sanitarias Sufre Ciberataques Casi Cada Semana” Cyber-Security News. Last modified December 12, 2022. <https://cybersecuritynews.es/el-89-de-las-organizaciones-sanitarias-sufre-ciberataques-casi-cada-semana/>

de la salud es la **despersonalización** en la atención, con riesgo de crear relaciones frías, distantes y deshumanizadas. Para evitarlo, los profesionales deberán adquirir habilidades en comunicación digital y se deben diseñar herramientas y sistemas de comunicación que tengan en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios (tanto profesionales de la salud como pacientes). Porque a pesar de que las TICs son una herramienta valiosa, no pueden reemplazar completamente la interacción humana, la *High-tech* no debe sustituir a la *High-touch*. La medicina *High-touch* es una medicina basada en una historia clínica bien elaborada junto a una correcta exploración física y una interpretación crítica de la información obtenida. Asistimos actualmente a una crisis en la aplicación correcta del método clínico, debido a un progresivo menosprecio de la historia clínica asociado a una creciente debilidad en el desarrollo de las habilidades semiológicas y clínicas, sobrevaloración de la tecnología, falta de tiempo en la consulta médica y desinterés por entablar una idónea relación médico-paciente. El hospital del futuro deberá incorporar las nuevas tecnologías para mejorar la gestión, la calidad y la eficiencia de sus procesos asistenciales; así como para facilitar la comunicación e interacción entre profesionales, pacientes e instituciones, pero sin olvidar los principios del razonamiento clínico que William Osler, como padre de la medicina moderna nos legó. Porque la tecnología ha dado a la Medicina grandes herramientas nunca antes imaginadas, pero ninguna de ellas podrá sustituir la **atenta escucha de una narración**, ni el **razonamiento clínico**, ni el enorme poder que reside en la mirada y la palabra para comprender, acompañar y sanar. O el valor de la silla de Gregorio Marañón, para quien la innovación más importante con la que contaba el médico era la silla, que nos permite sentarnos al lado del paciente y escucharlo.

- **Reto de la sostenibilidad financiera y la crisis macroeconómica.** Aunque el gasto sanitario debiera considerarse como

inversión en salud y la asistencia sanitaria es, por sí misma, un importante factor de I+D+I y de crecimiento económico, la realidad es que **el gasto destinado a los sistemas públicos sanitarios supone el principal problema económico de todos los gobiernos** regionales en nuestro país, con crecimientos interanuales por encima de los aumentos del PIB¹⁰. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), de continuar esta tendencia de crecimiento, 2060 será el primer año en que los gobiernos no podrán sostener el coste sanitario, con una previsión de gasto del 14% del PIB en sanidad y servicios sociales¹¹. Para empeorar la situación, el desastre de la guerra de Ucrania durante el último año ha añadido un nuevo factor de incertidumbre económica, sumado a la crisis provocada por la pandemia del SARS-CoV-2, la ruptura de la cadena de suministros, el encarecimiento de los precios de la energía y productos básicos, la inflación generalizada y, como consecuencia de la guerra, una crisis alimentaria que no solamente afecta a los países con menos recursos sino también a la población española más desfavorecida, aumentando el consumo de alimentos más baratos, generalmente ultraprocesados, y, por tanto, el riesgo de obesidad, diabetes, e hipertensión en los estratos socioeconómicos más bajos.

- **Reto de la eficiencia:** El sistema sanitario español, como el resto de los sistemas sanitarios modernos en los países desarrollados, se caracteriza por ser poco eficiente, con un porcentaje muy elevado de gasto inadecuado. Un informe de 2017 referido a los países de la OCDE¹², señalaba que alrededor del 30% de la atención sanitaria se dedica a prácticas duplicadas o de poco valor, consideradas como un “despilfarro”. Los estudios realizados en nuestro país estiman que el 10% de los ingresos y el 30% de las

10. Estadística de gasto sanitario público 2021: Principales resultados. Edición marzo 2023.

11. Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. OECD. 2015

12. OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris.

estancias hospitalarias no son adecuadas y podrían evitarse. En los servicios de urgencias las visitas inadecuadas oscilan entre el 20 y el 80% según definiciones, y hasta un tercio de las exploraciones radiológicas no estarían justificadas. Estos altos porcentajes de sobreutilización afectan también a la cirugía electiva, con cifras hasta el 24% de cirugía de cataratas innecesaria, 12% para artroplastia de rodilla y del 5 al 14% para artroplastia de cadera según estudios en el SNS. En general se estima que **uno de cada 4 euros gastados en el SNS podría no estar aportando valor en términos de salud y bienestar**. Y esto es así porque la mayoría de los modelos de provisión sanitaria, entre ellos el SNS, están erróneamente orientados a generar actividad clínica y no tanto a mejorar la calidad de vida de los pacientes que atienden. Dicho de otra forma, se financia por la cantidad de actividad que se hace, no por los resultados que se obtienen. De hecho, nuestro sistema no dispone, en general, de mecanismos para medir los resultados de salud (salvo la mortalidad). El cambio necesario pasa por conseguir en una organización orientada a la persona y a los procesos, de forma ágil y segura, eliminando todas las prácticas que no aportan valor al paciente ni al profesional.

- **Reto de la pandemia COVID-19.** La pandemia nos obligó a enfrentarnos a desafíos sin precedentes: hospitales desbordados, sin planes de contingencia suficientes para una emergencia sanitaria de ese calibre, con plantillas de recursos humanos insuficientes y con escasez de recursos críticos como equipos de protección o de equipamiento de soporte ventilatorio en las unidades de cuidados intensivos. Las poblaciones marginadas y vulnerables se vieron afectadas de manera desproporcionada, poniendo de manifiesto desigualdades en el acceso a la atención médica. Y se hicieron evidentes problemas relevantes de vigilancia epidemiológica y de coordinación eficaz entre la salud pública, los servicios sociales y los sistemas sanitarios, así como entre niveles asistenciales.

No se puede decir que no estuviéramos avisados. Incluso Bill Gates, en una conferencia impartida en la Massachusetts Medical Society en junio de 2018 y publicada en la revista *New England Journal of Medicine*¹³ afirmaba que existía una probabilidad muy alta de que nuestra generación fuese testigo de una gran pandemia particularmente letal. Y así ha sido. Es momento ahora de trabajar para que estemos preparados frente a otras posibles crisis sanitarias que pudieran venir en el futuro. Porque vendrán.

Desde la antigüedad el género humano ha sufrido y convivido con epidemias y pandemias, que vuelven periódicamente, como si estuvieran ligadas a nuestra propia existencia. Todo el siglo XX estuvo salpicado de importantes epidemias, la más mortal de ellas fue la conocida como “gripe española”, que se extendió por todo el mundo durante 1918-1919 y en la que se calcula que pudieron morir unos 50 millones de personas. Es un peaje que históricamente hemos tenido que sufrir, pero con un papel importante en la evolución de la humanidad, porque todas las pandemias tienen el potencial de transformar la sociedad y cambiar la forma en que las personas viven sus vidas. La primera de las 3 grandes pandemias de peste, la conocida como la plaga de Justiniano, entre los años 542 y 755 d.C. fue una de las causas principales de la caída del imperio romano. Durante 2 siglos la peste acabó con la vida del 25 al 50% de su población: entre 25 y 100 millones de personas. Esta pérdida masiva de vidas humanas paralizó la economía, desencadenando una crisis financiera que agotó las arcas del estado y lastró al que en su día fuera el poderoso ejército imperial.

Otro ejemplo de pandemia transformadora fue la Peste negra que estalló en Europa en el año 1347 y acabó con la vida de entre un tercio y la mitad de la población total europea, que por entonces contaba con 80 millones de personas. La pérdida de tantas vidas sacudió a una sociedad que todavía estaba anclada en el feudalismo. La escasez de mano de obra otorgó a los campesinos más poder de negociación

13. Gates B. Innovation for Pandemics. *N Engl J Med*. 2018 May 31;378(22):2057-2060. doi: 10.1056/NEJMp1806283. PMID: 29847763.

y fomentó el desarrollo de avances tecnológicos para aumentar e la productividad, y muchos campesinos se mudaron a las ciudades donde había oportunidades de trabajo dando lugar a la nueva clase media que estimuló el patrocinio de las artes, la ciencia, la literatura y la filosofía. El resultado fue una explosión de la creatividad cultural e intelectual, que conocemos como el Renacimiento.

Finalmente, la pandemia de cólera, que comenzó en 1817, por cuya causa murieron unos 10 millones de europeos, el 2% de la población, tuvo un impacto significativo en la salud pública y llevó a importantes mejoras en el suministro de agua potable, el saneamiento y la higiene personal que sentaron las bases para el desarrollo de sistemas modernos de salud pública y mejoraron significativamente la calidad de vida en todo el mundo.

3.4. La pandemia COVID-19 como motor de transformación: Oportunidades para el cambio

“El futuro no es lo que va a pasar, sino lo que vamos a hacer”.
(Borges)

La pandemia COVID-19 ha sido una prueba de estrés para nuestros hospitales y en general para el sistema sanitario español, pero también nos ha otorgado enseñanzas valiosas y ha abierto nuevas oportunidades para la innovación y la mejora que debemos utilizar como motor para acelerar las transformaciones que el sistema sanitario requiere.

La primera lección aprendida ha sido la gran capacidad de adaptación de la red sanitaria pública. Hemos comprobado cómo las estructuras organizativas innecesariamente rígidas e inadecuadas en un sector tan dinámico como el sanitario, se hicieron más ágiles y flexibles para dar respuesta al desafío de una elevada presión asistencial y una alta demanda de recursos. Los sanitarios fueron capaces de cambiar

la forma tradicional de trabajar salvando las barreras clásicas de las especialidades médicas, modificado los flujos y procedimientos de trabajo habituales, y utilizando de forma masiva los sistemas de información y la telemedicina, aportando soluciones, de manera natural y acelerada, a una emergencia de dimensiones extraordinarias.

La pandemia ha ayudado a demostrar que el futuro de los sistemas sanitarios ya es una realidad y pasa por apostar por la digitalización y la interoperabilidad. La telemedicina emergió como un pilar fundamental para proporcionar atención a distancia, monitorización remota de pacientes y reducción de la presencia física en hospitales. Así como otras iniciativas dirigidas al uso de nuevas tecnologías para la gestión de datos de salud, para analizar, diagnosticar y predecir la demanda asistencial. Estas soluciones, fueron bien acogidas por parte de los pacientes y los profesionales sanitarios, y en su mayoría se han consolidado en la práctica habitual de nuestros hospitales, aprovechando la oportunidad transformacional que les ha brindado la pandemia y los fondos de la Unión Europea con el programa *Next Generation*.

Además, la crisis evidenció la importancia de priorizar la prevención y la inversión en investigación y desarrollo de tratamientos y vacunas, sentando las bases para un sistema sanitario más resistente y adaptativo.

De manera destacada, hay que resaltar el papel de los profesionales sanitarios como agentes clave en esta crisis sanitaria. La pandemia puso de manifiesto el compromiso, la dedicación y el esfuerzo de los sanitarios que consiguieron adaptarse al reto con responsabilidad, para dar una respuesta conjunta a una ingente demanda asistencial en unas condiciones de incertidumbre nunca conocidas. También se destapó la necesidad de proteger su salud física y mental, reconocer su labor y facilitar su desarrollo profesional.

Permítanme que les hable a continuación en primera persona, porque he sido testigo y artífice de que también los hospitales de nuestra región, concretamente el Hospital General Universitario “Morales Meseguer” y sus profesionales, nos vimos obligados a reformular nues-

tra organización para dar respuesta a la emergencia sanitaria, convirtiendo la pandemia en catalizador y acelerador clave de iniciativas, que ya se vislumbraban antes de la COVID-19, pero no tenían previsto un desarrollo y consolidación inmediato. A pesar de las grandes dificultades para la organización y sectorización de espacios y circuitos en una estructura envejecida y sin posibilidad de expansión, el hospital se sectorizó en áreas COVID y no-COVID, se ampliaron las zonas de atención en Urgencias y UCI, y se intensificó la asistencia en plantas de hospitalización con equipos multidisciplinares liderados por el Servicio de Medicina Interna y en el que se integraron profesionales de todas las especialidades médicas, trabajando al unísono con protocolos comunes, para dar respuesta a las necesidades de los pacientes. Una situación que se reprodujo en la mayoría de hospitales del país, donde los servicios de Medicina Interna en su conjunto han atendido a cerca del 80% de todos pacientes COVID-19 no críticos hospitalizados, dando cuenta de la versatilidad, el nivel de cualificación y la gran capacidad de adaptación que caracteriza a nuestra especialidad.

Volviendo al hospital Morales Meseguer, los servicios de Urgencias y Radiología, con el apoyo de las tecnologías de la información para el análisis de datos clínicos, elaboraron sistemas de estratificación para identificar a los pacientes con mayor riesgo de complicaciones que precisaban de soporte ventilatorio o ingreso en UCI, y evitar el ingreso de numerosas neumonías con riesgo menor que fueron atendidas en domicilio por los facultativos de Atención Primaria y Servicios de Urgencias. El hospital abrió sus puertas para prestar asistencia a los pacientes frágiles institucionalizados en residencias bajo la Coordinación Regional para la Cronicidad Avanzada y la Atención Socio-sanitaria (CORECAAS): 4 internistas de nuestro servicio junto a una enfermera, todas ellas mujeres, participaron en la atención a estos pacientes fuera de las instalaciones hospitalarias.

El Servicio Murciano de Salud impulsó la telemedicina con miles de visitas telefónicas, se facilitaron los trámites administrativos de receta y visados electrónicos, y se implantó la interconsulta no presen-

cial desde atención primaria para la asistencia ambulatoria de todo lo que no podía ser atendido en nuestros hospitales. La pandemia nos ha impulsado la necesidad de aumentar el enfoque ambulatorio en la atención a los procesos agudos, y también a los crónicos. Hemos creado unidades de diagnóstico rápido o de alta resolución, se ha incrementado la atención a los procesos en hospital de día y se han implantado unidades de manejo integral para los pacientes más frágiles y con patología más prevalentes, que el en caso de nuestro hospital ha supuesto el despegue de la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Especializada para los Pacientes Crónicos Complejos y la Unidad de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca, al amparo organizativo del programa regional CARPRIMUR. Todos eran objetivos considerados como prioritarios para el futuro de nuestro servicio y de nuestro hospital, pero hasta la llegada de la pandemia se nos antojaban inalcanzables a corto plazo.

La pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de una sanidad pública convenientemente dotada de recursos humanos y materiales, con un dispositivo hospitalario moderno, eficiente y resiliente, sin dejar de lado el fortalecimiento de elementos clave dentro de la sanidad como la atención primaria, la medicina preventiva o la educación para la salud. Toca ahora aprovechar la oportunidad transformacional iniciada para evolucionar hacia un modelo operativo de hospital del futuro.

3.5. Concepto de hospital del futuro

*“Tu tarea sobre el futuro no es predecirlo,
sino hacerlo posible”.*

(El Principito, Antoine de Saint-Exupery, escritor y aviador francés)

El hospital del futuro no es un edificio o una infraestructura física, sino un concepto que implica un **cambio de paradigma en la medici-**

na y los cuidados de la salud, para pasar de un modelo centrado en las enfermedades a un **modelo centrado en las necesidades y los resultados de salud que importan a las personas**, o lo que es igual, **añadir valor** a la gestión y a la asistencia que prestamos.

Este concepto de **“medicina basada en valor”** fue introducido hace más de una década por el estratega del pensamiento empresarial Michael Porter¹⁴, para definir un nuevo modelo de atención que trata de orientar la práctica asistencial hacia actividades que generen (1) mejores resultados de salud, (2) que sean resultados relevantes para el paciente y su entorno, medidos a través de cuestionarios estructurados denominados PROM (Patient Reported Outcome Measures) y PREM (Patient Reported Experience Measures), y (3) con una medida de eficiencia que es el coste económico por resultado.

El “hospital basado en el valor” es el modelo de organización de la asistencia en los hospitales del futuro que venimos defendiendo desde la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), desarrollado a lo largo de 2018-2019 en un proyecto titulado «El hospital del futuro» , en el que tuve la fortuna de participar como autora del informe publicado en 2020 y como miembro del comité director del proyecto bajo la dirección científica del entonces presidente de la SEMI, el Dr. Ricardo Gómez-Huelgas, y la dirección técnica de Javier Elola, como director de la Fundación IMAS (Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria) que colaboró en el proyecto.

¿Cuáles serán las principales características del hospital del futuro, desde el punto de vista de la medicina interna?. Analizaremos a continuación algunas de ellas, desde cuatro perspectivas: la humanización, la transformación organizativa, la digitalización y la sostenibilidad. **El hospital del futuro será un hospital centrado en las personas, abierto a la comunidad, organizado en redes asistenciales, digital y sostenible.**

- **Un hospital centrado en las personas.** El hospital del futuro

14. Porter ME. What Is Value in Health Care?. N Engl J Med 2010;363:2477-8

será un hospital más humanizado, que ponga al paciente en el centro de su actividad, atendiendo a sus preferencias y necesidades, para organizar la prestación de los servicios. El concepto de salud en el futuro será radicalmente distinto al actual. La salud se definirá de forma holística como un estado general de bienestar que abarca la salud mental, social, emocional, física, financiera y espiritual. Los ciudadanos se incorporarán al sistema como agentes activos en el manejo de su salud, y participarán de forma activa en la toma de decisiones a nivel individual y desde las asociaciones de pacientes como agencias interesadas en la gestión del centro. La humanización en el hospital del futuro también atañe a la mejora del diseño arquitectónico y ambiental del hospital. Esto implica crear espacios más confortables, luminosos y acogedores, que favorezcan el bienestar y la recuperación de los pacientes, y que faciliten el trabajo de los profesionales.

- **Un hospital abierto a la comunidad e integrado en redes asistenciales.** El hospital del futuro supone un cambio en la forma de prestar asistencia sanitaria, que implica sacar al hospital fuera de sus muros e integrarlo en una red asistencial coordinada con otros niveles de atención sanitaria, especialmente con la atención primaria y con el espacio sociosanitario, que facilite la continuidad asistencial y evite duplicidades o fragmentaciones en el proceso asistencial. Las redes asistenciales son un conjunto de servicios de salud que se configuran en torno a procesos asistenciales para ofrecer una atención integral y continua, primando el bienestar y la autonomía del paciente. En el hospital del futuro, las redes asistenciales tendrán un papel clave para mejorar la calidad, la eficiencia y la equidad de la asistencia sanitaria, especialmente en la atención integral al paciente crónico complejo y al paciente frágil. La planificación y el diseño del hospital, así como su estructura organizativa y de gestión, estarán al servicio de las redes asistenciales a las que den soporte, adoptando una disposi-

ción matricial, que reemplace a la actual organización piramidal y jerarquizada. Son numerosas las iniciativas de reforma de los hospitales públicos en países con sistemas sanitarios similares al Sistema Nacional de Salud (SNS) que han iniciado este proceso, el más destacado de los cuales es el Karolinska Hospital (Estocolmo, Suecia) con una atención de “bloques de procesos” que le ha valido ser considerado un de los mejores hospitales del mundo. De esta manera, la actual organización de los hospitales con una estructura basada en servicios de especialidades (cardiología, oncología o neurología, por poner algún ejemplo), cederá el paso a las grandes áreas asistenciales como áreas del corazón, cáncer, neurociencias, etc, integradas por equipos multidisciplinares y centradas en el manejo de condiciones complejas. Estas unidades y servicios no se limitan al ámbito del hospital, sino que se extienden a otros recursos asistenciales. El ingreso en el hospital estará indicado solo cuando lo demande la intensidad tecnológica y/o de vigilancia y cuidados., mientras que los procesos menos complejos y la mayoría de la atención a pacientes crónicos se desplazarán de los hospitales de referencia a otros proveedores más pequeños y cercanos a los pacientes, como los hospitales generales de área de salud, los centros de salud, el domicilio del paciente y los recursos sociosanitarios. Todos los hospitales generales de agudos, incluyendo los hospitales locales, deberían desarrollar el área asistencial de coordinación de atención al paciente crónico complejo, colaborando con atención primaria y con los diferentes recursos comunitarios y sociales en la prestación de una atención sistemática, con una visión clínica generalista, enfocada al automanejo, la disminución de la dependencia, la prevención de la fragilidad y el mantenimiento en el ámbito comunitario del paciente, para evitar, en lo posible, el ingreso hospitalario o la asistencia en urgencias

- **Un hospital inteligente y digitalizado.** El hospital debe configurarse como una plataforma de alta intensidad tecnológica que

optimice los procesos clínicos y administrativos, que facilite el acceso a la información clínica y a los servicios sanitarios a distancia. La digitalización modificará radicalmente la organización y la prestación de servicios, dentro y fuera del hospital, facilitando la asistencia ambulatoria y domiciliaria. La extensión de la telemedicina permitirá ampliar el acceso a la atención médica, reducir los costes y los tiempos de espera, y facilitará el manejo comunitario y domiciliario de pacientes crónicos complejos, frágiles y dependientes, así como el seguimiento de pacientes con factores de riesgo elevado. La robótica y la realidad virtual aumentarán la seguridad y reducirán el tiempo de los procedimientos que, cada vez, serán menos invasivos. Además, dichas innovaciones tenderán a reducir las estancias y “ambulatorizar” los procedimientos intervencionistas, lo que llevará una menor necesidad de camas de hospitalización convencional. Es probable que el uso de salas virtuales se convierta en algo habitual y que los profesionales sanitarios puedan monitorizar a distancia a sus pacientes o que, con la ayuda de la héptica (tecnología capaz de recrear experiencias táctiles) los médicos podamos incluso realizar exámenes de forma virtual. La inteligencia artificial potenciará las capacidades diagnósticas de los profesionales y facilitará la personalización de la atención, adaptándola a las características y necesidades de cada paciente o la detección predictiva de episodios agudos o descompensaciones en pacientes crónicos, que apoyados por asistentes virtuales proporcionará alertas a fin de realizar intervenciones proactivas que ayuden a mejorar su calidad de vida.

- **Un hospital sostenible, eficiente y resiliente**, que gestione eficientemente los recursos humanos, materiales y financieros disponibles, para asegurar una prestación sanitaria eficaz y eficiente; que se adapte a los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales del entorno y que esté preparado para responder a situaciones de emergencia o crisis sanitarias. El cambio de foco

desde la actividad a los resultados (“añadir valor”) conllevará cambios relevantes en la gobernanza de los hospitales. En primer lugar, será necesario incorporar los conceptos de estratificación de riesgos y salud poblacional, con el fin de poder identificar aquellas personas más frágiles, de edad avanzada o con enfermedades crónicas, que requieren una atención más proactiva en el seguimiento de sus patologías, aplicando modelos más avanzados (e integrados) de atención. Los hospitales del futuro en el SNS deberán tender a eliminar la variabilidad no justificada en la práctica clínica, estandarizando los procesos asistenciales, auditarlos, y medir y hacer públicos los resultados. El enfoque «gerencialista» deberá ser sustituido por una transferencia de responsabilidad hacia los clínicos en la organización y gestión de las redes y unidades asistenciales (gestión clínica) e incorporará a los pacientes a los consejos de gestión y administración a través de sus organizaciones. Los hospitales deberán rendir cuenta pública de los resultados alcanzados con los recursos disponibles, incluyendo resultados en salud, los relativos a la experiencia del paciente, y los costes de los recursos empleados.

- **Un hospital innovador:** será un hospital que impulse la innovación científica y tecnológica mediante proyectos de investigación traslacional que generen nuevos conocimientos aplicables a la práctica clínica. La investigación biomédica se basará en el uso de métodos científicos rigurosos y éticos, y en la aplicación de las tecnologías más innovadoras, como la genómica, la proteómica o la nanomedicina, lo permitirá avanzar hacia una medicina personalizada, más avanzada y precisa.
- **Un hospital del conocimiento:** será un hospital que genere y difunda el conocimiento científico que sustente las decisiones clínicas, y que promueva el desarrollo profesional continuo mediante programas formativos adaptados a las necesidades y com-

petencias de cada profesional y a los desafíos cambiantes del panorama médico.

- **Un hospital comprometido con el medio ambiente.** El hospital del futuro será un hospital verde, que minimice el impacto ambiental de su actividad mediante el uso racional de la energía, el agua y los residuos, y que fomente de la movilidad sostenible, tanto para los profesionales como para los pacientes y sus acompañantes. Esto implica facilitar el uso del transporte público, así como disponer de aparcamientos ecológicos o puntos de recarga para vehículos eléctricos. Se estima que el sector sanitario es responsable de, aproximadamente 4.4% de las emisiones mundiales netas, lo que ha despertado la preocupación por la repercusión del sector salud en el cambio climático. Hace poco más de 1 mes, en septiembre de este año, se celebró en la ciudad de Murcia una Reunión de Alto Nivel (RAN), dentro de la agenda de la Presidencia española del Consejo de la Unión Europea, en la que el ministro de Sanidad en funciones, José Miñones, avanzó el desarrollo del primer Plan para la Reducción de la Huella de Carbono en el sector sanitario de nuestro país. En este sentido, el hospital del futuro deberá seguir la guía de recomendaciones que se presentará próximamente y tomará como punto de partida el estudio sobre consumo y emisiones de los centros sanitarios que está realizando el Ministerio de Sanidad en colaboración con las Comunidades Autónomas.
- **Un hospital con reconocimiento social,** logrado gracias al ejercicio de una gestión transparente, la rendición de cuentas y la responsabilidad social; que sea un aliado estratégico para el desarrollo social, cultural y económico del área donde se ubique.

Para cumplir con los objetivos reseñados, obviamente será necesario realizar inversiones para fortalecer la infraestructura hospitala-

ria, adquirir equipamiento de última generación y garantizar un personal de salud suficiente y bien entrenado. Y deberá haber también un cambio en el modelo arquitectónico: los nuevos hospitales deben estar preparados para incrementos no programados de la demanda. Necesitan diseños flexibles que les permitan responder al aumento repentino en la demanda de camas, áreas de apoyo, personal competente y servicios de soporte, pero a su vez, evitar su sobredimensionamiento y garantizar así su sostenibilidad en el tiempo.

4. Epílogo

*“Corta es la vida, el camino largo, la ocasión fugaz,
la experiencia engañosa y el juicio difícil”.*

(Hipócrates)

En síntesis, la crisis sanitaria surgida en el contexto postpandemia nos ha proporcionado una ventana de oportunidad para conseguir un sistema de salud adaptado a las necesidades de la sociedad actual, para mejorar la calidad y la equidad de la atención sanitaria, y para hacer frente a los desafíos que he pretendido mostrarles en este discurso. El logro de estos objetivos exigirá cambios profundos de la cultura organizativa de nuestros hospitales y condicionará una transformación del paradigma de cuidados actual hacia otro más preventivo, poblacional, proactivo y personalizado, lo que implicará una reingeniería de los procesos de atención, el desarrollo de nuevas prestaciones con un impulso claro de la atención apoyada en las nuevas tecnologías, la gestión coparticipada de la atención a la cronicidad y a la complejidad, la coordinación con el espacio socio sanitario, y la orientación de las intervenciones a los resultados en salud, mejorando la experiencia del paciente y la sostenibilidad del sistema.

Trasformar nuestro sistema sanitario requiere de la voluntad y la valentía de todos los agentes implicados, incluyendo a pacientes, ciu-

dadanos y sociedad civil, pero principalmente de los profesionales de la salud, y de aquellos con capacidad de decisión para la acción transformadora. Necesitamos líderes que tengan el valor de afrontar los retos para salir de esta crisis con un sistema sanitario más fuerte, sostenible y preparado para el futuro. Nuestro compromiso con esta visión determinará la trayectoria que trazamos hacia un futuro más saludable y prometedor para las nuevas generaciones, para que nuestro legado sea un mundo mejor. Ojalá tengamos éxito. La empresa y los fines lo merecen.

He dicho.

5. Bibliografía

- **Abellán Perpiñán, J.M. y Campillo Artero, C.** (eds.). *Economía de la salud (y más) de la COVID-19*. (2020) Barcelona: Asociación de Economía de la Salud (AES)
- **Antón, P.; Peiró, S.; Aranaz, J.M.; Calpena, R.; Compañ, A.; Leutscher, E.** *Uso inadecuado de la hospitalización en cirugía general. Magnitud, factores asociados y causas*. *Cir Esp*, 78 (2005), pp. 183-19
- **Arroyo, M.; Finkel, L.; Castellanos, A.** *VI Barómetro EsCrónicos* (2022). Acceso a diagnóstico, tratamiento y atención sanitaria. Plataforma de Organizaciones de Pacientes.
- **Barba, R.; Rosado, C.; Pardo-Moreno, J.; Rey-Biel, J.** *Managing people, roles, and resources during COVID-19 surge*. *NEJM Catalyst*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/CAT.20.0152>.
- **Barceló Prats.** *Genealogía de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad*. *Dinamis* 2021; 41 (1): 27-51.
- **Baquero, J.L.; Alfonso, S.; Maderuelo, M. y Lorenzo, A.** *Las organizaciones de pacientes reclaman participar en la toma de de-*

- cisiones que les afecten como colectivo.* New Medical Economics. 2017;53:15-17.
- **Bayona, X.; Varela, J.; Vallribera, P.** (eds). *Eficiencia y calidad sanitarias en el ámbito sanitario: una apuesta a favor de las prácticas de valor. Qué hacer y no hacer: propuestas right care para la eficiencia y calidad sanitarias* (2019). Sociedad española de economía de la salud (SEDISA)
 - **Benavent Nuñez, D.; Colomer Mascaró, J.; Quecedo Gutierrez, L.; Gol Montserrat, J.; Llano Señaris, J.E.** (2022). *Inteligencia artificial y decisiones clínicas. Como esta cambiando el comportamiento del médico.* Fundación Gaspar Casal ebook
 - **Casariago, C.; Ramos-Guevara, R.M.; de la Iglesia, F. y cols.** (2019). *Visión de la Medicina Interna en la sanidad del s. XXI.*
 - **Cerqueiro, J.M.; González-Franco, A.; Montero-Pérez-Barquero, M.; Llacer, P.; Conde, A.; Dávila, M.F. et al.** *Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardiaca: resultados del programa asistencial UMIPIC.* Rev. Clin. Esp. 2016;216:8-14.
 - **Círculo de Empresarios.** *La Sanidad, sector aún más estratégico por la pandemia* (2020). Documentos Círculo.
 - **Comité Científico de Profesionalismo Médico: El médico en la España del s. XXI** (2023). Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
 - *Consenso por un sistema sanitario del siglo XXI.* Documento realizado por un grupo independiente de expertos a nivel nacional - octubre, 2020
 - **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.
 - *Cronicidad horizonte 2025* (2020). *Posicionamiento sobre la atención integral al paciente crónico en la era post COVID-19.* Propuestas y recomendaciones para mantener un sistema de salud universal, sostenible y de calidad
 - *Declaracion de Mérida.* *Sociedades Españolas de Medicina Inter-*

- na (SEMI) y Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)*. Mérida, 2023.
- **Del Llano, J.; Camprubí, L.** *Sociedad entre pandemias*. 2023. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
 - **Del Llano, J.** (coord.). *La transformación del sistema de salud para preservar su esencia (2023)*. Madrid: Fundación Gaspar Casal ISBN: 978-84-7360-885-5
 - **Díez-Manglano, J.; Gómez-Huelgas.; Elola, J.** (2021). *El hospital del futuro. El papel del hospital en una asistencia sanitaria centrada en el paciente. FESEMI*.
 - **Dowdle, R.** *Acute internal medicine and general internal medicine. Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update)*. London: RCP, 2013:17-25.
 - *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, 2021. ISBN: 978-84-09-29951-5
 - **Elola, F.J. (Dir.); Bas-Villalobos, M.; Bernal-Sobrino, J.L.; Bueno-Zamora, H.; Carretero-Gómez, J.; Cequier-Fillat, A. et al.** *Los profesionales sanitarios frente a la COVID-19. La reforma necesaria del Sistema Nacional de Salud*. Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria. ISBN: 978-84-09-21651-2.
 - *Envejecimiento y salud*. OMS. Informe 1 de octubre 2022. www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
 - Fundación de estudios economía aplicada (FEDEA). *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario (2009)*. McKinsey&Company.
 - **Fernández-Avilés, F.; Martín-Sánchez, F.J.** (2019). **El hospital inteligente**. Madrid: Fundación Instituto Roche.
 - **Ferrer, C.; Orozco, D.; Román, P.** (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- *Focus on health spending. OECD Health Statistics 2015.* (www.oecd.org/health)
- **Fontsaré Ojeado, J.M.** *La reforma hospitalaria en el contexto de la gestión pública.* Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios Vol. 3 - Monográfico 3 - Noviembre 2002
- **Freid, L.; Ferrucci, L.; Darer, J.; Williamson, J.D.; Anderson, G.** *Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care.* Journal of Gerontology 2004; 59:255-263.
- Fundación Instituto Roche. *Informe Sanidad del Futuro y Medicina Personalizada de Precisión. 2023.* ISBN: 978-84-09-49490-3
- *Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. 2013.* London: Royal College of Physicians.
- **García-Alegría, J.; Gómez-Huelgas, R.** *Enfermedad COVID-19: el hospital del futuro ya está aquí.* Rev Clin Esp. 2020;220(7):439-441.
- **García Ballester, L.** (2003). **Historia de los hospitales en España**. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
- **Gómez-Huelgas, R.; Díez-Manglano, J.; Carretero Gómez, J.; Barba, R.; Corbella, X.; García Alegría, J.; Herranz, M.T.; Vallejo, I.; Elola Somoza, F.J.** *El hospital del futuro en 10 puntos.* Rev Clin Esp (Barc). 2020 Oct;220(7):444-449.
- **Gómez Huelgas, R.; Barba, R.; Corbella, X. y cols.** (2019). *El Hospital del Futuro. El papel del hospital en una asistencia sanitaria centrada en el paciente.*
- **González López-Valcárcel, B.; Barber Pérez, P.** (2019). **La gestión del conocimiento en los hospitales del siglo XXI**. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
- **González López-Valcárcel, B.; Ortún, V.** *Informe SESPAS. Reconstrucción del sistema sanitario: gobernanza, organización y digitalización.* Informe SESPAS 2022. Gac Sanit. 2022;36(S1):S44-S50

- **Harpaz, J.** *5 Reasons Why Telehealth Is Here To Stay (COVID-19 And Beyond)*. Forbes, 4/05/2020. Disponible en: <https://www.forbes.com/sites/joeharpaz/2020/05/04/5-reasons-why-telehealth-here-to-stay-covid19/>.
- **Hollander, J.E.; Carr, B.G.** *Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19*. N. Engl. J. Med. 2020;382:1679-81.
- **Ibáñez, J.; Ribera, J.; Rodríguez Lluesca, C.** (eds). *La transformación digital al servicio del paciente crónico. La salud en el centro de nuestra sociedad* (2023). IESE Business School CRHIM.
- *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- **Jencks, S.F.; Williams, M.V.; Coleman, E.A.** *Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program*. N. Engl. J. Med. 2009;360:1418-28. [Erratum, N Engl J Med 2011;364:1582].
- **Jiménez Palacios, A.** *El Sistema Nacional de Salud 20 años después*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Abril 2006; 4 (2):311-322
- **Jorcano, J.L.; Garcés, F.; García, L.; Cabrera, J.A.; Morato, A.** (2003) *Impacto de la biotecnología en el sector sanitario. Tendencias tecnológicas a medio y largo plazo*. OPTI y Genoma España.
- **Kramer, M.H.H.; Bauer, W.; Dicker, M. et al.** *The changing face of internal medicine: Patient centred care*. European Journal of Internal Medicine 2014;25:125-127.
- **Kirkpatrick, I.; Malby, B.; Dent, M. and Neogy, I.** (2007) *National Inquiry into Management and Medicine: Final Report*. Centre for Innovation in Health Management: University of Leeds.
- **Kleinert, S.; Horton, R.** *From universal health coverage to right care for health*. The Lancet 2017; 390 (10090): 101–102.
- **Krumholz, H.M.** *Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk*. N. Eng. J. Med. 2013;368:100-102.
- **López-Bastida, J. & Oliva-Moreno, J.** (2017). **El futuro de la*

- medicina personalizada en España**. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
- *Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura. 2023-2027*. **Elola, J.** (Ed). Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS), Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) y Consejo General de Médicos (CGCOM).
 - *Los Servicios de Medicina Interna en el Sistema Nacional de Salud del s. XXI. Visión de la Medicina Interna en la sanidad del s. XXI*. SEMI.
 - “*Los profesionales sanitarios frente a la COVID-19*”. La reforma necesaria del Sistema Nacional de Salud. Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (Fundación IMAS) .
 - **Martinez, V.; Ochoa de Echagüen, A.; Campos, A.; Romea, S.** (2020). *Esencial. Transformando la gestión en las Instituciones sanitarias*.
 - **Martínez Olmos, J.** *Retos y oportunidades en sanidad*. Blog *eEconomista.es*; nov 2022. <https://revistas.economista.es> › sanidad
 - **Matesanz Sancho, R. & Domínguez-Gil González, B.** (2016). **Innovación en medicina traslacional**. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
 - **Menéndez, E.A.** *La implantación del hospital moderno en España. El Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible*. García González, J. Ediciones Nobel; 2011. ISBN: 978-84-8459-653-0. 454 págs. 2012.
 - **Moracho, O.; Nuño, R.** Capítulo 5. *Gestión de la calidad total en el sistema sanitario*. En: **Bengoa, R.; Nuño, R.** *Curar y Cuidar. Innovación en gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar*. Barcelona: MASSON. 2008. Págs. 75-106.
 - OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
 - **Ochoa de Echagüen, A.** Blog “*La gestión importa*”. *La urgente transformación hacia organizaciones sanitarias eficientes y de calidad: el método Lean*. 21/03/2022

- **Otero-Iglesias, M.; Molina, I. y Martínez, J.M.**, *¿Ha sido un fracaso la gestión española del COVID-19? Errores, lecciones y recomendaciones*. Documento de trabajo 14/2020 Real Instituto Elcano
- **Pérez Lázaro, J.J, March Cerdá, J.C.** *El futuro de los hospitales*. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2016
ISBN: 978-84-608-8977-9
- PLOS Medicine Editors. *Pandemic responses: Planning to neutralize SARS-CoV-2 and prepare for future outbreaks*. PLOS Med. 2020;17, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003123>, e1003123.
- **Porcel, J.M.; Casademont, J.; Conthe, P.; Pinilla, B.; Pujol, R.; García-Alegria, J.** *Core competencies in Internal Medicine*. Eur. J. Intern. Med. 2012;23: 338-41.
- **Porter, M.E.** *What Is Value in Health Care?*. N Engl J Med 2010;363:2477-8.
- **Porter, M.E.; Lee, T.H.** *From Volume to Value in Health Care*. The Work Begins. JAMA 2016;316:1047-8.
- **Repullo Labrador, J.R. & Rodríguez Carrión, A.** (2014). **Responsabilidad social corporativa en los hospitales**. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
- **Ribera, J.; Antoja, G.; Rosenmöller, M.; Borrás, P.** *Hospital of the Future. A New Role for Leading Hospitals in Europe*. Center for Research in Healthcare Innovation Management. IESE. Barcelona, January 2016. Disponible en: <https://media.iese.edu/research/pdfs/ST-0383-E.pdf>.
- **Rodríguez-Artalejo, F. & Banegas Banegas, J.R.** (2018). **La sostenibilidad del sistema sanitario español**. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
- **Rodríguez-Vera, J.; Marín Fernández, Y.; Sánchez, A.; Borrachero, C.; Pujol de la Llave, E.** *Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP (Appropriateness Evaluation Protocol)*. An. Med. Interna 2003: 20 (6); 27-30.

- **Rotar, M.; Botje, D.; Klazinga, N.S.; Lombarts, K.M.; Groene, O.; Sunol, R.; Plochg, T.** *The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in and an in depth study in 7 OECD countries.* BMC Health Services Research 2016, 16(Suppl 2):160: 1396-4. DOI 10.1186/s12913-016
- **Royal College of Physicians.** (2007). *Acute medical care: the right person, in the right setting – first time.* Report of a working party. London.
- **Royal College of Physicians.** (2010). *Future physician: changing doctors in changing times.* Report of a working party. London.
- **Rubia Vila, F.J.; García Barreno, P.; Segovia de Arana, J.M. et al.** *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español.* Academia Europea de Ciencias y Artes, Madrid, 2011. ISBN: 978-84-614-6612-f
- **Salido Creig, I.** *Qué es y cómo se integra la salud digital en la práctica asistencial.* Blog “Por una Medicina Interna de alto valor”. 15/04/2019.
- **Seh, A.H.; Zarour, M.; Alenezi, M.; Sarkar, A.K.; Agrawal, A.; Kumar, R.; Khan, R.A.** *Healthcare Data Breaches: Insights and Implications.* Healthcare (Basel). 2020 May 13;8(2):133.
- **Sánchez-Caro, J.; Abellán, F.** *Propuestas de fortalecimiento del sistema nacional de salud en la era poscovid.* (2021). Colección de bioética y derecho sanitario. Fundación merck salud. ISBN 978-84-18568-42-8.
- **Sharma, G.; Kuo, Y.F.; Freeman, J. et al.** *Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States.* Arch. Intern. Med. 2010; 170:363-8.
- **Sociedad entre pandemias.** Juan del Llano y Lino Camprubí (editores). Fundación Gaspar Casal, 2021. ISBN: 978-84-7360-772-8
- **Stoller, J.K.; Goodall, A.; Baker, A.** (2017). *Why The Best Hospitals Are Managed by Doctors.* Harvard Business Review.
- **Stowell, C.; Akerman, C.** *Better Value in Health Care Requires Focusing on Outcomes.* N. Eng. Catalyst, September 17, 2015.

- **Torero, M.** *El impacto de la COVID-19 y de la guerra en ucrania sobre la seguridad alimentaria: ¿hacia una crisis alimentaria?.* Anuario internacional CIDOB 2022.
- **Tortorella, G.; Flogiato, F.** (2022). *Contributions of Healthcare 4.0 digital applications to the resilience of healthcare organizations during the COVID-19 outbreak.* Technovation.
- **Topol, E.** *Telemedicine is essential amid the Covid-19 crisis and after it.* The Economist, 31/03/2020.
- **Tutosaus Gómez, J.D.; Morán-Barrios, J.; Pérez Iglesias, F.** *Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes.* Educación Médica [Internet]. 2018;19(4):229–34. 0
- **Urbanos, R.; Meneu, R.** *La calidad de nuestra democracia en la dimensión sanitaria de la pandemia.* En: Informe sobre la Democracia en España 2020. El año de la pandemia. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2021.
- **Varela, J.; Zapatero, A.; Gómez-Huelgas, R.; Maestre, A.; Díez-Manglano, J.; Barba, R.** (2016). *Por una Medicina Interna de alto valor.* Sociedad Española de Medicina Interna.
- **Vilar-Palop, J.; Hernández-Aguado, I.; Pastor-Valero, M. et al.** *Appropriate use of medical imaging in two Spanish public hospitals: a cross-sectional analysis.* BMJ Open 2018;8:e019535.
- **Wiler, J.L.; Harish, N.J.; Zane, R.D.** *Do Hospitals Still Make Sense? The Case for Decentralization of Health Care.* N Eng J Med Catalyst. December 20, 2017.
- **Zuger, A.** *Talking to patient in the 21th Century.* JAMA 2013;309:2384-2385.

Discurso de contestación

por el

Ilmo. Sr. Dr. D. Faustino Herrero Huerta

Académico de Número de la Real Academia
de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia

*Excelentísimo Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de la Región de Murcia.
Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos,
Señoras y Señores.*

Quiero hacer para comenzar, tres precisiones:

- 1ª Soy subjetivo porque hablo desde mí, porque hablo de sujetos, no de objetos y porque no admito recomendación y mucho menos, manipulaciones ajenas.
- 2ª Hablo de la nueva Académica con la autoridad que me otorga el conocimiento cierto y sostenido en el tiempo durante años y en sus múltiples desempeños profesionales, ya sea como médico asistencial/gerente y directora de hospital/consejera de sanidad/ y ahora jefa de servicio de Medicina Interna del Hospital Morales Meseguer.
- 3ª Como tercera precisión, me permito con sumo respeto enmendar la plana al maestro Serrat: “hoy puede ser un gran día”, no. Hoy es un gran día desde varias perspectivas:
 - 1) Para la Academia que con este nombramiento acredita en mi criterio:
 - Vitalidad envidiable (estar al día y al cabo de la calle como “ente vivo” de la profesión).
 - Aggiornamiento (modernidad debida al punto correspondiente a nuestro tiempo)
 - Reflejos (rapidez y determinación para proceder sin titubeos)
 - Solvencia (saldar deudas dependientes y justas)

2) Para los Padrinos/ Rocío y Ginés, nunca fue Académica de padrinos tan bien servida.

3) Para la familia:

A su marido el Dr. Ródenas, decirle que nadie habla del defensa que dio la asistencia a Maradona cuando marcó el “gol del siglo” a Inglaterra en el mundial de Méjico. Pero todo el mundo sabe que sin ese pase nada hubiera sido posible.

A sus tres hijas, Teresa, Claudia y Marina, propietarias de un fenotipo radiante y estelar, y de un genotipo de misioneras laicas, sabedoras de que la vocación médica es lo más grande del mundo. Porque donde hay dolor, sufrimiento y muerte, hay territorio sagrado y, para el bienestar del prójimo, se ponen a contribución los mejores valores del ser humano, cuales son: esfuerzo, tesón, entrega, abnegación y solidaridad. Una incorporación de última hora al núcleo familiar para completar esta “sin par sinfonía galénico asklepiadea” viene de la mano como yerno de José, también médico. De no ser así “sería un cuerpo extraño”. Estaba cantado que tenía que ser médico.

Para sus padres, José Antonio y Salvadora, su hermana María José y resto de la familia, que tienen que estar satisfechos y sobre todo orgullosos.

4) Para la profesión médica y trabajadores sanitarios, porque consideramos básica la labor realizada desde la Consejería de Sanidad, con las mejoras encaminadas para la dignificación laboral y la actualización y equiparación salarial, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como la Hospitalaria.

5) Para la Académica:

Conocí a la Dra. Herranz en el año 1995, a través de su marido, el Dr. Ródenas, Dermatólogo del H. Morales Meseguer. Me dijo que su mujer había terminado la residencia de Medicina Interna, en el Hospital “Virgen de las Nieves” de Granada y que su intención era venirse a trabajar a Murcia, de preferencia en el H. Morales Meseguer.

Las dudas que yo, como responsable del Servicio de Medicina Interna y el área médica, pudiera albergar se disiparon con su Curriculum, y sobre todo cuando recibí una carta de su jefe, mentor y alter ego en Granada, que era primero un ruego, después una enfebrecida súplica, casi una exigencia, para que su mejor residenta, encontrara acomodo en Murcia, de preferencia en nuestro hospital.

Dos detalles destacaban:

Autocrítica doliente por no haber podido retenerla, y la casi certeza que, de haber escrito la carta con estilográfica, unas huideras lágrimas habrían corrido de seguro, la tinta de algún párrafo.

6) Para los nuevos y futuros académicos:

La Academia, nobilísima, venerable y bicentenaria institución, tras un periodo de letargo, desde hace unos años, viene mostrando signos de recuperación de la mano de los Presidentes sucesivos doctores Guzmán Ortuño, Máximo Poza, Manuel Clavel, Emilio Robles, Trinidad Herrero y Manuel Segovia, y deja claro que, con la incorporación de nuevos miembros, queda patente su ya mencionado sentido de modernidad/justicia y vitalidad.

Pero no nos debemos olvidar que, la Academia es lo que son y lo que hacen sus miembros. Por eso su lema perdurable es "*Honor y Labor*". Es el árbol de la ciencia y el conocimiento, y a diferencia del árbol de la ciencia del bien y del mal, el comer de sus frutos sin temor, no nos expulsa de ningún paraíso, excepto del de la ignorancia y la intolerancia.

Los nuevos académicos son la savia nueva que va a revitalizar de ese bicentenario árbol.

Llegados a este punto, debo resaltar y decir que hay deudas de gratitud, cuyo saldo es de obligado cumplimiento. ¿Por qué ahora? Porque no hay que esperar a Godot (!sería absurdo!). Además, como la manzana de Newton, hay cosas que caen por su propio peso sin desafiar a la Ley de la Gravedad.

Por último, el peligro de un Alzheimer moral de la sociedad, si lo hubiere, no tiene por qué afectar, en el caso de la profesión médica, a una institución tan señera como nuestra Academia. En mi opinión, ahora destacaría dos aspectos relevantes de la Académica:

- Acrisolado sentido de la lealtad al Servicio Murciano de Salud en general y al Hospital Morales Meseguer en particular.
- Gran capacidad de seducción que se podría resumir en un gráfico “nos hemos salido con la suya”, cuando trabajadores del hospital salían contentos de despacho de Dirección, tras solicitarle algún recurso o mejora.

María Teresa Herranz Marín nació en Alicante, el día 17 de septiembre de 1964, siendo la hija mayor de José Antonio (natural de Segovia) y Salvadora (nacida en Moratalla- Murcia), junto a su hermana María José. Sus estudios de primaria y bachillerato fueron cursados en el Colegio de la Sagrada Familia, e Instituto Miguel Hernández.

Por vocación, pero sin tradición familiar alguna, inició la carrera de medicina en la Facultad de la Universidad de Alicante (promoción 1982-88).

En 1989, accede a su formación MIR en la especialidad de Medicina Interna en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, cuya Jefatura de Servicio corría a cargo del Dr. Juan Jiménez Alonso. Concluida la misma, estuvo durante seis meses en la Unidad de Lupus del Hospital Saint Thomas, en Londres, realizando un curso de investigación sobre el lupus y enfermedades autoinmunes sistémicas, con el profesor Dr. Graham Hughes, especialista en reumatología y el internista Dr. Munther Khamasthta, especialista en lupus. Desde entonces su principal dedicación clínica en el ejercicio de su profesión ha estado centrada en las enfermedades del sistema inmunitario con proyectos de investigación clínica basados en el síndrome antifosfolípido.

En 1994, obtuvo el Doctorado en Medicina y Cirugía, en la Universidad de Granada, con la Tesis titulada: “*Rentabilidad diagnóstica de*

un protocolo clínico para el estudio etiológico de las uveítis. Análisis prospectivo”.

Al acabar la residencia decidió regresar a Murcia, fundamentalmente por razones familiares, desoyendo la tentadora oferta del Hospital Virgen de las Nieves, para incorporarse a la unidad de referencia en Enfermedades Autoinmunes, y a pesar del “rechazo inicial de un servidor” (Dr. Faustino Herrero) para contratarla en el Servicio de Medicina Interna del H. Morales Meseguer.

Por dicha causa, se incorporó como médico adjunto interino de Medicina Interna en el Hospital Comarcal del Noroeste en marzo de 1994, y fue en 1966 donde consiguió finalmente una plaza como interina en el H. Morales Meseguer, obteniendo la plaza de adjunto en propiedad en el 2005, de sección en el 2014 y de servicio en el 2021, hasta la actualidad.

Otras titulaciones universitarias, actividades, docentes e investigadoras:

- Experta Universitaria en Gestión de Unidades Clínicas por la Escuela Nacional de Sanidad- Instituto Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo (2005)
- Master en Manejo Clínico de las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas por la Universidad de Barcelona (2013-2014)
- Master en Metodología de la Investigación Clínica por la Universidad de Barcelona (2013-2014)
- Master en Dirección de Unidades Clínicas por la Universidad de Murcia (2015-2016)
- Como actividad docente universitaria es Profesora Agregada del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de Murcia, impartiendo clases de Patología General I, desde enero de 2009, hasta la fecha.
- Como actividad investigadora, es autora de más de 40 publicaciones indexadas y más de 200 comunicaciones en congresos médicos nacionales e internacionales.
- Directora de dos Tesis Doctorales defendidas en el curso académico 2021/22 y otras 2 en curso.

Como actividades profesionales destacables:

- En 1992 es socia fundadora del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Sociedad de Medicina Interna y Coordinadora de la Unidad Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes del H. Morales Meseguer.
- En 1999, siendo Presidenta del Comité Ético de Ensayos Clínicos, se incorpora a la Subdirección Médica del H. Morales Meseguer.
- Durante dos años (2003-4) fue Directora Médica
- En el año 2004 se la nombra Consejera de Sanidad del Gobierno de la Región de Murcia, hasta el año 2007.
- Miembro de la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica de la Región de Murcia desde julio de 2016 hasta la actualidad.
- Presidenta de la Sociedad Murciana de Medicina Interna (SOMI-MUR) 2017-2022
- Patrona de la Fundación de Estudios Médicos de Molina de Segura (FEM) desde 2020.
- Miembro de la Junta Directiva Permanente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) como asesora de la presidencia.

Cabe destacar de María Teresa que, toda su infancia y adolescencia transcurre entre Alicante y Moratalla, la tierra donde nació su madre Salvadora, albergando recuerdos y vínculos afectivos y muy estrechos. Es de las que opinan que, “no somos de donde nacemos: somos de donde el corazón nos marca, y a ella, el corazón le dice que soy de Moratalla, aunque allí no haya nacido”. ¡Reclama el derecho de ser donde se siente!; siendo, por tanto, como es de esperar, su núcleo de paz, de lectura y de compartir buenos ratos con toda su familia y cultivar la amistad.

Se confiesa fiel devota de las tradiciones moratalleras, de sus tierras, costumbres y sus gentes, donde tienen fijada su segunda residencia, donde cultiva, con toda su familia, la afición por los caballos, y por la fastuosidad de la naturaleza del noroeste murciano, donde han recorrido sus campos a lomos de sus corceles: Bandolera, Napoleón y Greco, a la par que participaban en los tradicionales encierros, por

vereda y suelta de ganado bravo, acompañando a las reses, a caballo, hasta la entrada a galope en el casco urbano del pueblo de Moratalla, por la festividad del Stmo. Cristo del Rayo, declarada de interés turístico regional.

Por último y lo más importante, para ella y toda la familia es el honor, satisfacción, tranquilidad y orgullo de tener, junto a sus padres José Antonio y Salvadora, un gran equipo sanitario familiar, junto a José Manuel Ródenas (dermatólogo) como esposo, así como el haber podido disfrutar, y como bien dice, presumir de “tres soles” como son sus hijas Teresa, dermatóloga como el padre, Claudia como MIR de Anestesia y Reanimación, en el último año, y Marina, recientemente graduada y preparando su MIR para el próximo enero de 2024, incorporándose, su yerno José Zafra traumatólogo, recientemente a la familia como otro hijo más.

Discurso de contestación

Me ha parecido ejemplar, con una cuidadosa planificación general y magnífica claridad expositiva a la par que novedoso e instructivo. Todo ello no es raro conociendo a la Dra. Herranz. Quizás ahora debo decir, que formaste parte del panel nacional de expertos que ha elaborado, por encargo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), el documento *“Hospital del Futuro”*. Me ha producido dos sensaciones llamativas: primero de asombro por las cotas de progreso alcanzadas por la Humanidad, de la mano del conocimiento científico y la tecnología.

Después del asombro, la convicción de que en el futuro deberemos dosificar de modo inteligente el proceso irreversible e imparable con la atención directa al paciente.

Los hospitales del futuro deberán reunir una serie de características que se pueden resumir en un decálogo. De este modo deberán ser:

- 1) Digitales
- 2) Innovadores
- 3) Eficientes
- 4) Accesibles
- 5) Integrados en la red sanitaria
- 6) Sostenibles
- 7) Personalizados
- 8) Sin barreras
- 9) Equitativos
- 10) Respetuosos con el medio ambiente

La pandemia del COVID, como bien has expuesto, a pesar de la tragedia, ha tenido al menos dos consecuencias positivas:

Una el teletrabajo y otra, el uso de consultas por videoconferencia.

Cuando hace años, en 1997, Garrí Kaspárov perdió la segunda y última partida, con ritmo de juego de torneo, contra el ordenador “Deep Blue”, se escucharon muchas voces que entonaron un responso de despedida por la inteligencia humana, para a continuación entronizar a la inteligencia artificial y elevarla al altar mayor de la catedral mundial del saber con un descomunal aleluya. Jamás la mente humana podría realizar el análisis de dos millones de jugadas en un segundo.

Si se me permite, ahora es cuando debo comentar que, desde la música barroca con clavicordio del Padre Soler, del siglo XVII, a la música “online” en *streaming*, a la carta, va lo mismo que de la silla de anea con el médico, a la cabecera del enfermo, primero escuchándole con atención y después interrogándole y explorando con sumo tacto y mimo con los cinco sentidos, a la medicina de la última generación con la informática, genómica y robótica. Hay una distancia sideral entre ambos tipos de Medicina y de Música. Pero mientras en ambas músicas hay dos procesos insoslayables como el solfeo y el pentagrama, en el caso de la medicina, ya clásica o moderna, la esencia (pentagrama y solfeo) la constituye la “relación médico-enfermo” sustanciada en el acto médico, como proceso innegociable e

intransitivo que representa la relación médico/enfermo, inmutable, desde que el hombre es hombre.

¡Soy un creyente convencido!! de que el futuro en parte, es el pasado que siempre vuelve, o quizá el que nunca se ha ido. Por tanto, junto al progreso tecnológico desbocado, siempre estará la secular e inveterada “canción médica” con su hipnótico estribillo hipocrático (qué le pasa, ¿desde cuándo?, a que lo atribuye), preferiblemente con la mano del médico sobre la del paciente. Miren ustedes, hay médicos porque hay enfermos de carne y hueso, no porque haya tecnología de última generación, informática, robótica y ADN, todo lo es el enfermo, que vendría representado por el llamado “síndrome del hambre de piel”, después todo lo demás.

En una nota anónima encontrada en un consultorio médico, se decía:

“Cuando un médico me escucha le respeto”

“Cuando me pregunta y explora con los cinco sentidos, le admiro”

“Cuando me diagnostica y cura, le quiero”

“Pero si me coge la mano, me llama por mi nombre de pila y me pregunta por mi familia, le querré para siempre”

Esta auténtica declaración de amor, no hay robot, avatar o PC cuántico que la soporte.

Pero el Acto Médico quedaría incompleto e inconsciente, tanto en el Centro de Salud como en el Hospital sin el concurso de:

- Enfermería, que da continuidad al acto médico como vigilante del paciente y brazo armado de las órdenes médicas.
- Servicios Centrales, que completan y confieren veracidad y certeza a una ciencia probabilística y de incertidumbres como la Medicina.
- Servicios Administrativos, fedatarios u celadores del trabajo realizado, que de otra manera se perdería.

El Equipo Directivo dosifica la relación personal/recursos y lidera el contrato programa.

Querida Académica:

Si yo pusiera un “Hospital de Futuro” (ucrónica utopía) te pondría de gerente o jefa de ministerio, con la convicción de no errar.

Lo has sido todo en la sanidad de la Región de Murcia, y todo lo has hecho bien y porque me consta, como a todo el mundo, que el futuro no se puede predecir, pero se puede preparar y moldear en base a las acciones del presente. Contigo no fallaría.

Para terminar, me gustaría que nadie me acusara de “nostálgico irredento”, ni que buscara “consecuencias morales” en lo dicho.

El miedo a la libertad de Erich Fromm no se debe identificar como “miedo a la modernidad”. El progreso es irreprimible, irreversible y benéfico, siempre encaminado a proteger y mejorar el bien más preciado del ser humano que es la salud.

Todo lo comentado responde a la verdad, sin ningún tipo de embellecimiento por mi parte.

Comenzaba mi discurso de contestación aludiendo a Serrat y lo termino con un dicho de nuestro cantante más internacional:

“Lo dicho es verdad y tú lo sabes”

Muchas gracias.

