

# Hospitales del futuro

## El contexto

Más que de hospitales del futuro, se debería hablar de servicios de atención del futuro y por extensión de sistema de salud del futuro. El hospital es un nodo en la compleja red de servicios que intervienen en el proceso asistencial de las personas y por tanto los desafíos que se presentan en materia de atención sanitaria en el actual escenario y el que está por venir, involucran a todos los niveles y modalidades asistenciales.

No por repetido deja de ser cierto que los sistemas de salud en países como el Uruguay, se enfrentan al reto de adaptarse a las condiciones epidemiológicas de una población envejecida con una carga de enfermedad creciente. Si se pretende dar una respuesta adecuada a las necesidades de salud que comporta ese perfil parece claro que se deben hacer ajustes en el sistema de atención médica y en su forma de gestión.

Sabido es que la esperanza de vida se incrementa sostenidamente año a año como resultado de una baja continua de la mortalidad (por mejoras en las condiciones generales de vida y por los innegables avances en la capacidad y oportunidad diagnóstica y en el arsenal terapéutico disponible), y de un descenso concomitante de la natalidad (consecuencia de cambios en las pautas culturales de la sociedad). Esto hace que el peso relativo de las personas de más de 65 años en la estructura demográfica del país sea cada vez mayor y que consecuentemente su particular perfil epidemiológico module fuertemente el del conjunto de la población. Ciertas patologías como el cáncer o las afecciones cardiovasculares, cuya incidencia aumenta con la edad de las personas, han ido modificando su comportamiento por efecto básicamente de dos elementos: cambios en los hábitos de vida y avances diagnósticos y terapéuticos. Los primeros inciden en la edad de aparición de las patologías retrasando su inicio a edades más avanzadas y los segundos han modificado la historia natural de la enfermedad prolongando la sobrevivencia de los pacientes y transformándolas en muchos casos en patologías crónicas. El aumento de la esperanza de vida conlleva además, un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas neurodegenerativas.

El resultado es un conjunto de población cada vez mayor tanto en términos absolutos como relativos con un perfil epidemiológico caracterizado por la pluripatología crónica. Además, a medida que las personas envejecen mayores son sus requerimientos de cuidados por la progresiva limitación de sus capacidades. Estos exceden largamente los cometidos del sistema sanitario pero no por ello dejan de tener impacto en la demanda de servicios de atención médica.

Todo esto configura un panorama de creciente incremento de demanda asistencial sobre el sistema de salud y sobre las organizaciones que lo conforman que además, será y ya lo está siendo, cualitativamente diferente a la actual. Cabe preguntarse si las actuales modalidades organizativas de la atención médica y de las formas de gestión de los servicios son los más adecuados para dar una respuesta acorde a esa demanda o si por el contrario deben introducirse cambios y en ese caso qué signo deben tener.

Por otro lado, el proceso de rápida innovación tecnológica de los últimos años presiona al alza el costo de la atención médica por lo que significa en el área de las tecnologías sanitarias y particularmente en lo que concierne a los medicamentos biotecnológicos. Sin embargo, este mismo proceso ha dado lugar, en el campo de la información y la comunicación, a un desarrollo constante de nuevos instrumentos para el procesamiento y la transferencia de datos y consecuentemente para la producción de información. A su vez, se han generado y se siguen generando herramientas de comunicación a distancia en tiempo real, todo lo cual configura un escenario de oportunidades y facilidades para la implementación de cambios en las formas de organización y de gestión de los servicios de salud no solo para su necesaria adaptación a los requerimientos prevalentes de los grupos de mayor edad sino en general para el de los restantes colectivos y sus particulares demandas asistenciales.

En este contexto, ya no se trata sólo de mejorar el acceso de los pacientes a los servicios (que supone algo así como franquearles la entrada a la atención) sino también o sobre todo, de fortalecer el vínculo entre los servicios y los usuarios y particularmente entre los médicos y sus pacientes, mediante canales de comunicación bidireccionales que fortalezcan la continuidad del proceso de atención asentados en las nuevas tecnologías de la comunicación.

### **El impacto en la atención ambulatoria y en la internación en los hospitales**

Dado el perfil de demanda asistencial que se avizora y que ya es una realidad, será necesario redefinir los roles y el alcance de las modalidades tradicionales de atención ambulatoria y de internación. Como se dijo al inicio pensar en el hospital del futuro implica necesariamente hablar de la atención ambulatoria del futuro.

El nivel de cuidados médicos que requieren los pacientes ante un determinado evento de salud ha sido siempre el factor determinante para definir la modalidad de atención que mejor se adecua a tal situación. Esto ha ido variando con el tiempo en virtud de mejoras en el conocimiento médico y en los dispositivos terapéuticos dando lugar hace ya muchos años por ejemplo, a la internación domiciliaria y a la cirugía ambulatoria. Esto ya de por sí ha cambiado el perfil de los pacientes que requieren hospitalización y en el escenario reseñado anteriormente habrá de profundizarse.

Es más que razonable pensar que en el futuro más o menos inmediato este proceso se acelere y que por lo tanto sea posible incrementar la capacidad resolutive de la atención ambulatoria.

A su vez, el desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) permitirá hacer un control y un seguimiento a distancia de los pacientes portadores de patologías crónicas de manera sistematizada y eventualmente personalizada que minimice la ocurrencia de episodios de descompensación aguda.

En este sentido, las TIC permiten potenciar el sistema de coordinación y acceso a las consultas y a los estudios diagnósticos que de ellas se derivan, integrando a su vez de manera automática toda la información en las historias clínicas.

Se podrá programar y hacer el seguimiento del suministro de medicación crónica y probablemente las farmacias podrán disponer de un sistema de alerta de eventuales interacciones medicamentosas en los casos de pacientes plurimedicados.

La telemedicina y particularmente las videoconsultas seguirán desarrollándose evitando el traslado de los usuarios pero habrá que ser muy cuidadoso a la hora de definir qué tipo de consultas pueden hacerse en estas modalidades sin afectar la calidad y el vínculo médico - paciente.

De igual manera en el futuro cercano la cantidad de procedimientos intervencionistas y quirúrgicos pasibles de realizarse de forma ambulatoria seguramente aumente. Y los que aún requieran internación lo harán en muchos casos en régimen de hospital del día.

Simultáneamente se seguirá con el desarrollo y fortalecimiento de la modalidad de internación domiciliaria para pacientes con requerimientos de cuidados mínimos seguramente con la incorporación de dispositivos de control a distancia en tiempo real que eventualmente permitan ingresar pacientes más complejos en esta modalidad de internación.

Como correlato los hospitales profundizarán su perfil de asistencia centrada en pacientes con patologías agudas graves o con condiciones clínicas severas por episodios violentos (accidentes de tránsito por ejemplo) o pacientes complejos que transitan un episodio agudo de enfermedad o lo que es más frecuente, pacientes con episodios agudos severos de descompensación de sus patologías crónicas.

Esto implicará que el perfil general de los pacientes hospitalizados sea más complejo y que seguramente los promedios de estadía se eleven por lo que no necesariamente este proceso de fortalecimiento y mayor desarrollo de la atención ambulatoria y en domicilio se acompañará de una baja de la cantidad de camas necesarias.

No obstante, es de esperar que la tecnología permita una mejor planificación del uso de las camas disponibles mediante sistemas que faciliten una gestión coordinada de la internación, de la actividad quirúrgica y de la consulta ambulatoria. De esta manera se podrá prever adecuadamente de manera automática la oferta y la demanda de camas y mejorar los procesos de ingreso y egreso hacia y desde la internación.

La posibilidad cierta de las interconsultas entre profesionales en tiempo real para el encare y tratamiento de pacientes internados y aun de la realización de intervenciones quirúrgicas con participación de profesionales a distancia, constituyen otras circunstancias posibles en el futuro más o menos inmediato que apuntan en la dirección de una mejor calidad asistencial y de un uso más eficaz del recurso cama.

En suma, la mayor innovación se verificará en la atención ambulatoria potenciada en el seguimiento y control de pacientes crónicos a distancia y en la interconexión de los servicios para la valoración conjunta de las situaciones clínicas de los pacientes entre diferentes especialidades, lo que impactará en los hospitales y obligará a un rediseño de su perfil asistencial.

### **Los cambios necesarios ante el futuro próximo**

En el contexto reseñado los servicios de salud deberían alinear su organización y su gestión a un modelo que tenga por eje principal el usuario y que apunte a asegurar la accesibilidad a los servicios, la oportunidad y la continuidad de la atención y la eficiencia y la eficacia de las

prestaciones brindadas (elementos todos ellos que hacen a la calidad). Para ello la adopción de una estructura flexible dispuesta en clave de red y un funcionamiento que priorice el enfoque de gestión por procesos asistenciales con la mira puesta en la microgestión clínica es un modelo funcional a los objetivos mencionados.

Una organización en red implica una relación horizontal entre las unidades que la componen con un sistema de gobernanza basado en la autonomía de sus unidades y en los mecanismos de coordinación que las vinculan, con un nodo principal que coordine y defina los lineamientos estratégicos del conjunto de la organización. Para ello es necesario definir los roles, los cometidos y las funciones que debe cumplir cada una de las unidades que componen la red en función de las necesidades de salud y las demandas de atención de los usuarios. Estas unidades deben estar fuertemente interrelacionadas de manera constante por sistemas de comunicación ágiles que faciliten el acceso oportuno de los pacientes a los servicios, la continuidad de su atención y el tránsito fluido de su información clínica.

Un enfoque de gestión por procesos supone disponer y organizar los recursos de manera funcional a los requerimientos de atención de las personas a lo largo de todo su periplo asistencial trascendiendo el modelo basado en la organización por niveles de atención exclusivamente. Esto implica asegurar que las prestaciones que han sido diseñadas para resolver o controlar una patología o una determinada situación clínica y han demostrado ser capaces de hacerlo, estén disponibles en todos los casos en que se las requieran para atender la particular situación de cada paciente. Se trata pues, de asegurar la eficacia de la atención.

Se insiste en que este enfoque supone priorizar la gestión de los procesos por sobre la gestión de las unidades de atención de manera de asegurar el adecuado tránsito de los pacientes y de su información clínica a través de las interfaces entre la atención ambulatoria y la atención en internación que tradicionalmente constituyen zonas grises en las que las responsabilidades asistenciales pueden quedar diluidas o ser poco claras, de forma tal de mejorar la continuidad de la atención.

Por último, es necesario introducir incentivos para que los médicos, verdaderos tomadores de decisiones de las organizaciones sanitarias, se involucren desde su lugar clínico en la gestión organizacional. Para ello es necesario conformar ámbitos de trabajo conjunto entre médicos y responsables de la meso gestión para, entre otros objetivos, identificar los colectivos de personas de mayor prioridad asistencial en función de la magnitud y la prevalencia de sus patologías, determinar las normas o pautas de atención a seguir en estos casos de acuerdo a la mejor evidencia disponible y definir indicadores y sistemas de información que permitan evaluar el desarrollo de su atención y sus resultados. La gestión clínica constituye entonces una estrategia que apunta a lograr una mayor eficiencia de la atención, esto es, brindar la atención que mejor se adecua a la necesidad de salud del paciente mediante la combinación justa de los recursos necesarios para ello. Se debe tener presente que para llevar adelante esta estrategia es necesario un contexto laboral que favorezca la comunicación oportuna y de calidad entre el médico y el paciente y que posibilite de manera real la participación de los clínicos en actividades no asistenciales.

De la combinación de la gestión por procesos en el nivel macro y medio de la organización con la gestión clínica en el nivel micro dependerá la mejora de la eficiencia y de la eficacia de la atención.

### **El Interior y la realidad de FEPREMI en el contexto del SNIS**

FEPREMI es una organización de aseguramiento y provisión de servicios de salud de carácter integral que se articula como una federación de instituciones que como se menciona más adelante ha adoptado una estructura en red.

Está integrada por 22 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva a las que se suma el Sanatorio Americano que opera como otro prestador asegurador y como centro de referencia nacional de la red para determinadas prestaciones.

FEPREMI en conjunto cuenta con más de 830.000 personas afiliadas (alrededor de 35% de la población) cuya cobertura asistencial alcanza todo el territorio nacional con independencia del lugar de residencia del afiliado y de la ubicación de la sede central de la institución a la que está adscrito.

Por otra parte, FEPREMI cuenta con una plantilla de alrededor de 22.000 trabajadores.

### **Las particulares condicionantes de la red FEPREMI**

La realidad del Interior impone condicionantes a las instituciones sanitarias de esa región del país diferentes a las que se enfrentan las empresas de Montevideo.

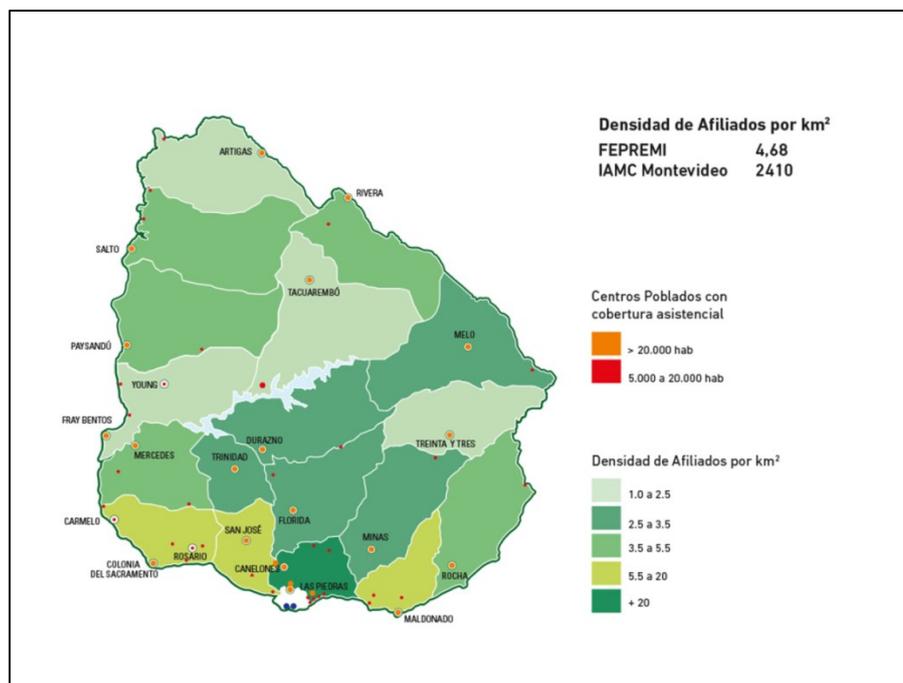
Por nombrar sólo algunas se puede referir la dispersión de la población en zonas rurales que condiciona el acceso oportuno de los usuarios a los servicios; la menor escala de afiliados de las instituciones lo que supone gestionar un mayor riesgo financiero que se asocia a su sostenibilidad; la menor disponibilidad relativa de recursos humanos especializados por dificultades asociadas a la oferta, al reclutamiento y a la radicación de especialistas en algunas zonas del país, y el desafío que implica la instalación de tecnologías diagnósticas y terapéuticas de punta por su impacto presupuestario.

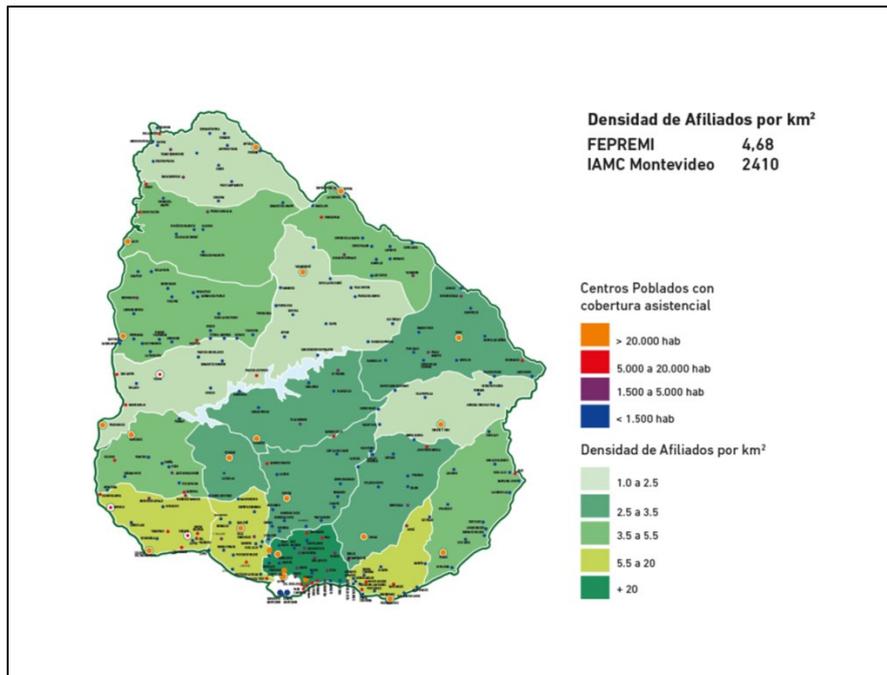
Para evidenciar parte de lo señalado anteriormente es importante considerar la cantidad de afiliados FEPREMI con relación a la superficie de cada departamento en el que hay al menos una institución de FEPREMI. La densidad de afiliados por km<sup>2</sup> va de un máximo de 27 en el departamento de Canelones a un mínimo de 2 en Río Negro. Pero lo más relevante es que en términos generales la mayor densidad se verifica en los departamentos del sur del país (Maldonado, Canelones, San José y Colonia). En la región Norte la densidad es de 3.4 afiliados por km<sup>2</sup> y en la región Centro Sur es 6.8. Para el conjunto de FEPREMI hay 4,5 afiliados por km<sup>2</sup> mientras que en Montevideo la densidad de afiliados es 2.410 por km<sup>2</sup>.

Estos datos ponen de manifiesto claramente (más allá de la concentración de población en las capitales departamentales), la dispersión geográfica de los usuarios de FEPREMI que obliga a las instituciones de la Federación a disponer de recursos y servicios en diferentes lugares de su área geográfica de responsabilidad asistencial, muy alejados entre sí y de la sede central.

Departamento	Afiliado / km <sup>2</sup>	Región
Artigas	2.12	3.44
Salto	4.48	
Paysandú	4.52	
Rivera	3.72	
Tacuarembó	2.34	
Río Negro	1.91	5.35
Soriano	5.01	
Colonia	11.09	
Cerro Largo	3.16	4.40
Treinta y Tres	2.05	
Rocha	3.93	
Lavalleja	3.07	
Maldonado	16.38	
Durazno	2.74	6.82
Florida	3.07	
Flores	2.58	
San José	9.96	
Canelones	27.3	
<b>FEPREMI</b>	<b>4.68</b>	<b>4.68</b>
<b>Montevideo</b>	<b>2410</b>	<b>2410</b>

Esto último se visualiza de manera clara en los siguientes mapas. En el primero de ellos se identifican los centros poblados de más de 5.000 habitantes en los que hay cobertura asistencial a cargo de las empresas de FEPREMI y en el segundo se identifican los centros poblados de más de 1.500 habitantes que están cubiertos por servicios de las instituciones de FEPREMI. El segundo mapa muestra gráficamente el esfuerzo organizacional y de gestión de FEPREMI para asegurar el acceso a la atención de sus afiliados. Esto implica costos adicionales que, justo es decirlo, no están contemplados en los precios de las cápitas.





A estos condicionantes se agregan cuestiones derivadas de la regulación del SNIS. En este sentido, hay dos aspectos de vital importancia: la regulación de la canasta de prestaciones (PIAS) y la regulación de precios. Como es sabido las instituciones de FEPREMI, al igual que las IAMC de Montevideo, dependen críticamente de los ingresos de prepago provenientes del FONASA por los afiliados cubiertos por el SNS. Ellos representan alrededor de 72% de los ingresos operativos y 92% de los ingresos de prepago. A su vez, los ingresos por copagos representan 7% de los ingresos operativos y su peso relativo ha ido descendiendo sostenidamente en los últimos diez años. Los precios de las cuotas salud así como el de los copagos están regulados y sus ajustes semestrales sólo reflejan los cambios de la variación de precios de los factores incluidos en la paramétrica o del IPC en el caso de las cuotas salud. En el caso de los copagos, las medidas adoptadas por el regulador han ido en línea con el establecimiento de precios máximos, exoneraciones y ajustes diferenciales que acoten la variabilidad de precios entre las instituciones. El resultado es el mencionado anteriormente, es decir, un descenso de su participación en la estructura de ingresos de las empresas. Todo esto genera una situación de mayor demanda sin que ello se refleje en ajustes al alza de las cápitas. Es preciso recordar que la cápita es la unidad de pago que debería reflejar el costo de atención de los afiliados por la provisión de las prestaciones incluidas en el PIAS.

Todo ello se verifica en un contexto de competencia de FEPREMI con el prestador público (y con las IAMC de Montevideo sobre todo en la zona metropolitana), en el que las reglas operan de manera diferente para uno y otro y en el que no existen incentivos a la calidad como diferencial para la captación de la preferencia de los usuarios particularmente de los amparados en el SNS.

Por otra parte, las diferentes escalas de las instituciones que conforman la red FEPREMI determinan un riesgo financiero por la cobertura de sus afiliados distinto para cada una de ellas, siendo éste mayor para las de menor tamaño. La aleatoriedad de la ocurrencia de eventos de salud de baja prevalencia y alto costo genera incertidumbre porque hace

imprevisible el nivel de gasto en el que habrá de incurrirse para dar respuesta asistencial adecuada a los referidos eventos. Esto compromete la sostenibilidad de algunas instituciones en el mediano plazo y por extensión compromete a toda la red.

### **La estrategia de FEPREMI**

A partir del análisis de las condicionantes epidemiológicas, demográficas, geográficas y regulatorias reseñadas líneas arriba y a los desarrollos tecnológicos disponibles FEPREMI ha adoptado una estrategia basada en: 1) el concepto de “afiliado FEPREMI” más allá de su adscripción a una institución en particular; 2) un modelo organizacional en clave de red que asegure la cobertura en todo el territorio nacional de los “afiliados FEPREMI”; 3) un sistema de gestión por procesos orientado al usuario que asegure su acceso oportuno a los servicios y la continuidad de su atención, y 3) la promoción de la microgestión clínica para mejorar la eficacia y la eficiencia de los procesos asistenciales.

El modelo de organización en red resulta funcional a la concepción de “orientación al usuario” y al concepto de “afiliado FEPREMI”.

La organización en red implica el desarrollo de emprendimientos asistenciales conjuntos con alcance regional, sub regional o nacional en los que cada una de las instituciones involucradas desempeñan roles y funciones específicos complementarios y bien determinados. Esto permite un uso más eficiente de los recursos profesionales, cuya carencia relativa señalada como un condicionante de las instituciones del interior, deje de ser tal o al menos se modere de forma sustantiva.

Estos emprendimientos adoptarán diferentes modos organizacionales según su objetivo y dispondrán de medios de coordinación y comunicación basados en las TIC que facilitarán su funcionamiento sobre la base de minimizar el traslado del paciente y maximizar el flujo de datos e información clínica necesarios para la toma de decisiones médicas.

Así es que, habrán de definirse proyectos con unidades de atención especializadas que concentren los recursos en una determinada institución y que atenderán la demanda regional o nacional de forma presencial o a distancia según los casos y otros emprendimientos que se concentrarán en la conformación de equipos de profesionales que habrán de desplazarse para satisfacer la demanda de atención. En todos los casos se pretende resolver las situaciones en el ámbito local minimizando el traslado del paciente.

En este sentido FEPREMI ha avanzado mediante un proceso de descentralización tecnológica y de servicios en el sentido de propiciar la resolución de los casos a nivel local con una distribución estratégica de los recursos tecnológicos más complejos según las facilidades de acceso geográfico determinados por la red de comunicación vial. Esto ya es así por ejemplo en el caso de la realización de ciertas cirugías complejas y en la atención de los recién nacidos de muy bajo peso que en la actualidad se atienden en diversas instituciones.

También se ha comenzado un proceso de descentralización de la provisión de servicios de medicina altamente especializada que se encontraban concentrados en el Sanatorio Americano en su carácter de centro de referencia nacional para FEPREMI. Actualmente se propicia la instalación de sedes secundarias de los Institutos de Medicina Altamente

Especializada que operan en el referido sanatorio en diferentes puntos del Interior, facilitando de esta manera el acceso de los usuarios de FEPREMI. Se ha comenzado con los procedimientos de hemodinamia y se continuará con la cirugía traumatológica (implantes de prótesis de cadera y de rodilla).

Desde otra perspectiva, pero siempre desde la concepción de red de servicios centrada en el usuario, FEPREMI ha implementado desde hace ya más de diez años, un sistema de reaseguro o de costos compartidos que apunta a modular el riesgo financiero derivado de la escala de las instituciones. Es así que las empresas de FEPREMI contribuyen a un fondo específico (FOPREMI) para el financiamiento de determinadas prestaciones de alto costo y baja prevalencia que están incluidas en el PIAS y que por tanto deben ser brindadas por las instituciones. Estas prestaciones son la atención del recién nacido de muy bajo peso, el tratamiento de las patologías oncológicas pediátricas, la atención de la leucemia aguda mieloblástica, la cirugía neonatal de determinadas malformaciones congénitas, los procedimientos de radiocirugía y lo de litotricia extracorpórea y percutánea.

De esta manera se comparte el riesgo entre las 22 instituciones y se asegura el financiamiento de la atención de todos los afiliados de FEPREMI con independencia de la institución a la que están adscriptos.

Independientemente de los proyectos interinstitucionales de la red FEPREMI, la actividad cotidiana de los servicios de las instituciones a nivel local también se ven fortalecidos con la posibilidad de realización de interconsultas y la implementación de programas de segunda opinión con profesionales radicados en otros puntos del país, a través de las TIC.

Asimismo, el avance en la video consulta posibilita la incorporación de su registro audiovisual en la historia clínica electrónica del paciente y la realización en tiempo real de interconsultas con otros profesionales de manera simultánea. Esto tiene una evidente consecuencia en la más certera y rápida resolución de la situación clínica del paciente pero a la vez implica desafíos en el manejo de información sensible y personal del paciente en formatos hasta ahora no utilizados.

En los últimos años se ha verificado un fenómeno de radicación de población rural dispersa en pequeños poblados que diariamente se trasladan a sus lugares de trabajo en el medio rural. La instalación de servicios de atención sencillos a cargo de personal de enfermería y el uso de las TIC facilita el acceso a la atención de este grupo de población ya que es posible viabilizar las consultas de los residentes en estos poblados, incluidos quienes trabajan en el medio rural, a través de dispositivos de video consulta con médicos radicados en las ciudades.

El uso de las TIC en la práctica cotidiana a partir del fuerte impulso que tuvo en el último año y medio como consecuencia de la epidemia por SARS CoV 2, ha venido para quedarse. El tema a considerar en el futuro inmediato es cuál será el punto justo de su nivel de uso teniendo en cuenta una eventual afectación de la calidad de la relación médico – paciente. De todas formas en tanto se trata de un cambio cultural en la práctica asistencial, esta será más o menos aceptada por médicos y pacientes según diferentes variables, una de ellas sin duda es la edad y ya es posible vislumbrar una mayor aceptación de esta modalidad en los pacientes más jóvenes con relación a los de mayor edad.

## **Comentarios finales**

Las perspectivas que se abren en el futuro inmediato en el campo de la atención sanitaria a partir de los avances tecnológicos particularmente en el campo de las TIC, son potencialmente favorecedoras de una mejora de la calidad de la atención por cuanto ponen a disposición herramientas que permiten mejorar el acceso y la continuidad de la atención, en un contexto de alta prevalencia de pacientes portadores de pluripatologías crónicas.

Como ya se mencionó es previsible un desarrollo importante de la atención ambulatoria y de los cuidados domiciliarios lo que impactará en el perfil de la atención en la modalidad de internación que se concentrará cada vez más en la atención de pacientes complejos.

Sin embargo, las innovaciones tecnológicas son instrumentales a los fines institucionales y por tanto el verdadero desafío futuro de los servicios de salud es la definición de nuevas estrategias organizacionales y de gestión que sean capaces de dar respuestas asistenciales acordes a las demandas de atención de la población, en las que esas tecnologías operen como facilitadores de su instrumentación.

En un escenario como el actual en el que el desarrollo continuo de innovaciones en el campo de las TIC hace que estas adquieran una importancia superlativa, se debe ser cuidadoso a la hora de repensar la organización de los hospitales y de los servicios de salud en general. No debe perderse de vista que las TIC son instrumentos, sumamente valiosos por cierto, pero instrumentos al fin. De no contar con un plan estratégico institucional la incorporación de estas innovaciones puede terminar siendo el objetivo final perdiéndose de vista el verdadero fin último de las instituciones de salud.

Es preciso que cualquiera sea el futuro, la “hiperdigitalización” del hospital y de los servicios de salud en general, no sustituya la relación cara a cara entre el usuario y la organización y lo que es más importante entre el médico y el paciente y que a su vez los algoritmos personalizados a partir de los perfiles de los usuarios se limiten a agregar valor al tratamiento médico sin afectar la privacidad de las personas.

Indudablemente las TIC y su desarrollo abren una perspectiva diferente en la forma de gestionar la atención de salud pero debe tenerse presente que como contrapartida generan nuevos riesgos que deberán administrarse de manera inteligente.