

Arquitectura y salud





GABRIEL MASFURROLL
EMPRESARIO HOSPITALARIO



ALBERT PUNSOLA
COORDINADOR DE ACESInfo



FRANCESC PERNAS
ARQUITECTO Y PRESIDENTE
DE CASA SOLO ARQUITECTOS



JORDI SUMARROCA
CONSEJERO DELEGADO DE TEYCO

¿Cómo podemos diseñar y construir buenos hospitales?

Gabriel Masfurroll, empresario hospitalario; Francesc Pernas, arquitecto y presidente de Casa Solo Arquitectos, y Jordi Sumarroca, consejero delegado de la empresa constructora Teyco, moderados por el coordinador del ACESInfo, Albert Punsola, ponen sobre la mesa sus ideas sobre cómo debe ser la arquitectura sanitaria del presente y del futuro. En esta conversación también contrastan argumentos en torno a la compleja relación entre propietarios, arquitectos y constructores, y opinan sobre el papel de la sanidad privada en la consecución de entornos hospitalarios más modernos, eficientes y amables para los usuarios.



¿En qué consiste una buena arquitectura sanitaria?



Como ya escribió Vitruvio en la antigua Roma, la arquitectura tiene que ser robusta, funcional y bonita. Y en cuanto a la sanitaria, pues lo mismo: debe durar en el tiempo, debe facilitar la organización del centro y aspectos clave como la cir-

culación de los usuarios, y también debe tener buena luz natural y vistas a la exterior, para humanizarla. Sin olvidar la flexibilidad para poder adaptarse a momentos de crecimiento, de recesión o de cambios tecnológicos. En general, la arquitectura sanitaria ha dado importancia siempre a los aspectos funcionales, pero, a pesar de ser importantes, no son los únicos para la determinación de la forma. La buena arquitectura se reconoce porque genera espacios donde las personas nos encontramos bien. A

veces vemos edificios que llaman mucho la atención, pero creo que la belleza radica en la arquitectura sin estridencias.



Aún queda mucho por hacer en el terreno del confort de los hospitales. La gente va con un problema y en general con un estado de ánimo no muy bueno, por eso habría que tender hacia una calidad hotelera. La cuestión de la funcionalidad está muy bien resuelta por la experiencia que tenemos arquitectos y constructores. Desde este punto de vista es importante que la propiedad no se immiscuya mucho en los proyectos.



Es cierto que en algunos centros falta todavía ese punto de confort que merecen tanto los pacientes como sus familias. Pero no estoy de acuerdo con este papel de la propiedad, Jordi. Al contrario, yo creo que tiene mucho que decir siempre que tenga claro lo que quiere hacer. Eres

un empresario hospitalario profesional, sabes perfectamente que tienes que trabajar conjuntamente con arquitectos, ingenieros, proveedores, médicos, enfermeras, abogados, economistas, etc... Cuando se ha trabajado a fondo entre todos los implicados en un proyecto es más probable que el resultado sea mejor.



En el proyecto de un hospital intervienen muchos actores y todos son importantes. Ahora bien, debe haber un catalizador.



¿Debe ser el arquitecto?



Yo creo que un catalizador mucho más importante debe ser la figura del director de proyecto.



Para mí es la propiedad, pero cada caso es diferente y estará en función de cuál sea la propiedad. Es como una orquesta que debe estar bien afinada en que el director debe tener la habilidad de lograr que suene bien. Además, no olvidemos la frase de “quien paga manda”. Otra cosa es que mande bien, pero lo mismo vale para el arquitecto y para todos los demás. Lo importante es saber qué quieres, cómo lo quieres y cuánto puedes invertir. A partir de aquí hay que planificar bien y crear una buena orquesta de profesionales, que no desafíe. Con un buen director que a la vez se comunique y reporte con agilidad a la propiedad, para que ésta pueda tomar las decisiones más adecuadas.



La propiedad debe identificar un



.....

FRANCESC PERNAS
“LA SANIDAD PRIVADA DEBERÍA SER LÍDER, COMO LO HA SIDO SIEMPRE, EN LA EVOLUCIÓN ARQUITECTÓNICA DE LOS HOSPITALES EN EL FUTURO”

.....

director de proyecto, que es la persona que tiene que tomar las decisiones más relevantes que hay que ejecutar y es quien tiene que recoger todas las aportaciones. Lo que no puede haber son 30 interlocutores.



Es en el momento del diseño inicial del proyecto cuando tiene que darse la interrelación entre todos los involucrados. Pero cuando entra la primera máquina excavadora, el proyecto ya debe estar definido al cien por cien. La experiencia nos dice que cuando esto no ocurre comienzan a surgir ineficiencias durante la ejecución que conllevan encarecimientos.



Pero esto también ocurre porque los procesos se alargan tanto que desde la decisión de construir un equipamiento hasta que se lleva a cabo, ya ha cambiado la tecnología. Lo que planificas hoy a los cinco años puede haber evolucionado muchísimo. Por eso es importante la capacidad de adaptación al cambio. Pero no te voy a negar que a veces también se planifica mal, y las administraciones correspondientes no ayudan lo suficiente. No olvidemos que, en el caso del sector privado, se hacen inversiones importantes, se crean puestos de trabajo, se genera riqueza, se proporciona un servicio al ciudadano y prestigio a la ciudad, pero a veces parece que todo esto no se aprecie, al contrario.



Podríamos decir, entonces, que la buena arquitectura hospitalaria es también la que proviene del consenso, del entendimiento.



Del consenso y de la aceptación final por parte de las personas que



lo utilizarán. Y esto se demuestra con el tiempo, no la primera semana, ni el primer mes, ni el primer año, sino a largo plazo. El entorno físico es la expresión del entorno empresarial. Cuando diseñas un hospital, o cuando lo remodelas, transmites un espíritu, una manera de interpretar como entiendes el cuidado de la salud. Como dice muy bien Jordi, cuando entras en un hospital, lo haces con una dolencia física y con un hándicap psíquico importantísimo, y necesitas un entorno muy acogedor. Hay un efecto muy curioso, que ocurre en otros países y aquí en algún caso también: hay personas que están mejor en el hospital que en su casa.



Queda claro que hay que perseguir objetivos muy diversos a la vez: funcionalidad, belleza, adaptabilidad. ¿Pero la arquitectura lo puede prever todo?



No, es imposible. Cuando creamos USP, en nuestros hospitales catalanes, la cirugía ambulatoria funcionaba muy bien, pero estas intervenciones en otros lugares de España

.....

GABRIEL MASFURROLL
“CUANDO DISEÑAS UN HOSPITAL LE TRANSMITES UN ESPÍRITU, UNA MANERA DE INTERPRETAR COMO ENTIENDES EL CUIDADO DE LA SALUD”.

.....

no se hacían, no había manera. ¿La razón? Los profesionales querían hacer cirugía ambulatoria en un quirófano convencional. Pero si mezclas cirugía convencional con cirugía ambulatoria creas ineficiencias.



Un hospital de una cierta dimensión es como una ciudad. Una ciudad que está bien organizada, que tiene un *master plan*. Y eso es lo que debe tener un hospital: unas líneas maestras, un código de construcción que debe ser muy claro y crear un orden. Y si es así, las partes, por más que evolucionen, podrán ser cambiadas o sustituidas sin crear problemas. Evidentemente prever todo es imposible, pero

siempre digo que un proyecto debe hacerse pensando en el 10. Si ya partes de un notable, entonces te quedarás en el aprobado.



¿Desde la Administración se facilita la iniciativa privada en la construcción sanitaria?



Nosotros tardamos cinco años en construir la nueva Dexeus cuando se hubiera podido hacer en dos en dos. ¿Trabas? Todas.



La sanidad es el segundo problema que más preocupa, después del paro. Por ello la Administración le debería poner las cosas en bandeja de oro, con cesiones de espacios. Y, en cambio, se encuentran pegas. Si hay un déficit de metros cuadrados sanitarios en una ciudad y hay operadores dispuestos a construir, es necesario adoptar medidas específicas para que puedan hacerlo. En otros temas como instalaciones de clubes deportivos se han adoptado medidas en este sentido cuando se ha creído conveniente.



¿El volumen de inversión requerida para construir impide que haya más iniciativas?



Sorprende que se quiera ahorrar a veces en un edificio que tendrá que dar muchas prestaciones 24 horas 365 días al año durante décadas, y teniendo en cuenta que después, para remodelarlo, habrá que gastar más y será complicado. Adjudicar una obra sólo pensando en el precio es una mala decisión.



Los ingleses, a la hora de construir un hospital, ya hace años que consideran dos tipos de coste: el coste inicial, o *capital cost*, y lo que llaman *running cost*, que es el coste acumulado de todos los recursos para el funcionamiento a lo largo de la vida del edificio. El coste inicial puede ser un poco más elevado porque, por ejemplo, se invierte en sistemas energéticos más eficientes, pero eso reducirá los costes de funcionamiento, por lo que la inversión inicial se amortizará con rapidez. Además, hoy existen herramientas informáticas que permiten hacer este tipo de simulaciones. Es muy importante contabilizar todas las variables desde el principio, y esto no se aplica en nuestro país, donde se actúa pensando en el corto plazo. El cliente público tiene tendencia a programar más metros cuadrados, mientras que el privado es más contenido, aunque preserva la eficiencia. No hace falta decir que la demanda de más superficie tiene mucho que ver con el incremento del gasto en luz, climatización, limpieza y mantenimiento en general.



Aquí se aprovecha poco el conocimiento de las empresas constructoras. Hay zonas del país donde se trabaja, por ejemplo, mejor la estructura metálica que la del hormigón y esto un arquitecto no siempre lo sabe. O detalles como un tipo de vinilo determinado en la pared que evitará tener que repintarla cada cierto tiempo, con el consiguiente ahorro.



¿La sanidad privada hace buena arquitectura sanitaria en Cataluña?



.....

JORDI SUMARROCA
**“SE APROVECHA
POCO EL CONOCIMIENTO
Y EXPERIENCIA
DE LAS EMPRESAS
CONSTRUCTORAS”.**

.....



Históricamente los promotores privados -médicos o mutuas- han construido edificios de una alta calidad, con unos espacios interiores muy bien diseñados porque han tenido que aportar un plus respecto a los hospitales públicos, sobre todo del INSALUD, que allá en los años 60 eran una desgracia en términos de diseño. Pero la arquitectura sanitaria pública en Cataluña, a partir de los 80, con la autonomía, da un salto cualitativo espectacular y se sitúa a muy buen nivel, e incluso es un referente europeo.



Creo que el nivel de la arquitectura pública se ha equiparado, y en algún caso concreto incluso ha

superado el de la privada, en los últimos años, aunque esta última sigue teniendo un nivel muy alto.



Desgraciadamente, en el ámbito privado no se hacen tantos hospitales y centros nuevos, sino rehabilitaciones y ampliaciones, y es aquí donde se entra en la racionalización de los espacios que se han ido añadiendo con el tiempo con varios criterios y usando diferentes materiales, y esto es un gran reto de la gestión. Rehabilitar, sin embargo, tiene sus límites. El mantenimiento es fundamental. Si no lo haces, todo se va a pique. Es lo que ha pasado en algunos centros públicos, donde este tema se ha olvidado y desde mi punto de vista se han convertido en irrecuperables, como es el caso de la Vall d'Hebron.



Pero sigue siendo uno de los mejores hospitales de la ciudad, y de referencia a escala mundial. La arquitectura, por mal que esté, no puede impedir la buena práctica de los buenos profesionales que trabajan, al igual que sería un desastre una arquitectura de excelencia con unos malos profesionales.



Estoy de acuerdo en que la rehabilitación tiene unos límites: cuando trabajas con techos de 2,20 m no vale la pena que rehabilitar. Si se compara con la obra nueva el coste de la rehabilitación integral es similar. Con obra nueva infraestructura y cimientos representan un 20% del coste. Rehabilitando no tienes este coste, pero sí el de los escombros, que también es muy importante.



En estas consideraciones también debe influir el hecho de tener un edificio conocido en un lugar adecuado.



La ubicación es un valor que hay que tener muy presente. Si hace 50 años que estás en el centro de la ciudad no te puedes mover, y si el edificio es emblemático, vale la pena rehabilitar más que construir de nuevo. Pero también es cierto que dentro del tejido urbano hay unas ciertas limitaciones: el suelo es más caro y el crecimiento puede ser un problema, en cambio en la periferia siempre hay más posibilidades dada la estructura del suelo. En cualquier caso lo más importante es disponer de una bue-

na accesibilidad en transporte público y privado allí donde estés.



Quizás el privado prefiere estar en la ciudad pero al público le es más indiferente. Girona es una ciudad potente con una renta per cápita alta, pero no tiene ningún hospital privado grande y la gente se desplaza a Barcelona.



¿Qué influencia tendrá la evolución de la tecnología y de la medicina en la configuración de los centros sanitarios del futuro?



Habrà menos camas. La medicina es cada vez más ambulatoria, por no hablar de la llegada de las técnicas genéticas basadas en la predicción. También hay y habrá que atender muchos pacientes crónicos que necesitan un tipo de asistencia que en estos momentos ni los centros privados ni los públicos pueden ofrecer: nadie construye centros para estos pacientes.



Pienso que el hormigón tenderá a desaparecer en favor del hierro y

esto favorecerá la necesaria modularidad de los centros. Los edificios también tenderán a reservar una planta entera a instalaciones e infraestructuras. De hecho hoy ya está pasando.



Creo que la medicina genómica centrada en la predicción de las posibles enfermedades que podemos sufrir será un factor a tener en cuenta; en los países más punteros el sector privado ya está en ello. La sanidad privada debería ser líder, como lo ha sido siempre, en la evolución arquitectónica de los hospitales en el futuro. Veo un potencial de vanguardia enorme en la iniciativa empresarial porque la capacidad del Estado está en retroceso. Y, en cuanto a la financiación, si hay proyectos claros no será difícil conseguirla.



La sanidad es un sector de capital intensivo, siempre lo ha sido y siempre lo será. Yo también pienso que el sector privado tiene mucho que decir en la arquitectura de los centros y por tanto tienen que invertir, siempre que le dejen opinar, actuar y no le pongan palos a las ruedas. ■