

*LA PANDEMIA  
SIEMPRE  
ACECHA*

**Salud sin Bulos:**

Bulos sobre el coronavirus

**Entrevista:**

**José Luis Poveda**

Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital  
Universitario La Fe (Valencia)

# CONSEJO EDITORIAL

## **Abarca Cidón, Juan**

Presidente de HM Hospitales. Presidente del IDIS

## **Alfonso Jaén, Margarita**

Secretaria General de FENIN

## **Aguilar Santamaría, Jesús**

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

## **Arnés Corellano, Humberto**

Director General de Farmaindustria

## **Asín Llorca, Manuel**

Presidente de la Asociación de Clínicas Privadas de Dermatología (ACD)

## **Avilés Muñoz, Mariano**

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

## **Bando Casado, Honorio-Carlos**

Académico de varias Reales Academias de España y miembro de la Junta Directiva de la AEF

## **Campos Villarino, Luis**

Presidente de la Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

## **Carrero López, Miguel**

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

## **Castro Reino, Óscar**

Presidente del Consejo General de Dentistas

## **De Lorenzo y Montero, Ricardo**

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)

## **De Rosa Torner, Alberto**

Consejero Delegado del Grupo Ribera Salud

## **Domínguez-Gil González, Beatriz**

Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

## **Fernández-Pro Ledesma, Antonio**

Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

## **Franco Fernández-Conde, Antonio**

CEO Luzán 5 Health Consulting

## **García Giménez, Víctor**

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC)

## **Garrido López, Pilar**

Presidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de Salud

## **Gutiérrez Fuentes, José Antonio**

Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

## **Iñiguez Romo, Andrés**

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

## **Jaén Olasolo, Pedro**

Presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

## **Llisterri Caro, José Luis**

Presidente de la SEMERGEN

## **Lorenzo Garmendia, Andoni**

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

## **Macaya Miguel, Carlos**

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

## **Martínez Solana, María Yolanda**

Profesora de la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM

## **Millán Rusillo, Teresa**

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

## **Murillo Carrasco, Diego**

Presidente de la Fundación Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

## **Múzquiz Vicente-Arche, Regina**

Directora General de BioSim

## **Navarro Rubio, M<sup>a</sup> Dolores**

Directora de Experiencia del Paciente en el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu

## **Ondategui-Parra, Silvia**

Directora de la Unidad de Salud y Farmacia Ernst & Young

## **Peña López, Carmen**

Immediate Past President de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

## **Pérez Raya, Florentino**

Presidente del Consejo General de Enfermería

## **Pey Sanahuja, Jaume**

Director General de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp)

## **Revilla Pedreira, Regina**

Directora Ejecutiva de Policy, Communication & Corporate Affairs de MSD

## **Rodríguez de la Cuerda, Ángel Luis**

Secretario General de la AESEG

## **Rodríguez García-Caro, José Isaías**

Consejero en LLORENTE&CUENCA

## **Rodríguez Somolinos, Germán**

Director de Seguimiento del CDTI

## **Romero Agüit, Serafín**

Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

## **Rosado Bretón, Luis**

Gestor sanitario y Ex consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana

## **Ruiz i García, Boi**

Profesor de la UIC y Presidente de Know How

## **Rus Palacios, Carlos**

Presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

## **Sánchez Chamorro, Emilia**

Directora de Proyectos e Innovación en Sant Joan de Deu

## **Sánchez Fierro, Julio**

Presidente del Consejo Asesor de Pacientes

## **Smith Aldecoa, Borja**

Director General de Bio Innova Consulting

## **Somoza Gimeno, Asunción**

Directora de Relaciones Institucionales Astellas Pharma

## **Tranche Iparraguirre, Salvador**

Presidente de la SEMFYC

## **Truchado Velasco, Luis**

Socio Director de Eurogalenus Executive Search in Life Science

## **Vallès Navarro, Roser**

Ex Directora General de Ordenación y Regulación del CatSalut

## **Zapatero Gaviria, Antonio**

Presidente de la FACME

## **Polanco Álvarez, Ana**

Presidenta de ASEBIO

## EDITA

HEALTH ECONOMICS, S.L.  
C/ Velázquez, 157  
28002 Madrid  
ISSN: 2386-7434

## DIRECTOR

José M<sup>a</sup> Martínez García  
direccion@newmedicaleconomics.es

## PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

## REDACCIÓN Y DISEÑO

Jesús González Bonilla  
jesus@newmedicaleconomics.es  
Teléfono: 629 940 354

## RELACIONES INSTITUCIONALES

Paloma Tamayo Prada  
paloma@newmedicaleconomics.es  
Teléfono: 630 127 443

## REDACTORA JEFE

Carmen M<sup>a</sup> Tornero Fernández  
redaccion@newmedicaleconomics.es  
Teléfono: 606 16 26 72

# COLABORADORES EXPERTOS

## GESTIÓN SANITARIA

**Sofía Azcona Sanz,**  
Directora General de Cofares Digital.



**Javier Carnicero Giménez de Azcárate,**  
Consultor de Sistemas y Servicios de Salud.



**Blanca Fernández-Lasquetty,**  
Directora de EnferConsultty y Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).



**Clara Grau Corral,**  
Consultora en salud.



**Elisa Herrera Fernández,**  
Experta jurídica en Derecho Ambiental.



**Álvaro Lavandeira Hermoso,**  
Abogado-Presidente del Instituto para la Investigación & Formación en Salud (IFSASALUD).



**Fernando Mugarza Borque,**  
Director de Desarrollo Corporativo del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad).



**M<sup>a</sup> Carmen Ocaña García-Abadillo,**  
Graduada en enfermería.



**Boi Ruiz i García,**  
MD PhD. Profesor Asociado de la Universidad Internacional de Cataluña.



## EXPERIENCIA DEL PACIENTE

**José Luis Baquero Úbeda**  
Director y Coordinador científico del Foro Español de Pacientes.



**Andoni Lorenzo Garmendia**  
Presidente de Foro Español de Pacientes



**Mercedes Maderuelo Labrador,**  
Gerente de la Federación Española de Diabetes (FEDE).



**Carlos Mateos Cidoncha,**  
Director de la Agencia de Comunicación COM Salud y Coordinador de #SaludsinBulos.



**M<sup>a</sup> Dolores Navarro Rubio,**  
Directora de Patient and Family Empowerment del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.



**Virginia Pérez Rejas,**  
Coach personal y enfermera.



## RRHH

**Corpus Gómez Calderón,**  
Directora de recursos humanos, comunicación y RSC en Marinasalud. Denia (Alicante).



**Jaime Puente y C.,**  
Socio Director de BÉsideU.



## DERECHO

**Mariano Avilés Muñoz,**  
Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF).



**Ofelia De Lorenzo Aparici,**  
Directora área jurídico contencioso, Bufete De Lorenzo Abogados.



**Ricardo De Lorenzo y Montero,**  
Bufete De Lorenzo Abogados. Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario.



**María Fernández de Sevilla,**  
Letrada del despacho Fernández de Sevilla.



**Julio Hierro Herrera,**  
Responsable del área de Corporate Compliance de Advocentur Abogados.



**Carlos Lázaro Madrid,**  
Estudiante de Derecho por la Universidad de Zaragoza.



**Julio Sánchez Fierro,**  
Presidente del Consejo Asesor de Paciente.



## INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

**Óscar Gil García,**  
Head of Consulting & Service in Healthcare Spain & Portugal at IQVIA.



**Lorena Pérez Campillo**  
Investigadora de la UPV (Universidad del País Vasco).



**Verónica Pilotti de Siracusa,**  
Especialista clínico de ventas en Masimo.





## Seguros para cubrir lo que más importa.

Presentamos Ama Vida, la nueva gama de seguros de vida creada por A.M.A., la mutua de los profesionales sanitarios, para asegurar la tranquilidad de las familias de nuestros sanitarios y garantizar una protección a medida acorde con las circunstancias de su profesión.

Un seguro de vida flexible y de amplia cobertura que garantiza la estabilidad económica y el patrimonio de su familia en el caso de que usted no pueda hacerlo.

### Nuevos seguros de Vida

[www.amavidaseguros.com](http://www.amavidaseguros.com)  
913 43 47 01 / 902 30 30 10

**A.M.A. MADRID**  
Vía de los Poblados, 3.  
Edificio nº 4-A  
Tel. 913 43 47 00  
amacentral@amaseguros.com

**A.M.A. MADRID (Villanueva)**  
Villanueva, 24  
Tel. 914 31 06 43  
villanueva@amaseguros.com



## Ama Vida

Seguros de vida para  
profesionales sanitarios

**A.M.A. MADRID (Hilarión)**  
Hilarión Eslava, 50  
Tel. 910 50 57 01  
hilarion@amaseguros.com

**6**

## **En Profundidad**

Alguna lección aprendida en la pandemia de Gripe A

**9**

## **Salud sin Bulos**

El miedo desata una avalancha de bulos del coronavirus

**12**

## **El Termómetro**

Comunicación en situaciones de crisis

**15**

## **Con Ojo Clínico**

El sector inmobiliario de la salud y el Real Estate

**19**

## **El Paciente de Hoy**

Pacientes y coronavirus

**21**

## **Gestión**

Apuntes para la gestión de la transformación digital

**23**

## **Entrevista**

“El paciente es un continuo reto porque va cambiando sus necesidades, adaptarse a eso es fundamental”

**27**

## **En Portada**

Una pandemia y dos epidemias

**31**

## **Las Noticias De La Quincena**

**34**

## **Nombramientos**

**36**

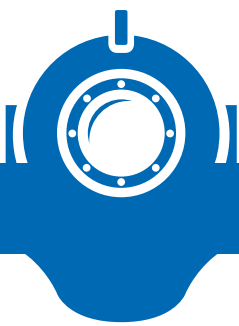
## **Economía**

**38**

## **Sanidad Autonómica**

**41**

## **Biblioteca**



# Alguna lección aprendida en la pandemia de Gripe A

Luis Rosado Bretón

**S**e dice que el ser humano es el único capaz de caer dos veces en la misma piedra, aunque si a alguno le gusta la historia puede encontrarse con repeticiones del mismo error muchas veces. Ello origina un sinfín de bucles donde parecemos movernos con cierta periodicidad.

Recientemente en 2009, el mundo sufrió una de las pandemias de gripe más importantes, donde algunos datos ya parece que se nos han olvidado. Según el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) llegó a afectar entre junio de 2009 y agosto de 2010 entre el 11 y el 21 por ciento de la población mundial lo que supone a más de 700 millones de personas. Estas estimaciones hablan de entre 151.000 y 575.000 fallecimientos por esta causa. En los países desarrollados se dejó de hacer el contaje de casos en noviembre de 2009, cuando se habían contabilizado 622.482 casos y 7.826 fallecimientos oficiales.

Los primeros casos fueron de China, sin embargo, la alarma se incendió cuando se informó de una mortalidad muy elevada en México en un brote (el 27 de abril de 2009 se hablaba de 2000 infectados y 149 fallecimientos). Nuestro país recibió los primeros casos de Europa importados de México, extendiéndose rápidamente por todo el continente.

En España se estimaron 744.795 casos confirmados de gripe por (H1N1) desde mayo de 2009

hasta marzo de 2010. Con 318 defunciones confirmadas con una cifra de letalidad global de 0,43 defunciones por 1.000 casos de gripe pandémica. La mayor tasa de letalidad se registró en los mayores de 64 años con 4 defunciones por 1.000 casos de gripe pandémica y una mortalidad de 7,05 por cada millón de habitantes.

Sabemos que la pandemia actual no es exactamente como la anterior ni en transmisibilidad, letalidad o periodo de incubación, pero sí es comparable la magnitud de la respuesta.

Recuerdo bastante aquella época (era el responsable de la Agencia Valenciana de Salud). Inicialmente cada CCAA había hecho "la guerra por su cuenta" y se había competido por acaparar mascarillas y antivirales. Afortunadamente los responsables técnicos de las CCAA nos pusimos de acuerdo en una red de comu-



nicación permanente. Asumimos sin ninguna fisura la necesidad de liderazgo del Ministerio de Sanidad, aunque las aportaciones surgieran de los expertos en todo el Estado. En la crisis actual este patrón se está repitiendo, aunque debía de gozar de mayor apoyo institucional a todos los niveles (Estado y CCAA).

Se levantó una gran alarma social y, como ahora, algunos medios de comunicación seguían día tras día el contaje de los fallecidos y los puntos de sobrecarga del sistema. Llegaban a salir reportajes de los primeros fallecidos y sus historias particulares. En un momento determinado se trató de establecer un código ético con los medios para evitar la alarma social innecesaria, definiendo unos estándares de información no necesariamente alarmista. A diferencia de estas medidas, la expansión viral (valga la redundancia) de memes, mensajería, videos, podcast y toda la parafernalia digital ha acrecentado la dispersión informativa no ayudando en nada a combatir este funesto efecto. Estoy bastante cansado de recibir todos los días videos y mensajes donde diferentes agentes sanitarios nos explican por enésima vez cómo se trasmite la enfermedad y cómo tranquilizarnos introduciendo la incertidumbre sobre lo que está sucediendo (“debe de ser importante si nos machacan de información desde múltiples fuentes”).

En aquella pandemia los medios de contención se vieron superados pronto dada la elevada transmisibilidad del N1H1. No se tomaron medidas de suspensión de contactos, aunque se centró mucho el foco en la transmisión de persona a persona (distancia, lavado y aislamiento individual). Estoy seguro de que las medidas de contención retrasarán la progresión del contagio y mitigarán en parte algunos efectos relacionados con el crecimiento exponencial de los casos, aunque cuando la tasa de afectados sea elevada, no se podrán seguir contabilizando casos como ya paso con la gripe que alcanzo gran prevalencia (se llegaron a alcanzar en la red centinela hasta 900 casos por 100.000 habitantes).

Me preocupa más la fase de expansión (una vez finalizada la contención). Si tenemos en cuenta el escenario que manejamos en su día con la gripe, calculando una hospitalización del 1% de los casos clínicos, hospitalización en camas de críticos del 25% de las hospitalizaciones, ventilación asistida en el 60% de los enfermos críticos, y estancia media hospitalización: 6 días con estancia media, para críticos de 12 días; va a ser capital definir la onda de ataque (a que por-

“

Cada centro debe de estar diseñando planes para alojar ingresos y tratar pacientes críticos con su equipamiento específico sin menoscabo de la actividad originada por otros procesos

”

centaje de la población afectara) y la severidad (medida por letalidad).

Supongo que ya se está trabajando en el aspecto de recursos. Cada centro debe de estar diseñando planes para alojar ingresos y tratar pacientes críticos con su equipamiento específico sin menoscabo de la actividad originada por otros procesos. Visto así, no parece tan anecdótico la construcción a contrarreloj de hospitales en China.

En mi opinión, la planificación y la capacidad de adaptación de nuestros centros sanitarios y nuestro sistema sanitario en esta fase será crucial y es importante que no sea reactiva sino anticipativa. Durante la aparición del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) en noviembre de 2002 (con alta letalidad) y la pandemia de 2009 (con alta transmisibilidad) se habilitaron zonas de atención especial en centros y se diseñaron protocolos de asistencia que facilitaron en esta segunda fase que no existiera una sobreutilización y dispersión de la asistencia.

La competencia es de la comunidad autónoma que presta la asistencia sanitaria, pero la coordinación debería ser centralizada para evitar variabilidad y pérdida de cohesión y no siempre asociada a las necesarias medidas de contención.

Gestor sanitario. Ex consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana y ex gerente de la Agencia Valenciana de Salud.

The logo for PSN, consisting of the letters 'PSN' in a white, stylized font on a dark teal background.

## PSN Responsabilidad Civil Profesional

El valor de un profesional está en sus decisiones

Estamos junto a los profesionales sanitarios con soluciones personalizadas en Responsabilidad Civil.

**Para que ejerzas tu profesión centrándote en lo que de verdad te importa, tus pacientes.**



SEGUROS • AHORRO E INVERSIÓN • PENSIONES

910 616 790 · psn.es · Sigue a Grupo PSN en      



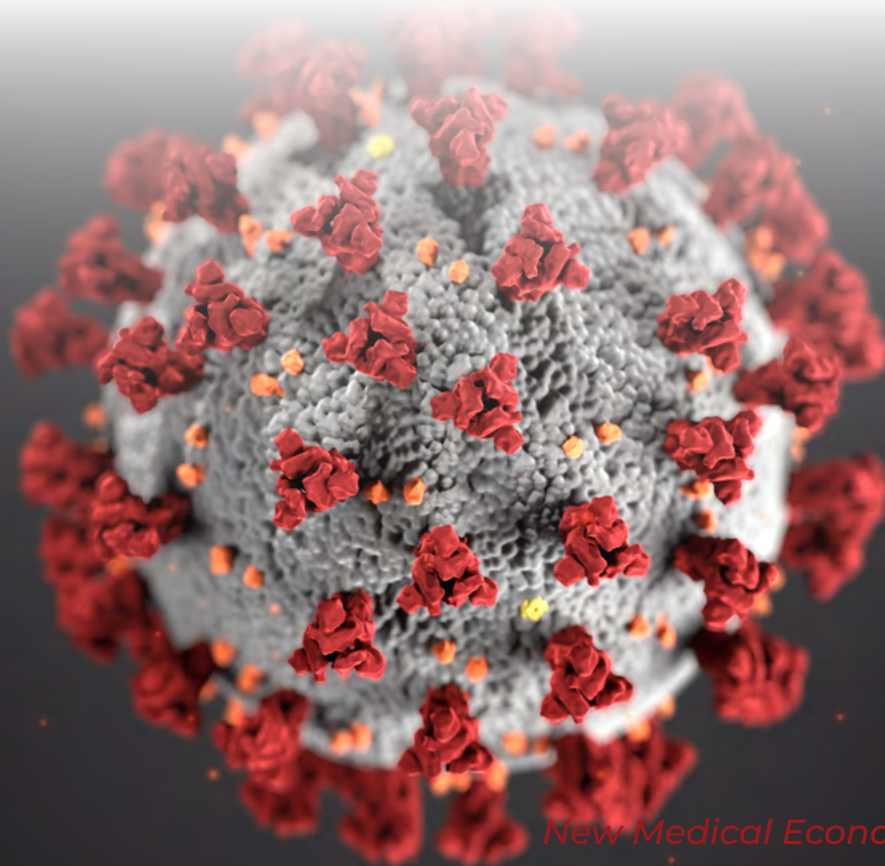
# El miedo desata una avalancha de bulos del coronavirus

Carlos Mateos

**E**l coronavirus 2019-nCoV concentraba gran parte de la conversación en redes sociales desde enero, pero desde que se endurecieron las medidas de contención, es prácticamente el único tema de debate en la Red, al igual que en la calle. Y como ocurre en todas las situaciones de alarma generalizada, los bulos se multiplican. En este caso alcanzan una dimensión de

la que no existen precedentes históricos, una infodemia.

En una situación de histeria colectiva, como la que se vive con el coronavirus, todo el mundo tiene una duda y una información que aportar, sea real o inventada. Según el "Informe bulos sobre coronavirus", editado por el Instituto #SaludsinBulos, en colaboración de la Sociedad Espa-





ñola de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), las *fake news* que más se están expandiendo por *Twitter* son las relacionadas con una supuesta conspiración de gobiernos y laboratorios para crear el virus y bien reducir la superpoblación o bien ganar dinero con las patentes. Como en casi todos los bulos, se ofrecen datos y nombres inventados pero que tienen apariencia de realidad.

Otro tipo de bulos que está arrasando en *Whatsapp* es el de audios de supuestos profesionales sanitarios que trabajan en hospitales y que cuentan que la situación es mucho peor de la que parece, que se cierran plantas, que no hay camas, que de repente ingresan a 100 pacientes. Lo cuentan con un dramatismo que los hace muy creíbles, porque incluyen elementos reales, nombres concretos de hospitales e incluso alguna distracción que aporta credibilidad al relato (un nombre propio, un ruido, etcétera). Para el ciudadano común es difícil distinguir la realidad del bulo, porque cada vez son más los profesionales sanitarios que se quejan en las redes de la falta de medios, pero en la mayoría de estos audios el nivel de alarma se eleva considerablemente.

También tenemos bulos de remedios caseiros para prevenir el peligroso virus, beber agua caliente en sorbos, tomar vitamina C, omega 3, ... Se repiten a través de *Whatsapp* aludiendo a supuestas propiedades medicinales contra el virus y las replican *influencers* de moda y belleza sin ningún reparo en sus cuentas de *Twitter* e *Instagram*.

Los bulos con más *engagement* o difusión están basados en memes, imágenes y vídeos humorísticos. Es la forma de desinformación más eficaz, que se comparte más, porque llama la atención y emociona y, al mismo tiempo, parecen inofensivos. Sin embargo, crean un estado de opinión que puede conllevar a la alarma o incluso a la xenofobia, como hemos visto contra ciudadanos chinos, y restan credibilidad a las informaciones veraces.

Recomendaciones para detectar los bulos sobre coronavirus

- **Busca la fuente.** Al recibir una información relacionada con el coronavirus, fíjate de dónde procede. Desconfía de informaciones que no procedan de fuentes oficiales o institucionales o que no cuenten con

la colaboración y el respaldo de profesionales sanitarios identificables y con experiencia.

- **No reenvíes de forma automática.** Es habitual reenviar a familiares y amigos informaciones de salud que nos llegan a nuestras redes sociales y más aún si abordan asuntos de interés general como el coronavirus. No lo hagas. Piensa y contrasta antes de decidir reenviar una noticia sobre el coronavirus, muchas de ellas son bulos.

- **Sé crítico.** Debes saber que una de cada tres noticias de salud que son difundidas en Internet resultan ser falsas. Sé crítico ante titulares muy llamativos o noticias alarmantes sobre la epidemia. Esta actitud te ayudará a reconocer los bulos y no compartirlas.

- **Las pseudoterapias nunca son la solución.** En paralelo a la epidemia de coronavirus que estamos padeciendo globalmente, han aparecido numerosos “tratamientos milagro” que aseguran curar la enfermedad o prevenirla. Todas estas pseudoterapias son falsas, peligrosas para la salud y buscan un beneficio económico. Si recibes una información de este tipo, no la compartas y denúnciala.

- **Recurre a páginas web fiables.** Para informarte sobre el coronavirus, no acudas al doctor Google ni a fuentes desconocidas. Busca en páginas web y cuentas en redes sociales de organismos oficiales como el Ministerio de Sanidad, sociedades científicas con información al ciudadano y entidades reconocibles y acreditadas, así como profesionales sanitarios. Estas webs y profesionales informan citando las fuentes científicas en que se basan, apoyándose siempre en datos verificables.

- **Contrasta las fotos y vídeos.** Algunos bulos que están llegando estos días sobre el coronavirus vienen acompañados de imágenes de presuntos escenarios de la epidemia o de personas que supuestamente fallecen de repente. Suelen ser imágenes falsas, de otros lugares y fechas. Existen buscadores inversos de imágenes para comprobar el origen.

- **Cuidado con datos falsos.** A menudo aparecen citados datos para convencer de la veracidad de un bulo, pero son falsos. No te dejes impresionar con las cifras y contrata que sean ciertas.

- **No te dejes llevar por el pánico.** Por último, es natural sentir preocupación ante la propagación del coronavirus y tener la necesidad de conseguir información. Son emociones humanas comprensibles, pero ten en cuenta que los bulos de salud se alimentan de tu miedo. No sucumbas al miedo irracional que pretenden los difusores de estas peligrosas noticias falsas. Ante el pánico, información veraz y de calidad.

- **Consulta fuentes oficiales.** El Ministerio de Sanidad cuenta con información actualizada sobre el coronavirus en su página web y la web de la Organización Mundial de la Salud ha abierto una sección con los bulos más habituales del coronavirus.

- **Denuncia.** En la web de SaludsinBulos hay un apartado desde el que cualquier ciudadano puede contactar con el equipo y denunciar un posible bulo sobre el coronavirus. Además, tanto la Guardia Civil como la Policía Nacional cuentan con unidades específicamente dedicadas a investigar delitos telemáticos y es posible contactar también con ellos para denunciar bulos.

Director de la Agencia de Comunicación COM Salud y  
Coordinador del Instituto #SaludsinBulos  
cmateos@comsalud.es



# Comunicación en situaciones de crisis

Fernando Mugarza Borque

**L**a tentación en estos momentos es dedicar estas líneas a la situación por la que estamos pasando en relación con la infección por Coronavirus (COVID-19) una vez que todos los medios de comunicación están dedicando buena parte de sus espacios informativos a la cobertura de la situación al instante, de una forma inmediata.

Visto y leído todo lo que ha llegado a mis manos, mi conclusión es que desde el punto de vista de comunicación este es un momento de crisis en el que es fundamental poner en práctica la formación, habilidades y buenas prácticas adquiridas antes de que situaciones de este tipo se produzcan. El problema casi siempre suele estar relacionado con la falta de previsión y formación específica, una comunicación acorde con las exigencias de los hechos y la evolución de la situación es clave.

En cualquier caso mi reflexión trasciende del momento puntual y está relacionada con la comunicación en general en situaciones de crisis, un momento que cualquier institución, organización, empresa o administración puede vivir y protagonizar y si no véase el caso que nos ocupa estos días.

Una situación de crisis se caracteriza por ser aquella que genera sorpresa, imprevisibilidad, urgencia, que provoca desestabilización en el normal curso y devenir de los acontecimientos diarios, que induce una falta de información o al menos una sensación de que no te están diciendo todo lo que en realidad está pasan-

do y una situación de presión dirigida hacia la fuente si es una o hacia diversas fuentes de información si son varias.

Para gestionar adecuadamente una situación de crisis los expertos inciden en que es necesaria la anticipación, es decir, tener planificados cómo han de ser los procesos y procedimientos a instaurar en caso de que ocurra una situación intercurrente de este tipo, una dedicación adecuada de recursos de todo tipo y tiempo a la gestión de la crisis, control de la información entrante y saliente, portavoces muy bien formados, versados y autorizados y canales de información permanentemente abiertos.

Dicen los avezados en esta materia que lo correcto en estos casos es conservar la calma y saber transmitirla y en este aspecto las habilidades y técnicas de comunicación emocional y perceptiva son clave, es muy importante saber moverse rápido en la gestión de la situación de crisis siendo muy proactivos, tomando la iniciativa, resolviendo por supuesto el problema que ha generado la situación, activando el equipo de crisis, reuniendo los datos de forma rápida, ágil y eficaz y buscando apoyo, fuera de la organización, en expertos.

Lo incorrecto desde luego es esperar a que pase la crisis haciendo caso omiso de ella o minusvalorándola, intentar gestionar la crisis en solitario, no controlar la información, subestimar los riesgos y no aprender de los errores o de experiencias similares anteriores.

Un incidente que resulte lo suficientemente grave como para desestabilizar la dinámica habitual de un entorno social despierta el interés del público, especialmente en el área de influencia donde se haya producido el suceso, por otro lado, la atención que reciba por parte de los medios de comunicación despertará el interés y la implicación de todos los grupos de interés y agentes implicados.

Para proteger la reputación, el equipo encargado de gestionar la situación de crisis tiene el deber de hacer frente a la inevitable presión pública y mediática que se genere, teniendo en cuenta que el éxito de nuestra comunicación dependerá de lo bien preparados que estemos antes de que se produzca el incidente, de lo que hayamos podido trabajar con antelación a la eclosión del suceso y de la capacidad de capilarizar nuestra información a través de portavoces perfectamente preparados, con los datos en la mano y al momento, siendo expertos en comunicación de crisis y duchos en las técnicas de comunicación emocional y perceptiva. No hemos de olvidar en este aspecto que los silencios y lagunas que generemos siempre se cubren por otras partes involucradas en la situación de crisis.

Inciendo en el punto de vista de comunicación, es importante recordar que llegado el momento es determinante en la solución adecuada del suceso, el convertirse de una forma coordinada en la fuente de información más importante y de mayor autoridad. Es muy importante asegurar que se haga una declaración pública lo más rápidamente posible, no esperando a que se hayan establecido los hechos, teniendo en cuenta que en la primera declaración pública es conveniente hacer referencia al plan de emergencia establecido y describirlo todo con la intención de que el público objetivo en el que se puede haber afianzado la incertidumbre, el miedo y la preocupación adquiera la confianza y manifieste la credibilidad en que, quien está gestionando la situación, tiene contemplados todos los escenarios posibles.

Otro hecho también digno de ser tenido en cuenta es la segmentación de audiencias, especialmente en estos casos disruptivos que generan una ruptura en la normalidad del día a día. Es importante tener en cuenta que el miedo produce respuestas irracionales y que a cada uno de los *stakeholders* o grupos de interés les preocupan diferentes cosas y es obligación del equipo de gestión de la situación

“

La prioridad es siempre la seguridad y el bienestar de las personas

”

de crisis el ofrecer respuestas adaptadas a las necesidades y perfil de cada uno de ellos, con mensajes que realmente cubran las expectativas de cada cual. Un objetivo clave es el de alinear los objetivos de comunicación con la estrategia de respuesta declarada por el equipo de crisis, de ahí la importancia del posicionamiento y mensajes clave relacionados con el hecho en sí y con el más que previsible impacto en la reputación.

Demostrar una acción de gestión responsable, adecuada y global proyectando un nivel adecuado de conocimiento, una capacidad de gestión indiscutible, iniciativa y proactividad, una capacidad de coordinación, movilización y dinamización de equipos en situaciones de estrés son elementos también primordiales.

En esta breve reflexión, como conclusión se puede resaltar que el objetivo es demostrar que la prioridad es siempre la seguridad y el bienestar de las personas, teniendo en cuenta que proteger la reputación de la organización procurando que las percepciones de los diferentes *stakeholders* no diverjan de los hechos es también muy importante y para ello la decisión táctica de asegurar que los aspectos comunicativos se manejan de forma simultánea al incidente es clave.

Para finalizar, unos breves apuntes de las características principales de un buen y un mal portavoz: en el primer caso, un buen portavoz utiliza un lenguaje claro y conciso, transmite ideas sencillas y comprensibles, utiliza con prudencia y mesura los adjetivos y adverbios, dice al principio lo más importante sin divagaciones, recurre a ejemplos en caso necesario,



aporta las cifras imprescindibles, mantiene la serenidad y tranquilidad en las declaraciones públicas, habla con naturalidad sin perder las formas, previene con antelación los posibles imprevistos y domina la cuestión de que se trate. Por el contrario, un mal portavoz se caracteriza por no contestar a las llamadas de los diferentes grupos de interés (especialmente de los medios de comunicación), es evasivo en las respuestas generando dudas y mayor incertidumbre, suele ser arrogante y desconsiderado con los profesionales de la comunicación en general y tiene la tentación de no escuchar y de mantener constantemente un tono de queja llegando a ser incluso beligerante.

En definitiva, la comunicación en situaciones de crisis no afecta exclusivamente a la interacción con los medios de comunicación en una situación extemporánea y extraordinaria, sino que implica a todos los grupos de interés o stakeholders con los que la organización se relaciona, afecta al conjunto de la estructura organizativa y precisa de preparación previa reglada y estructurada en situaciones de crisis y de portavoces perfectamente preparados para afrontar el reto, no solo manejando bien

los datos pertinentes en cada caso, sino además con habilidades y cualidades demostradas de comunicación emocional, perceptiva y oratoria.

Solo a través de la puesta en valor de la comunicación en sus diferentes formatos: experiencial, emocional, sensorial, perceptiva, persuasiva, actitudinal, intuitiva, formal, informal, gestual, personalizada, etcétera... y la gestión adecuada de cada una de ellas, en dependencia de las diferentes situaciones y momentos, es como podemos afrontar el reto que nos plantea una sociedad exigente y dinámica en la que la reputación y su gestión adquieren un significado y una trascendencia muy especial.

Director de Desarrollo Corporativo y Comunicación  
(Fundación IDIS)  
Socio Fundador del Grupo Soluciones de Comunicación  
y Reputación SC&R  
Presidente del Instituto ProPatiens  
Profesor de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas  
(ICAI-ICADE)  
Ex-presidente y Miembro de Honor de Forética

[fmugarza@fundacionidis.com](mailto:fmugarza@fundacionidis.com)



# El sector inmobiliario de la salud y el *Real Estate*

José María Martínez García

**A**unque parezca que hoy voy a comentar algo que está de moda en el mundo de la salud, como vengo haciendo a menudo, no, no es verdad. Esto no lo es y, además, pocas personas no especializadas en la materia podrían definir exactamente qué es el *Real Estate*, y más si lo relacionamos con nuestro mundo profesional sanitario.

Y no es una moda porque no es ni un capricho ni algo coyuntural ni tiene fecha de caducidad. Es algo que ya estaba, pero que está creciendo exponencialmente atendiendo a unas fuertes demandas del mercado y con una innegable utilidad.

Pero antes de definirlo siquiera, he de decir una máxima que es una realidad en estos momentos.

Los condicionantes de la salud, considerando esta como no solo curativa sino preventiva, no se basan exclusivamente en los avances médicos, siendo necesario tener en cuenta los factores relacionales (la llamada socialización), y las condiciones del entorno y la digitalización. El inmueble (hospital) del casi presente deberá tener en consideración este aspecto desarrollando modelos asistenciales donde puedan integrarse el centro asistencial con elementos residenciales y de ocio.

También requerirá espacios directamente relacionados con la docencia y la investigación. Las infraestructuras deberán ser lo suficiente-

mente versátiles como para admitir este diseño multifactorial.

*Real Estate* ya tiene en cuenta todos estos fenómenos de desarrollo tecnológico, necesidades actuales médicas de construcciones sobre patologías y sociales, y proporciona a nuevos propietarios o a la Administración Pública, alquileres acorde con nuestro tiempo. Ahora sí, definámoslo.

El concepto *Real Estate* aparece con frecuencia en los medios generalistas (periódicos, televisión, radio) y, lógicamente, en diferentes páginas especializadas del sector inmobiliario.

Si, como es probable, no conoces bien su significado pero te has preguntado muchas veces a qué se refiere, debes saber, anecdóticamente, que si haces una búsqueda en Google te encontrarás mil significados diferentes, incluida una banda indie rock originaria de New Jersey, USA.

A mí también me pasaba hasta hace muy poco tiempo, incluso las palabras Real y Estate me inducían a confusión, quizás por una mala interpretación del idioma.

Para empezar, la mejor forma de clarificar su significado es hacer algunos comentarios sobre su utilidad de forma sencilla y que sepas que es un mercado, cuál es su funcionamiento y cuáles son los agentes que operan en él.

*Real Estate* verdaderamente significa bienes raíces o propiedad inmobiliaria. El término se utiliza en los países anglosajones para referirse al mercado inmobiliario. El concepto se usa de forma genérica para hablar tanto de alquileres como de índices, construcción o mercado de viviendas nuevas, aunque en la actualidad se ha relacionado más con el acrónimo REIT (*Real Estate Investment Trust*).

¿Y a qué se refieren estas nuevas palabras en inglés? Son la forma de hablar, sobre todo, de la compra de viviendas para obtener beneficio mediante un alquiler.

Aparece de forma diferenciada cada vez más en las secciones inmobiliarias de periódicos españoles de tanto prestigio como *El Mundo*, *ABC* u otros. Son parte importante de dichas secciones. Además, estas palabras sirven también para referirse a otras actividades del sector como *Real Estate Agent* (agente inmobiliario), *Real Estate Investment* (cualquier inversión) o *Real Estate Tax* (se relaciona directamente con los impuestos aplicables sobre bienes e inmuebles).

Y va mucho más allá de simples operaciones de compraventa de edificios, enlazando con el mundo de las SOCIMIS (Sociedades Anónimas Cotizadas de Inversión Inmobiliaria) en un aspecto más técnico. Su función es similar a la de las REITs que mencionaba antes.

En España, estas sociedades de *Real Estate* fueron aprobadas y sometidas a legislación en el año 2012, con el objetivo de reactivar la actividad económica tras el brusco pinchazo de la burbuja inmobiliaria sucedido al principio de la pasada crisis económica.

Todas ellas están obligadas a cotizar y dirigidas a propietarios que dispongan de un valor superior a los cinco millones de euros destinados al alquiler. Además, el peso de estos debe estar por encima del 80 por ciento del valor de sus activos y deben cumplir un mínimo temporal de permanencia, marcado en siete años.

Debido a la gran importancia del sector inmobiliario de España, su crecimiento ha sido espectacular, siendo el segundo país del mundo con más SOCIMIS, con algo más de 70 compañías. Cuatro de ellas cotizan en el mercado continuo y, las demás, en el mercado alternativo bursátil. Sin embargo, lo que realmente decide su potencial es su capitalización bursátil.

“

Para muchos hospitales, la reconfiguración de su estrategia para incluir más consultorios médicos ambulatorios es la clave para satisfacer la nueva demanda

”

Pero este panorama no es tan bueno dado que se encuentra muy atomizado. Según los expertos, lo más normal sería que hubiera numerosas fusiones a corto plazo, para construir grupos más fuertes y con más influencia económica. En la actualidad, la inversión española es muy alta y la lidera con gran diferencia el Banco Santander.

Bien, y después de esta definición del concepto, y de justificar su extensión dada la vocación de *New Medical Economics* hacia la actividad económica del sector sanitario, veremos que, sin formar parte del *Real Estate* propiamente dicho, estimulan esa demanda y se pueden considerar agentes del mercado de enorme importancia.

Así, cada vez más es más frecuente ver cómo empresas del tipo de Deloitte, KPMG, Garrigues o PWC, grandes consultoras o bufetes de abogados o estudios de arquitectos, abren en su portfolio de negocio departamentos de salud sin provenir del ámbito inmobiliario.

Su interés inmediato es diverso, aunque los más habituales son los de convertir antiguos hospitales en modernos, convertir hospitales en edificios de vecinos o viceversa, por ejemplo.

*Real Estate* está enmarcado dentro del contexto en el que la evolución de la atención médica lejos de los campus hospitalarios tradicionales está ganando impulso a medida que



las nuevas tecnologías se han convertido en un motor clave en el cambio hacia la atención ambulatoria.

Mientras que la atención médica se encuentra en medio de una transformación hacia la salud de la población basada en el valor, los directivos responsables de la gestión están ayudando a los líderes de atención médica a brindar una atención más conveniente y asequible a los pacientes.

En un entorno de continua transformación e incertidumbre, los sistemas de salud están aprendiendo sobre cómo ver a los pacientes como consumidores y garantizar que sus clínicas de atención médica remotas estén ubicadas de manera óptima y brinden la combinación correcta de servicios.

Los hospitales suponen cantidades significativas de bienes inmuebles subutilizados después de una intensa actividad de fusiones y adquisiciones ocurridas en los últimos años.

*Real Estate* contribuye a agregar clínicas fuera del campus en otros entornos más actuales, pero también hace que sus carteras inmobiliarias sean aún más complejas y se prevé que se

vuelvan más complejas a medida que la atención ambulatoria y los inmuebles de consultorios médicos estén preparados para un crecimiento acelerado en casi todos los mercados, independientemente de los posibles vientos en contra políticos y económicos.

De hecho, se dice que las visitas ambulatorias aumentaron en un 25 por ciento durante la última década y continuarán haciéndolo.

Y ahora identificamos tres tendencias fundamentales para que las compañías proveedoras de atención médica se mantengan: mejorar la experiencia del paciente, mejorar el rendimiento financiero y desbloquear las eficiencias que cambian la actuación.

Pero, a pesar de que el sector inmobiliario de la salud crece fuertemente, está más diversificado que nunca y las nuevas construcciones no siguen todavía el ritmo.

Entonces, ¿por qué ser optimistas en su futuro cercano?

Para muchos hospitales, la reconfiguración de su estrategia para incluir más consultorios médicos ambulatorios es la clave para satis-

facilitar la nueva demanda y brindar atención a más pacientes de manera segura, eficiente y conveniente. Y prepararse para el año 2060 en que una de cada cuatro personas tendrá más de 65 años, lo que aumentará el gasto en atención médica dada la alta población de personas mayores y sus necesidades inmobiliarias asociadas al confort se multipliquen.

Y la certeza es que esa evolución de la atención médica, lejos de los campus hospitalarios tradicionales, está ganando impulso a medida que la nueva tecnología se ha convertido en un motor clave en el cambio hacia la atención ambulatoria. La prestación de atención médica continúa evolucionando hacia un modelo más descentralizado, lejos de la atención hospitalaria en los hospitales.

Los consumidores de servicios de salud esperan cada vez más disponibilidad y una mejor experiencia cuando buscan atención. En respuesta, las organizaciones proveedoras de atención médica han desarrollado ubicaciones que son más fáciles de acceder para los pacientes.

La tecnología es un impulsor clave en el cambio a ubicaciones de pacientes ambulatorios. Mientras que las preferencias de los pacientes y los incentivos financieros provocaron el cambio en los procedimientos de entornos hospitalarios de alto costo a ubicaciones de pacientes ambulatorios más rentables, las nuevas innovaciones están agregando impulso a la tendencia.

Muchas cirugías y procedimientos médicos o de diagnóstico que una vez requirieron una hospitalización, ahora se pueden realizar de manera segura en un entorno ambulatorio, gracias a mejoras que incluyen procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos, como la laparoscopia y la cirugía robótica, y nuevas técnicas de anestesia que reducen las complicaciones y permiten a los pacientes el regreso a casa antes.

En este entorno, es fácil ver por qué las visitas ambulatorias aumentaron un 25 por ciento en la última década, y no muestran signos de desaceleración. Si bien los bienes raíces rela-

cionados con la atención médica han crecido en general, los edificios de consultas médicas se han convertido en el tipo de propiedad más popular.

Con fundamentos que son más resistentes al ciclo que otros sectores inmobiliarios más tradicionales, esta clase de edificios ha visto a los inversores duplicarse, atraídos por su estabilidad y sus brillantes perspectivas de continuar con un sólido desempeño.

Todos los principales componentes de la atención médica se beneficiarán del crecimiento de dichos bienes inmuebles de consultorios médicos, particularmente porque la inversión inmobiliaria ya no está dominada por los fideicomisos de inversión en bienes raíces especializados en salud (REIT). En 2014, los REITs generaron el 60 por ciento de las transacciones de bienes inmuebles médicos, mientras que los hospitales tradicionales y los sistemas de salud solo el 16 por ciento. El grupo de compradores de hoy está formado por nuevos inversores atraídos por el crecimiento estable del sector.

Y si los avances tecnológicos están cambiando indudablemente la atención médica, hoy, más que nunca, importa atender también la experiencia del paciente más allá de la clínica. Porque ya no se trata de curar enfermedades, sino de mantener sanas a las personas como ya he dicho en la introducción de este artículo. Es una transformación a la que deben hacer frente los centros que todavía no estén adaptados a ello.

Pero no solo los centros están obligados a adaptarse a este cambio de paradigma, sino también los médicos. Estos pueden tardar mucho en adoptar distintas tecnologías (o no querer hacerlo directamente), pero es innegable que se tendrán que adaptar al uso de tecnologías digitales, ya lo están haciendo, y tal vez tengan que ser licenciados en robótica, además de medicina.

En conclusión, es crucial que la medicina y la tecnología piensen en el futuro juntas. Pero ahora también se les ha añadido la arquitectura como elemento básico.

Director de *New Medical Economics*  
direccion@newmedicaleconomics.es



### Pacientes y coronavirus

M<sup>a</sup> Dolores Navarro Rubio

**E**l término crisis se refiere a una situación grave y decisiva, un cambio brusco o una modificación importante de un asunto o situación que supone un alto nivel de incertidumbre. Las situaciones de crisis afectan a las actividades básicas que se realizan e incluso a la credibilidad de las personas, las organizaciones y los grupos de población a los que afectan. Ante una crisis es necesario actuar y tomar medidas urgentes que supongan una adaptación y superación de la problemática ocurrida.

Existen diferentes tipos de crisis en la sociedad: económicas, sociales, educativas, políticas, ... y también sanitarias. Con el avance de la investigación en medicina y la incorporación de cada vez más sofisticadas tecnologías sanitarias, la sociedad occidental siente cómo controla el paso de los acontecimientos. Conocemos cuál es el curso natural de muchas enfermedades, contamos con pruebas diagnósticas y tratamientos innovadores, avanzamos cada vez más en la búsqueda de soluciones a problemas de salud que afectan a las poblaciones. Sin embargo, y como viene ocurriendo en la historia de la humanidad, no podemos estar preparados ante todo lo que pueda venir.

En las últimas décadas, hemos sido testigos de cómo la sociedad científica y la población en general ha reaccionado ante determinadas crisis sanitarias; ejemplos de ello han sido las afectaciones por la gripe A, en síndrome de las vacas locas, el virus del ébola o el del zica, entre otros. Hoy, nos despertamos y nos vamos a dormir

cada día conociendo las últimas noticias de nuevos casos de infección por coronavirus y las medidas a tomar en caso de sospecha de infección.

Tradicionalmente, la población española ha confiado en su sistema sanitario y en sus profesionales. Incluso hoy, con el elevado número de personas que utilizan Internet para buscar información sobre salud, sigue siendo el profesional sanitario el que cuenta con mayor confianza por parte de los ciudadanos a la hora de obtener información sanitaria. Y es precisamente en tiempos de crisis, difíciles para el paciente, donde esta relación de confianza con los profesionales adquiere mayor relevancia.

Desde el conocimiento del primer caso de contagio por coronavirus en China, se han ido sucediendo un conjunto de hechos significativos en dos ámbitos que se suelen dar en paralelo en las crisis sanitarias: lo que va aconteciendo en relación con la epidemiología y la salud pública y lo que tiene que ver con el comportamiento humano y de las poblaciones.

A nivel epidemiológico, como ante cualquier caso o brote infeccioso, existen unos protocolos de actuación bien determinados. Si, como es el caso del coronavirus, no existen protocolos de actuación, las autoridades sanitarias (a nivel local, nacional e internacional) elaboran las recomendaciones y pautas de actuación necesarias ante la sospecha de nuevos casos; recomendaciones que se van actualizando a medida que evolucionan los acontecimientos. Podríamos decir que, a nivel técnico y científico, se están

dando los pasos oportunos para atajar la difusión de la enfermedad.

Pero, volvamos al punto anterior, el de la confianza. Y, si bien es cierto que la población española, en términos generales, confía en su sistema sanitario y en sus profesionales, ¿qué ocurre ante una crisis de este tipo? Que se produce también una crisis de confianza. Factores como la incertidumbre, el miedo a lo desconocido o la ansiedad ante un posible contagio de algo que no controlamos; pero también aspectos como las noticias falsas, la difusión de opiniones e información no contrastada o la falta de transparencia en la información, producen un impacto negativo en algo que siempre se ha de poder preservar ante cualquier estado de crisis: la calma.

El ser humano tiende a comportarse de manera diferente en función de si se siente atacado o a salvo ante una situación concreta. Mientras el coronavirus afecte a personas vulnerables, entre las que no me encuentro, personas de edad avanzada, personas con alguna patología de base, personas de otros lugares, me permito el lujo de no hacer caso a las recomendaciones sanitarias para controlar la infección, incluso dudo de su efectividad: “¿no estarán exagerando?”. En otros casos, fruto del pánico de masas, hago acopio de enseres, alimentos, mascarillas, geles de limpieza de manos, o incluso acudo al centro sanitario ante cualquier mínimo síntoma.

“

Tradicionalmente, la población española ha confiado en su sistema sanitario y en sus profesionales

”

Medidas como cancelar actividades deportivas, docentes o culturales son necesarias para evitar las aglomeraciones de personas y prevenir un posible contagio. Son acciones a nivel poblacional. Sin embargo, vayamos a las acciones a nivel individual. ¿Qué pasa conmigo si soy persona vulnerable, mayor o con ya alguna enfermedad? ¿Qué he de hacer si me he de quedar en casa en cuarentena por haber estado en contacto con un caso?

La información clara sobre cómo actuar en cada caso, la atención personalizada de cada situación de riesgo o vulnerabilidad, la transmisión de calma, nos dará la mejor pauta de actuación.

No hemos de culpabilizar a nadie, el ser humano (cada ser humano) se puede comportar de manera diferente ante momentos de incertidumbre. A mi modo de ver, ¿cuál sería el mensaje? La clave está en la información veraz y rigurosa, pero explicada de manera que pueda ser entendida por la población general. Información dada por los profesionales y amparados por las instituciones sanitarias, que se actualice y se difunda mediante canales serios y efectivos. Que transmita confianza, que nos ayude a entender qué hemos de hacer en cada momento y qué he de hacer en mi situación concreta. Que tengamos a quién y dónde acudir en caso de necesidad o de duda. Que nos ayude, en definitiva, a superar esta crisis y a aprender de ella.

Directora del Área de Participación y Capacitación del Paciente del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona  
mnavarrior@sjdhospitalbarcelona.org





# Apuntes para la gestión de la transformación digital

Clara Grau Corral

La revolución digital se conoce como la tercera revolución industrial y la salud ocupa un lugar protagonista, con un 10 por ciento del PIB mundial. Y no es para menos. El cuerpo humano es la plataforma de datos más grande y la producción incesante de conocimiento que genera, precisa de un marco regulatorio y del diseño de herramientas para ordenarlos y gestionarlos.

La transformación digital es un proceso innovador continuo, complejo y multidimensional. Engloba cambios (no solo tecnológicos) basados en el conocimiento (no solo científico) que generan valor (no solo económico).

### El entorno

Debemos concienciarnos de que no es una moda pasajera o que algo que se tenga que instalar. No se trata de un problema tecnológico, sino esencialmente de un cambio de mentalidad de todo el proceso hospitalario para pensar en clave digital.

El problema es que nos enfrentamos con un sector que avanza a dos velocidades.

- Por un lado, contamos con el crecimiento y la tecnificación de los procedimientos médicos y diagnósticos; avances en materiales de uso clínico, medicamentos inteligentes o la terapia genética son claros indicadores de esto. Contamos con profesionales que siempre buscan hacer mejor las cosas y poner este conocimiento a disposición abierta para todo el mundo y contamos con los avances en elementos como la Internet de las cosas (IoT), el *big data*, la inteligencia artificial, la realidad virtual, la impresión en 3D, la robótica, las plataformas digitales entre otros, que nos permiten visualizar un futuro con pacientes empoderados, procesos digitalizados, capacidad

predictiva, etcétera. Sin duda esto nos ayudará a mejorar sustancialmente la prestación de nuestros servicios y aportará nuevos servicios, algunos de ellos gestionados directamente por los pacientes.

- Por otro lado, nos encontramos con métodos organizativos tradicionales y burocráticos, representados en procesos inflexibles, y en parte aislados y desconectados de la realidad extramuros. También se da la situación de que algunos profesionales entienden la tecnología como una excusa para controlar el gasto, que poca o ninguna relación tiene con la calidad asistencial y que les aleja del trato con los pacientes. Hay que reconocer que en algunos casos es, y sobre todo ha sido, así.

### El marco de trabajo

Para gestionar la transformación digital, más allá de las recomendaciones sectoriales realizadas a nivel de gestión política, nuestro trabajo como gestores consiste en dotar de un modelo de gestión a esta transformación en nuestros centros. Para ello necesitamos de dos competencias clave: creatividad y gestión de la innovación.



Para definir estrategia digital es imprescindible una visión de los retos a los que nos enfrentamos en la relación con nuestros pacientes (visión externa) y cómo podemos satisfacerlos de la forma más eficiente, ajustando la estrategia del hospital (visión interna). Sin este enfoque integral, corremos el riesgo de ejecutar acciones parciales y/o desconectadas entre sí.

Sin duda quien más nos va a ayudar a definir estos retos son los propios profesionales y pacientes, por ello debemos considerar como imprescindible definir como vamos a captar, recoger y analizar toda esta participación.

### El mapa de situación y tendencias

Un paso vital en cualquier estrategia pasa por conocer que está pasando en nuestra área de gestión, y no lo es menos en la transformación digital. Es por ello que es necesario que enriquezcamos nuestra visión interna con un mapeo actualizado de iniciativas en este ámbito desarrolladas por nuestros profesionales más próximos a diseñar y utilizar herramientas digitales.

Una vez definidos estos retos estratégicos y conocidas las iniciativas que están teniendo lugar en nuestra organización, debemos integrar todos los elementos que obligan a cambios a tener en cuenta en la transformación digital, con sus interrelaciones y dependencias. Entre ellos debemos establecer que haremos para afrontar la cronicidad, el envejecimiento, los nuevos roles de los pacientes, el acceso a redes sociales, la tecnología móvil y el obligado compromiso de sostenibilidad.

Las finalidades últimas, marcadas por las tendencias actuales, pasan por digitalizar los procesos y automatizar tareas que hasta realizaba el personal asistencial, permitir a los pacientes participar en el cuidado de su salud, estar informados y gestionar el acceso a sus datos de salud y dotar de liderazgo a los profesionales sanitarios, trabajando en equipo con tecnólogos, estrategias, pacientes y nuevos profesionales.

### Traducir la información en conocimiento

Esta es la premisa que se haya detrás de casi todos los elementos que componen la digitalización del sector sanitario. La idea se basa en encontrar la mejor manera de resolver los retos y en la difusión de este conocimiento para evitar que los problemas deban ser resueltos más de una vez. Pero esto no se consigue con una propuesta estática, sino a través de una dinámica de generación, evaluación y adaptación constante a las innovaciones, que es lo que debe estar reflejado en nuestro modelo de gestión.

Los condicionantes que debemos afrontar pueden ser muchos, pero resaltan de manera significativa la necesidad de centrar nuestros esfuerzos en tres ámbitos que nos tienen que ayudar a cubrir con éxito la misión que nosotros mismos nos hemos otorgado, y que nunca se aleja de proveer de la mejor manera (eficiente, de calidad, participativa, preventiva,...) la mejor salud a nuestros usuarios, en un entorno en que se potencian la asistencia, la investigación y la formación de profesionales y pacientes.

- Potenciar la interconectabilidad de las diferentes soluciones para evitar duplicar la entrada de datos y utilizar al paciente como vehículo para transportar diferentes informaciones (entre departamentos, de otros centros, información propia, ...).
- Capacitar a nuestros profesionales, plantearnos que nuevas profesiones han de estar vinculadas a nuestro centro y que cambios son necesarios en nuestros organigramas para dar cabida a esta importante transformación.
- Dotarnos de un marco, que por un lado tiene que ser conceptual, estratégico, que defina las estructuras, procesos y recursos necesarios y por otro lado tiene que incorporar nueva normativa específica para el mundo digital y que debe potenciar la autogestión del paciente de sus propios datos.

### Conclusión

Gestionar la transformación digital es más que digitalizar procesos o utilizar aplicaciones. Necesitamos un modelo que integre los nuevos recursos y procedimientos necesarios para transformar la propuesta de valor y ofrecer servicios digitales a los pacientes.

Necesitamos generar cambios en los perfiles de los profesionales sanitarios, incorporar nuevos profesionales con capacidades no directamente asistenciales y contar con nuestros usuarios, que también están formando parte de esta nueva revolución digital, y homogeneizar el funcionamiento de estos nuevos grupos de trabajo.

Pero también debemos conseguir que los datos viajen de manera digital, que puedan convertirse en todas las informaciones a las que puedan aportar valor y que nuestros usuarios puedan gestionar a quien y para que permiten el acceso.

Socia Directora de Acuidad

Clara.grau@acuidad.com



## ENTREVISTA

### José Luis Poveda Andrés, Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital La Fe (Valencia)

“El paciente es un continuo reto porque va cambiando sus necesidades, adaptarse a eso es fundamental”



*En esta entrevista para New Medical Economics, José Luis Poveda ha recordado sus más de 15 años como jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario La Fe. También ha contado cuáles son las líneas estratégicas para liderar un Servicio de Farmacia de calidad y el camino que debería seguir la Farmacia Hospitalaria para seguir con su desarrollo, entre otras cuestiones.*

## ¿Qué balance hace tras 17 años como jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario La Fe?

Trabajar en este Hospital es un privilegio y a la hora de hacer balance, he decir que estoy rodeado de profesionales de excelencia y eso permite hacer cosas que seguramente en otro contexto no se puede hacer. La segunda reflexión es que este balance que al final se hace a título personal es el balance de todo un equipo y de un conjunto de profesionales que nos ha acompañado a lo largo de estos 17 años y que he tenido la suerte de dirigir: profesionales de unas competencias y un talento increíble. Lo positivo y lo que se ha hecho en este Hospital tiene que ver con este equipo de profesionales.

Es difícil hacer un balance de 17 años, pero haciendo alguna reflexión, decir que siempre he sido una persona que ha intentado soñar porque los sueños al final te hacen ver la posibilidad de un camino, y después hay que trabajar mucho para convertir esos sueños en realidad. Así, te das cuenta de los grandes hitos que hemos conseguido en estos 17 años. Nosotros fuimos el primer Hospital de la Comunidad Valenciana y quizá de los primeros de España, y desde luego el primero en mayor complejidad, que introducimos toda la prescripción electrónica asistida, que hoy forma parte de la práctica habitual, pero en 2003 era algo inviable y cambió toda la dinámica. También, sin darnos cuenta, fuimos pioneros en todo el sistema de logística, toda la automatización que hicimos, la dispensación de sistemas automáticos, incluso del modelo logístico: es un modelo logístico donde tenemos una parte externalizada y eso también fue una innovación.

También en el área de preparación, fuimos de los primeros hospitales en tener unas áreas de preparación acreditadas con GMP, realmente con un nivel de calidad de excelencia.

Y en el área de pacientes externos, por ejemplo, desde hace mucho tiempo iniciamos toda una estrategia 2.0 que nos ha situado en ser un referente en proyectos desde la página web, YouTube...hasta la referencia de eDruida como proyecto de continuidad y formación a pacientes.

Vamos a ser el primer Servicio de Farmacia que tiene la estructura para adecuar las terapias avanzadas (CAR-T), es decir, que la mayor parte de las terapias avanzadas se están recibiendo en los servicios de hematología que era donde tenían las estructuras para terapia celular. En cambio, en el Hospital y afortunadamente con el apoyo de Dirección, se ha apostado para que sea Farmacia quien haga todo el tema de la conservación, recepción...

Estamos continuamente generando estos sueños y estoy muy satisfecho. Si hago un balance en blanco sobre negro, fuimos de los primeros hospitales acreditados como sistema de calidad, nos han dado muchos premios, hemos recibido durante 7 años el *Best in Class*, etcétera.

## ¿De cuántas personas se compone su equipo?

Se compone de 150 personas, de los cuales tenemos 38 facultativos, tenemos personal sanitario no facultativo entre enfermería, auxiliares de enfermería y técnicos de laboratorio. Además, contamos con personal administrativo y un farmacólogo.

## ¿A qué retos se enfrenta actualmente?

Los retos realmente son los retos a los que tenemos que servir, el primero es el paciente. El paciente es un continuo reto porque va cambiando el tipo de paciente, sus necesidades y, por tanto, adaptarse a eso es fundamental. Los profesionales sanitarios, que también en la interrelación de la medicina ha cambiado muchísimo, y la superespecialización hace que necesitemos complementar cada vez más los recursos, la formación y el valor que los farmacéuticos podemos aportar de una forma diferente. Y el sistema sanitario va cambiando y nos exige también nuevos retos. En realidad, yo creo que los retos en estos 17 años también han sido cambiantes y es la necesidad de adaptarse a esos retos, como objetivo principal el paciente, pero también al sistema, que hay temporadas que tensiona más desde el punto de vista económico y otras veces menos. Y los profesionales que van buscando un perfil de farmacéutico diferente, colaborador, participativo y que genere valor y conocimiento.

## ¿Cuáles son sus líneas estratégicas para liderar un Servicio de Farmacia de calidad?

Nosotros tenemos un conjunto de líneas estratégicas que llevan definidas bastante tiempo. El primer eje estratégico es la garantía de calidad total y sobre eso pivota todo el Servicio, todos nuestros proyectos desde institutos de acreditación, las ISO, los sistemas de *Best in Class*... todo pivota sobre la calidad. De hecho, como es una estrategia tan fundamentada, hemos desarrollado un curso de *Lean six sigma*, todo el progreso que hemos hecho, no solo es la incorporación de la calidad en farmacia, sino el cómo podemos contribuir a la calidad de todo el hospital y fuera también de él.

El segundo eje que hemos tenido siempre es el tema de la eficacia y la seguridad en los tratamientos, es decir, cómo obtener los mejores resultados de salud en los pacientes evitando la iatrogenia y todas las acciones que se pueden hacer en ese marco.

Hay un tercer ámbito que siempre está encima de la mesa, y es todo el tema de la sostenibilidad. Sobre eso, hemos cambiado muchas áreas que son líneas estratégicas como el entorno tecnológico, el entorno docente, el entorno de investigación y el entorno asistencial...siempre haciendo ingeniería de procesos.

## La Farmacia Hospitalaria es un aliado en resultados de salud y en la atención al paciente, ¿cómo se puede reforzar esta teoría?

Esto es una realidad que ya está asentada en mucho cuerpo doctrinal de conocimiento, hay muchas publicaciones, y por tanto, creo que esto ya está refrendado.

El gran cambio que hizo esta profesión fue cuando cambió el eje central de su actividad en el medicamento y lo cambió al paciente. Y eso significaba que el farmacéutico de hospital iba a tener una triple visión: centrado en el medicamento, después centrado en el paciente y también en el proceso. Es decir, vamos a mejorar toda la calidad en todos los procesos relacionados con el medicamento, en cómo llega ese medicamento al paciente

en términos de seguridad y eficiencia, y después vamos a valorar los resultados de salud en el propio paciente y cómo vamos a contribuir. Esa triple visión es lo que le ha hecho crecer a la profesión.

## ¿Cómo cree que se podría mejorar la Atención Farmacéutica?

Nosotros tenemos que incorporar algo que tiene que ver con la teoría de la relatividad y es que tenemos que cambiar nuestro concepto de espacio y tiempo. Tenemos que ser cada vez más proactivos, tenemos que estar en los núcleos de la decisión cuando se aplica la terapéutica y también tenemos que cambiar el concepto del tiempo a lo largo de, no solo el recorrido en ese momento sino cómo vamos a seguir con el paciente en todo el proceso asistencial, no únicamente en el proceso de hospitalización. Por eso, ese cambio del espacio también es fundamental, hay que dar continuidad en el tiempo y, sobre todo, y lo vemos a través de pacientes externos, hay que dar profundidad en el tiempo. No es el momento de la asistencia en consulta sino el de incorporar al paciente en esa continuidad asistencial con el profesional.

## ¿Cuántos ensayos clínicos se están realizando en La Fe? ¿Cuál es vuestra implicación en este ámbito?

Nosotros tenemos más de 600 ensayos clínicos activos y realmente nuestra implicación es en todo el proceso del circuito farmacoterapéutico, desde la aprobación por los comités hasta todo el proceso de adquisición, acondicionamiento, preparación, dispensación y en la valoración de resultados. Ahí en la incorporación no solo del Servicio de Farmacia, ya estamos incorporando un programa centinela que es de monitorización de pacientes con ensayo clínico, y permite a todo el conjunto del Hospital saber que ese paciente está con ensayo clínico y, por tanto, tener unas precauciones especiales. En el contexto, no de ensayo clínico, sino de entrar en otro proceso asistencial que no tenga nada que ver con su ensayo clínico. El núcleo fundamental de los ensayos clínicos es de oncohematología. Aquí los dos servicios más potentes en ensayos clínicos son hematología y neurología.



### **¿Os llegan los resultados de los ensayos clínicos?**

Nos llegan al final, con las publicaciones. Pero es lo que comentaba, ese programa de seguimiento que nos permite monitorizar la situación de cada paciente nos permite ver a cada paciente en su contexto de ensayo clínico, pero fuera del contexto también. Si un paciente está en ensayo clínico, mañana se cae y tiene una fractura, y llega a la puerta de urgencias, si no está monitorizado no sabes qué fármaco puedes darle o sí. Es decir, la monitorización de los resultados del ensayo clínico lo vemos por la propia validación del programa de OrionClinic.

### **¿Qué función desempeña la Farmacia Hospitalaria en la evaluación y selección de medicamentos en los Comités FCT de las CCAA?**

Hay una participación muy activa, teniendo en consideración que gran parte de la formación que reciben los farmacéuticos tiene que pasar por un proceso de evaluación y selección a través de diferentes modelos. En el propio Servicio tenemos al coordinador del grupo Génesis, con toda la metodología que eso supone y, por tanto, es un valor para la

incorporación de nuevos medicamentos en la Comisión de Farmacia. Muchísimos farmacéuticos que trabajan aquí forman parte de diferentes subcomités a nivel central.

### **¿Qué camino debería seguir la Farmacia Hospitalaria para seguir con su desarrollo?**

Creo que tiene que seguir poniendo el eje en lo que es la aportación de valor en el paciente y en la obtención de resultados.

### **¿Qué necesidades tiene en estos momentos la Farmacia Hospitalaria para seguir desarrollándose (formación en ... u otros temas)?**

Tenemos más necesidades de recursos humanos. La ampliación de las funciones de los servicios de farmacia, la incorporación en los equipos, la participación multidisciplinar...también exige realmente una cantidad de recursos humanos importantes. El sistema es consciente de la necesidad de la aportación de valor, pero hace falta también acompañar lo que son las necesidades con las expectativas. No se pueden buscar solo expectativas si después no hay recursos para cubrir las.

# Una pandemia y dos epidemias



Javier Carnicero Giménez de Azcárate

**E**l mundo está muy preocupado por una pandemia producida por un coronavirus que comenzó en China, donde ha causado 3.218 fallecidos, y su propagación ha infectado a más de 170.000 personas en todos los países afectados, 6.668 han fallecido y más de 77.000 se han recuperado. En nuestro país en el momento de redactar estas líneas se registran 334 fallecidos y más de 9.300 contagiados, pero ya han causado alta 530. El gobierno ha decretado el estado de alarma y adoptado medidas como unificar y asumir el mando del sistema de salud, las fuerzas armadas, las de seguridad del estado y el cierre de fronteras terrestres, entre otras. Resulta de interés poner de manifiesto el enorme avance de la investigación biomédica y del sistema de salud, las diferencias en

el comportamiento de las autoridades, las repercusiones económicas y la situación para los médicos y otros profesionales sanitarios cuando se compara esta pandemia con las epidemias de cólera de 1885 y de 1971 en España.

El cólera llegó a nuestro país en septiembre de 1884 y se manifestó en focos aislados en Alicante, Valencia, Gerona, Barcelona y Toledo. En marzo de 1885 reapareció en Játiva (Valencia) y desde allí se extendió a toda la península, hasta que el 31 de diciembre de 1885, se dio por terminada la epidemia. El número de contagiados en España fue de 339.794, de los que fallecieron 120.245. En Zaragoza se presentó el máximo en el promedio de fallecidos por día (95) y el mayor porcentaje de enfermos con respecto a la población sometida a la epide-

mia (15,7%). En 1971 se produjo una nueva epidemia en la provincia de Zaragoza, en la ribera del Jalón. Las fuentes consultadas refieren que solo se lamentaron 7 muertes y todas en personas de salud delicada.

## **Controversia sobre la etiología de la enfermedad**

Roberto Koch aisló el *Bacillus vírgula*, en 1883, pero en 1885 todavía existía una fuerte controversia que se manifestaba con acaloradas discusiones entre los médicos, tanto en Europa como en España, porque había quienes se resistían a aceptar el cólera como una enfermedad infecciosa. Mientras la Academia de Medicina de Barcelona afirmaba sin discusión que: “La única causa productora del cólera morbo asiático conocida hasta el presente, es un parásito microscópico del reino vegetal, descubierto en las deyecciones y vómito de los coléricos por el médico alemán Dr. Koch y que, según dicho profesor es el bacillus vírgula o bacilo coma” y la comisión médica de Zaragoza que estudió la discutida vacuna de Ferrán aseguraba lo mismo y con la misma contundencia; la Academia de Medicina de Zaragoza tras una larga y exaltada discusión se pronunciaba con tibieza concluyendo que “El bacillus vírgula de Koch es probablemente la causa productora de la enfermedad, ya directamente, ya por los principios venenosos, ya por los fermentos que el microbio crea”. La postura de la Academia era lamentada por su secretario y miembro de la comisión que informó sobre la vacuna de Ferrán, el Dr. Félix Aramendía, cuando en una conferencia dictada en el Ateneo de Zaragoza afirmaba “la naturaleza fito-parasitaria del cólera morbo asiático, cuestión que consideraba hace bastante tiempo completa y definitivamente resuelta por la ciencia, pero que con sorpresa y no sin pena he visto poner en tela de juicio por quien tiene el deber de conocerla”. Félix Aramendía era catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza y se distinguió por sus esfuerzos como médico para combatir la epidemia, con publicaciones profesionales, asistiendo enfermos, colaborando con las autoridades y evaluando la vacuna de Ferrán.

En 1971 nadie discutía que el agente etiológico del cólera era *V. cholerae*. Tampoco se discutía la forma de tratar la enfermedad ni las medidas preventivas, centradas en este caso en asegurar agua potable a las poblaciones afectadas. John Snow demostró en Londres, en 1854, la influencia del abastecimiento de

aguas en la epidemia de cólera, pero en la España de 1971 gran parte de la población no disponía de agua corriente y menos potable. En 2019-2020 se ha identificado y secuenciado el coronavirus (COVID – 19), que hasta ahora no era patógeno para los humanos, y se ha dispuesto de las pruebas diagnósticas para su identificación en cuestión de semanas. También desde el primer momento se han adoptado sin controversia en el ámbito profesional, al menos en nuestro país, las medidas para combatir la epidemia. Tres épocas distintas y tres situaciones bien diferentes en el ámbito profesional y científico.

## **Comportamiento de las autoridades**

La respuesta de las autoridades en las tres epidemias también muestra importantes diferencias. En 1885 tanto las del gobierno como las locales, se empeñaron en negar la evidencia. El ministro Romero Robledo llegó a afirmar, según la prensa de Madrid, que “mientras él conserve la cartera no pasarán de cinco los casos sospechosos que se registren en Madrid diariamente”. El mismo ministro, en este caso según un diario zaragozano, llegó a decir “Que vaya Ferrán a Calcuta a practicar sus experimentos y estudiar la enfermedad” y prohibió la vacunación, sin consultar al Consejo de Sanidad del Reino, al que solo convocó días después. En Zaragoza los medios de comunicación se referían al cólera como “enfermedad sospechosa” o “enfermedad reinante”, nunca con el término cólera. El primer fallecido por la enfermedad en la ciudad de Zaragoza se produjo entre el 22 y el 28 de junio, pero la confirmación oficial de la epidemia tuvo que esperar al 20 de julio, cuando las juntas local y provincial de sanidad acordaron su declaración, que fue publicada en la Gaceta Oficial el 22. En 1971 también se negó la evidencia y además la ausencia de libertad de prensa favorecía que las autoridades se negaran a informar del brote. En este caso el eufemismo, por el que algunos todavía recordamos al Director General de Sanidad de entonces, era el de “diarrea estival”, aunque ya se hubiera identificado el *V. cholerae* y notificado los casos a la OMS. El Gobierno tampoco reconocía la nefasta situación del abastecimiento de aguas y de la ausencia de alcantarillado en la comarca afectada y se negaba a emplear la palabra cólera.

Así como en 1885 se presentaron dos controversias, una sobre la etiología y otra sobre la seguridad y eficacia de la vacuna de Ferrán cuyo empleo se llegó a prohibir, en 1971 en Za-

ragoza, pese a tratarse de “diarreas estivales”, se vacunó masivamente a la población. Las fotografías de los medios de comunicación de entonces muestran las largas colas para vacunarse. En 2020 todavía no se dispone de vacuna, pero los pacientes se tratan con eficacia en los hospitales y se especula con la fecha en que se dispondrá de esa medida preventiva, porque nadie duda de su pronta disponibilidad.

También en 2020 la respuesta de las autoridades chinas al principio fue la de no informar a la población, aunque en la mayoría de los países afectados, y también en España, la política de comunicación ha sido la de dar cuenta en todo momento de la situación. Es interesante también hacer notar que, en la actualidad, al menos en el caso de España y por el momento, la epidemia ha quedado fuera de la discusión política y casi siempre la información a los medios de comunicación la proporcionan los técnicos. En 1971 desde luego no existía posibilidad alguna de discusión política, pero en 1885 se produjeron graves enfrentamientos entre gobierno y oposición, e incluso entre gobierno y monarca quien, pese a que se le prohibió viajar a las zonas afectadas, acudió por su cuenta a Aranjuez a interesarse por la situación.

### **Repercusiones económicas**

En los tres casos se produjeron importantes repercusiones económicas. En 1885 se tuvo que retrasar la Exposición Internacional de Zaragoza hasta que el pico epidémico descendió; en 2020 el primer tropiezo serio para España fue la cancelación de la reunión internacional sobre telefonía móvil y telecomunicaciones en Barcelona. Las restricciones al consumo de frutas y verduras crudas en 1885 ocasionaron una algarada al declararse la epidemia en Madrid el 21 de junio. Se desencadenó una protesta de todos los comercios de frutas y verduras, siguiendo las consignas del Círculo

de la Unión Mercantil. Se solidarizaron los comerciantes de Madrid, incluso los del barrio de Salamanca. Las protestas adquirieron carácter revolucionario que fue apoyado por la oposición, dispuesta a derribar el gobierno. Ese día, se aglomeró un gentío en la Puerta del Sol para dirigirse al Palacio de Oriente. El gobernador recurrió al ministro de la guerra que ordenó al Capitán General sacar las fuerzas. Con el despliegue y exhibición de las tropas y algún disparo aislado se acabó la revuelta. En 1971 las frutas y verduras se echaban a perder en el mercado central de Zaragoza y los agricultores de la ribera del Jalón, zona frutícola, sufrieron la pérdida de su cosecha. Las autoridades nacionales, precisamente porque afirmaron que no se presentaba incidencia alguna, desvelaron su preocupación por la pérdida de reservas en el sector turístico en plena campaña de verano. En 2020 la caída de las bolsas ha sido muy importante, se prevén grandes pérdidas en el sector turístico y las empresas manufactureras tienen graves dificultades para mantener su producción, porque el comercio internacional a causa de la epidemia en China se ha visto muy afectado. Las disposiciones dictadas al amparo del estado de alerta suponen un parón general de la actividad económica y no solo de la hostelería y el turismo. Todo ello pronostica una nueva recesión económica cuya magnitud resulta todavía difícil de calcular. La gran diferencia entre 1885, 1971 y 2020 sin duda es la globalización de la economía.

### **Los profesionales sanitarios**

Los profesionales médicos sufrieron numerosas víctimas en la epidemia de 1885. Los periódicos de Zaragoza daban cuenta casi diaria de los fallecidos, que fueron médicos civiles y militares, practicantes y algunos farmacéuticos. Esta situación no se produjo en 1971 pero en 2019-2020 se han notificado médicos contagiados, médicos enfermos y médicos y otros profesionales sanitarios en cuarentena.





En 1885 algunos médicos se distinguieron en el estudio y lucha contra la epidemia, como Ferrán con su vacuna, Gimeno Cabañas, catedrático de la Universidad de Valencia, con sus investigaciones que replicaron las de Koch y confirmaron la etiología de la enfermedad, y otros como Félix Aramendía en Zaragoza, que trató de informar con sensatez a sus colegas en la Academia de Medicina, a las autoridades en la Junta de Sanidad y en la comisión que estudió la vacuna de Ferrán, y a los ciudadanos en el Ateneo. Incluso publicó durante la epidemia en “La Clínica”, que era una revista profesional, recomendaciones sobre el tratamiento del cólera. El Prof. Aramendía, años antes, había reclamado, aunque sin éxito, que Zaragoza dispusiera de agua corriente y alcantarillado. Quizá esta situación le indujo unos años más tarde a presentarse a las elecciones y llegar a ser Vicepresidente de la Diputación de Zaragoza, donde también se esforzó en mejorar las condiciones de asistencia sanitaria del Hospital Provincial y del futuro manicomio. Durante la epidemia trabajó como médico a disposición de la Diputación Provincial, de forma gratuita, para asistir a las personas de escasos recursos de la parroquia de Santa Engracia. En 1971 se distinguió el farmacéutico de Épila, Ricardo García Gil, que había informado en varias ocasiones, aunque también sin obtener respuesta, sobre las deficiencias en saneamiento y agua potable de la comarca, y que con motivo del brote trabajó de forma incansable para potabilizar las aguas con medios artesanales. En 2019-2020 tenemos que lamentar el caso del médico chino que al parecer detectó la enfermedad, fue repudiado por las autoridades y acabó falleciendo. En España, aunque se han producido dificultades en algunos hospitales por la necesidad de mantener cuarentena para algunos médicos y enfermeros, nuestro sistema de salud atiende de manera universal a todos los que lo necesitan y se ha reforzado con la sanidad militar y con los hospitales privados.

En resumen, han mejorado de forma sustancial los conocimientos, la investigación científica y el comportamiento de las autoridades y de los grupos políticos; nuestro reforzado sistema de salud asegura la asistencia a quien la necesita; y todos los profesionales de salud disponen de toda la información sobre la naturaleza y tratamiento de la enfermedad. Las pérdidas económicas que se ponen de manifiesto en los tres casos, en la actualidad se ven multiplicadas por la globalización de la economía. Sin duda, la sociedad, los gobiernos, los grupos políticos, los conocimientos científicos y el sistema de salud son bien distintos y han mejorado de forma muy notable.

#### *Fuentes consultadas:*

*Carrasco M, Jimeno J. La epidemia de cólera de 1971. Negar la realidad. Rev Adm Sanit. 2006;4(4):583-97 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13096554>*

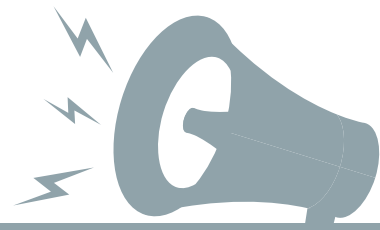
*Carnicero J. Félix Aramendía y la Patología y Clínica Médicas. Pamplona 2007. [https://felixaramendia.es/wp-content/uploads/2020/02/libro\\_javier\\_carnicero\\_gimenez.pdf](https://felixaramendia.es/wp-content/uploads/2020/02/libro_javier_carnicero_gimenez.pdf)*

*León P. El Congreso médico-regional de Navarra (1886): un ejemplo de la transmisión del conocimiento científico. Anales Sis San Navarra vol.32 no.2 Pamplona may./ago. 2009 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000300002)*

*Radio Zaragoza. El brote de cólera de 1971. [https://cadenaser.com/emisora/2016/04/13/radio\\_zaragoza/1460541574\\_174860.html](https://cadenaser.com/emisora/2016/04/13/radio_zaragoza/1460541574_174860.html)*

Consultor de Sistemas y Servicios de Salud

[javercarnicero@cognitiosalud.es](mailto:javercarnicero@cognitiosalud.es)



## LAS NOTICIAS DE LA QUINCENA

### La aseguradora AMA América cierra 2019 con cerca de 100% de crecimiento e incursiona en nuevos segmentos

AMA América cumple 5 años en Ecuador afianzando su presencia y crecimiento. La aseguradora de origen español ha cerrado 2019 con cerca de 100% de crecimiento e inicia 2020 con perspectivas de tener un incremento global en producción de cerca del 60% frente a primas emitidas en el año anterior.

La compañía es, en la actualidad, la única aseguradora especializada en dar servicio de forma exclusiva a las organizaciones y profesionales de la salud, un ámbito en el que el conocimiento y experiencia son fundamentales, y más concretamente en seguros Responsabilidad Penal y Civil Profesional, segmento en el que AMA América se ha convertido en un referente al cerrar en 2019 con un aumento del 60%.

Por este motivo, su posicionamiento en el país ha sido notable en muy poco tiempo, contando actualmente con el respaldo de más de cinco mil asegurados en Ecuador.

Estar cerca de los profesionales de la salud, entender sus necesidades y dar a conocer la importancia de contar con un seguro de Responsabilidad Penal y Civil Profesional, tanto para los profesionales y organizaciones, como en beneficio de los pacientes, ha sido parte del trabajo de AMA América desde su llegada a

Ecuador. Por este motivo, la aseguradora continúa trabajando en ampliar sus acuerdos con las diferentes asociaciones y agrupaciones del sector, contando además con 60 sociedades profesionales entre sus asegurados.

En términos de confianza, elemento clave para explicar los resultados positivos, cabe destacar el tercer puesto que AMA América ocupa a nivel nacional en Índice de Seguridad, es decir, la compañía está entre los primeros puestos del país en términos de solvencia. Esto representa seguridad, garantías y principalmente tranquilidad para todos sus asegurados respecto a la capacidad que AMA América tiene para responder ante cualquier tipo de siniestro.

Tras el lanzamiento del seguro para vehículos, ramo en el que han incrementado un 300% la producción, AMA América prepara para este año su incursión en los seguros de vida, segmento que genera importantes expectativas de desarrollo y, por lo tanto, cobra protagonismo en la estrategia de crecimiento de la organización.

Adicionalmente y dado el buen funcionamiento de las oficinas abiertas en Quito, Guayaquil y Portoviejo, la compañía aseguradora planea nuevas aperturas para este año 2020.



# Nace el Observatorio Digital del ICOMEM para combatir las noticias falsas en salud

Las “SemanasICOMEM” han estado dedicadas durante el pasado mes de febrero a concienciar a la población, a la comunidad médica y medios de comunicación sobre el perjuicio que causan las informaciones falsas sobre salud que circulan en la Red. El Consejo Científico (CCI) del Colegio de Médicos de Madrid pone el énfasis a través de la campaña “Contágame de `verdad´, no de falsas noticias” en el control y vigilancia necesaria para prevenir que los falsos mitos y bulos continúen difundándose.

Como iniciativa dentro de esta campaña, el Colegio de Médicos de Madrid ha decidido crear el Observatorio Digital de información sanitaria en colaboración con EFE VERIFICA, MALDITA CIENCIA, la rama científica de Maldita.es, APETP, Asociación para Proteger al Enfermo de las Terapias Pseudocientíficas y SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica, todas ellas entidades que tienen en común la lucha frente a la información falsa en salud como pseudoterapias o a desmentir bulos.

Según el eurobarómetro, en nuestro país, casi ocho de cada diez españoles a menudo encuentran noticias que son falsas; mientras que en el conjunto de la Unión Europea dicen identificar este tipo de noticias el 68 % de los ciudadanos. Un 52 % de españoles y 58 % de europeos afirman que les es fácil detectar noticias falsas. El 83 % de los españoles y el 76 % de los europeos creen que este tipo de desinformación

es un problema para la democracia en general, y en concreto casi ocho de cada 10 españoles creen que es un problema en nuestro país.

Para el presidente del Colegio de Médicos de Madrid, el Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón, el lanzamiento conjunto de esta campaña y del Observatorio representa un paso más en la determinación del ICOMEM de alejarse de prácticas pseudocientíficas y pseudoterapias por el bien del ejercicio médico y de la salud de las personas.

“Aplaudimos y agradecemos que estas tres entidades, que llevan un tiempo ofreciendo información contrastada y con rigor científico sobre salud en medios digitales, se unan al Consejo Científico para trabajar y librar del ejercicio médico profesional de prácticas que carecen del rigor científico pertinente para tratar y aconsejar a los pacientes”, asegura.

Las cuatro organizaciones que van a colaborar con el Colegio de Médicos de Madrid se encargarán de detectar e identificar prácticas que pongan en riesgo la salud de las personas mediante informaciones falsas.

Un contenido que será remitido al Consejo Científico que se encargará de hacer oficial su dictamen al respecto. A partir de ahora en la Web del ICOMEM se ha colgado un formulario en el que tanto la población general como los propios colegiados podrán dejar denuncias sobre contenidos maliciosos.



## Su Majestad la Reina: «Querría reconocer el trabajo de todas las asociaciones que integran FEDER»



Acto Oficial del Día Mundial de las Enfermedades Raras 2020. (© Casa de S.M. el Rey)

«Son las asociaciones de pacientes quienes llevan tantos años haciendo lo imposible para poner en marcha investigaciones científicas que son las que verdaderamente abren la posibilidad, a veces remota pero siempre esperanzada, de lograr una mejora en la calidad de vida de las personas con enfermedades poco frecuentes».

Así lo ha afirmado recientemente Doña Letizia en la clausura del Acto Oficial por el Día Mundial de las Enfermedades Raras que la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) celebró recientemente en el la Ciudad BBVA bajo el lema 'Crecer contigo, nuestra esperanza' con la presencia de Meritxell Batet, presidenta del Congreso de los Diputados y Salvador Illa, ministro de Sanidad.

«Después de todo lo que hemos visto y oído hoy aquí, después de escuchar a los verdaderos protagonistas de este camino de dos décadas de Feder, querría reconocer el trabajo de todas las asociaciones que integran esta federación», afirmó también Doña Letizia. Quien ha dado un mensaje de esperanza: «Seguiremos aquí veinte años más. Y cuarenta. Y los que hagan falta para que las herramientas que ya existen (nuevas terapias celulares y génicas, por ejemplo) sigan desarrollándose para vislumbrar una realidad que ahora es desafortunadamente lejana: la curación de algunas de estas enfermedades raras. Debemos seguir

pensando que es posible». Por su parte, Salvador Illa informó sobre el reciente acuerdo del Consejo de Ministros para que los medicamentos huérfanos incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud gocen de un régimen económico específico para incentivar su investigación y garantizar su acceso. Además, aseguró la presencia de España en todas las Redes Europeas de Referencia.

La cita coincidió con el XX aniversario de FEDER. «Hace dos décadas nos sentíamos aislados, solos ante la ausencia de respuestas. Pero en 1999, 7 asociaciones decidieron cambiar esta realidad y constituir FEDER», hizo balance Juan Carrión, Presidente de FEDER y su Fundación. Hoy, «somos 368 organizaciones de personas unidas y representamos a 2.608 enfermedades raras de las más de 6.000 identificadas en todo el mundo», completó.

Gracias a ello, FEDER se ha posicionado como la voz de 3 millones de familias con enfermedades raras y en busca de diagnóstico en España. Frenar esta realidad, ha llevado al movimiento asociativo a priorizar 3 ejes que son los que lo han traído hasta aquí y marcan su hoja de ruta a futuro: la investigación, los servicios de referencia y la transformación social. Ejes que, además, son los que FEDER ha priorizado en sus Reconocimientos 2020, entregados por Su Majestad la Reina.





# NOMBRAMIENTOS

En Madrid, **Antonio Burgueño** ha sido nombrado Coordinador de la Comisión contra el coronavirus y **Enrique Moreno** es ahora Presidente del Consejo Superior de Sanidad.

En el ámbito de las asociaciones y sociedades científicas, **Raúl Díaz-Varela** ha sido elegido Presidente de la Asociación Española de Medicamentos Genéricos (Aeseg).

Otros nombramientos a destacar son el de **Manuel Vilches**, que es ahora el nuevo Director Médico y de Relaciones Institucionales de Johnson&Johnson España, y el de **Fernando Bandrés**, designado nuevo Presidente de la Fundación Tecnología y Salud.



## *Especialistas en un modelo de salud sostenible*

*En Ribera Salud queremos garantizar el acceso universal a un servicio de salud integrado y sabemos hacerlo de manera sostenible.*

*En Ribera Salud apostamos por gestionar la sanidad de un modo distinto.*

*Bienvenidos a la gestión sanitaria del siglo XXI.*

Descubre más sobre nuestro modelo de salud sostenible en:  
<http://www.riberasalud.com/porta-del-ciudadano/>

[riberasalud.com](http://riberasalud.com)



**ribera salud grupo**

# ECONOMÍA



## Reig Jofre alcanza los 200 M€ de ingresos y cierra 2019 con un crecimiento del 11% en ventas

La cifra de negocios se situó en 200,2 M€ (+11%), impulsada por el crecimiento orgánico de todas las unidades de negocio y la incorporación de la nueva cartera de productos en salud y dolor articular adquirida el 1 de julio e integrada en la unidad de negocio de Specialty Pharmacare, que creció un 41%.

Las unidades de negocio *Pharmaceutical Technologies* y *Consumer Healthcare* aportaron crecimientos positivos, del 2% y 6% respectivamente.

Reig Jofre generó el 45% de sus ventas en España, representando las ventas del resto de Europa el 45% y del resto de países el 10%. El crecimiento más destacado se produjo en España debido a que la nueva cartera de producto incorporada aportó el 87% de sus ventas en este mercado. Los siguientes mercados en crecimiento fueron Finlandia y Japón.

El margen bruto y el EBITDA consiguieron respectivamente crecimientos del 11% y del 20% respecto al año anterior.

Los gastos de explotación crecieron en línea con el incremento de ventas, del orden del 12% si ajustamos el efecto de los costes no recurrentes de la operación corporativa situados en 2,3 millones de euros.

El EBITDA mostró un incremento del 20% respecto al año anterior, situándose en 19,7 M€. El impacto positivo de la aplicación de la NIIF 16 en los gastos de explotación se contrarrestó con los gastos de transacción mencionados, lo que representa un EBITDA ajustado por ambos conceptos de 19,3 millones de euros.

Debido al efecto de las mayores amortizaciones, por inversión en tecnología industrial y

por amortización de los activos adquiridos en la operación corporativa, el resultado antes de impuestos sufrió una caída respecto al año anterior y se situó en 4,9 millones de euros.

En 2019 Reig Jofre realizó inversiones por un total de 71 millones de euros. De éstos, 22 millones correspondieron a ampliación y mejora de la capacidad industrial y tecnológica. La construcción de la nueva planta de inyectables en Barcelona, que finaliza en 2020, representó cerca del 80% de esta magnitud.

El negocio de Salud Articular fue adquirido el 1 de julio mediante la compra de activos a la sociedad Bioibérica S.A. La inversión total se estimó en 48 millones de euros, correspondiendo una parte a pago fijo y otra variable en función de la evolución de este producto en los próximos ejercicios.

El gasto en I+D aumentó hasta el 6% de la cifra de ventas, de los cuales 5,6 millones de euros fueron activados en 2019, frente a los 4,8 millones de 2018.

La deuda financiera con entidades bancarias y otros organismos se situó en 50 millones de euros a cierre de 2019 por el impacto de las inversiones industriales, frente a los 32,7 millones de euros del año anterior. La aplicación de la NIIF 16 añade a esta deuda 12,8 millones de euros por los pagos futuros por contratos de arrendamiento.

La liquidez de la compañía aumentó de 8 a 10 millones de euros en 2019.

Reig Jofre cerró su Balance en 2019 con 52,6 millones de Deuda Neta (39,8 millones sin impacto de NIIF 16), lo que representa 2,67 veces el EBITDA, nivel previsto por el plan de inver-

siones en curso y que crece respecto al 1,49 en que se situó este ratio a cierre de 2018.

Reig Jofre realizó una ampliación de capital en 2019 por un importe total de 24 millones de euros, destinados a la operación corporativa mencionada.

Se distribuyó un dividendo flexible bajo la fórmula de scrip dividend, lo que supuso el pago de 359 miles de euros para los accionistas que optaron por el cobro en efectivo y la emisión

de 1.012.390 acciones para los accionistas que convirtieron sus derechos de suscripción.

Las acciones de Reig Jofre tuvieron un buen comportamiento en el año, cerrando a una cotización de 2,52€/acción, lo que representa un alza del valor del 10,5% en el año.

En diciembre concluyó el segundo tramo del programa temporal de recompra de acciones para dotar el primer tramo del segundo plan de opciones sobre acciones.

## Merck logra todos sus objetivos financieros en 2019 y avanza en su progreso estratégico de forma significativa

Merck, compañía líder de ciencia y tecnología, cumplió todos sus objetivos financieros y, por lo tanto, alcanzó un crecimiento rentable en 2019 al mismo tiempo que progresó significativamente en la ejecución de su estrategia.

“Hemos cumplido nuestra promesa y hemos logrado crecer en todos nuestros indicadores clave de desempeño: ventas netas, EBITDA y beneficio por acción (EPS). Estamos ejecutando eficientemente nuestra estrategia y fortaleciendo nuestras tres áreas de negocio impulsados por la innovación”, afirma Stefan Oschmann, presidente del Comité Ejecutivo y CEO de Merck.

La estrategia del Grupo Merck se centra totalmente en sectores empresariales sólidos de la ciencia y la tecnología. En 2019, Merck progresó de forma clara en la ejecución de su estrategia. El área de *Healthcare* ha recibido aprobaciones en Estados Unidos, Europa y Japón para su fármaco inmuno-oncológico Bavencio® en combinación con Inlyta® para pacientes con carcinoma de células renales avanzado.

Tras alcanzar 16.200 millones de euros, las ventas netas del grupo crecieron en 2019 en un 8,9% frente a las de 2018. Orgánicamente, las ventas crecieron un 5,3%. Además, se registraron cambios de divisa positivos en un 2,1% y un aumento relacionado con el porfolio del 1,4%. Con un crecimiento del 15,4% hasta los 4.400 millones de euros, el EBITDA, el indicador financiero más importante en el negocio opera-

tivo, avanzó de manera más sólida que las ventas. El margen EBITDA ascendió hasta el 27,1%. Merck creció así de forma rentable en 2019.

El resultado operativo (EBIT) avanzó en un 22,8% hasta los 2.100 millones de euros. El descenso del 60,9% en los ingresos netos del grupo hasta los 1.300 millones de euros se debió a la ganancia generada por la venta del área *Consumer Health* en el ejercicio anterior. La deuda financiera neta creció desde los 6.700 millones de euros a cierre de 2018 hasta los 12.400 millones de euros a cierre de 2019 como resultado de la adquisición de Versum.

El beneficio por acción, que es un determinante del dividendo de Merck, creció en un 9% hasta los 5,56 euros en 2019. En línea con la política de dividendos sostenibles de la compañía, el Comité Ejecutivo y el Comité de Supervisión propondrán un dividendo de 1,30 euros por acción, lo que supone un incremento de 0,05 euros respecto al ejercicio anterior.

En el cuarto trimestre de 2019, las ventas netas del Grupo Merck crecieron en un 12,7% frente a los 4.400 millones de euros logrados con respecto al trimestre anterior. Esto se atribuye a un crecimiento orgánico de las ventas del 4,3%, impulsado por *Healthcare* y *Life Science*. Además, se registraron efectos favorables del cambio de divisa en un 2,2% y un efecto del porfolio del 6,2%, principalmente debido a la adquisición de Versum. El EBITDA se disparó un 27,0% hasta los 1.200 millones de euros. El beneficio por acción fue de 1,54 euros.

# SANIDAD AUTONÓMICA



## El Servicio Andaluz de Salud y la Mesa Sectorial de Sanidad aprueba por unanimidad el nuevo Plan de Agresiones

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) y los sindicatos que componen la Mesa Sectorial de Sanidad han aprobado recientemente por unanimidad el nuevo 'Plan de Prevención y Atención de agresiones para los profesionales del sistema sanitario público-andaluz' que incorporará como novedad un programa especial de acompañamiento al profesional agredido y un profesional en cada centro con formación específica que ejercerá como guía en la prevención de agresiones y actuación ante las mismas. El nuevo plan habilitará también canales ágiles y rápidos para que la persona que sufre una agresión ya sea verbal o física, no esté solo momentos después de ser agredido. Además, se facilitará atención psicológica durante el tiempo que sea necesario y se realizarán acciones de comunicación dirigidas a concienciar a los pacientes y usuarios con campañas informativas explicando cómo funciona el sistema sanitario andaluz y qué puede o no puede hacer un profesional.

El desconocimiento sobre la organización sanitaria lleva, en muchas ocasiones, a exigir

cosas que sobrepasan el ámbito de actuación del, profesional. Además, es fundamental que los ciudadanos tomen conciencia de que un problema nunca se resuelve con una agresión. También se difundirá en los centros el cartel contra las agresiones, seleccionado entre los diseños realizados por los propios profesionales del SAS y que tiene como lema 'No + agresiones al personal de Sanidad'. La formación a los profesionales cobrará especial importancia y tendrá una doble vertiente: aprender a controlar situaciones conflictivas y qué hacer cuando se produce una agresión. En 2019, más de 4.550 profesionales se han formado en el curso de control de situaciones conflictivas y se han realizado hasta 26 iniciativas formativas.

El Plan integra las aportaciones del grupo de trabajo creado por la Consejería de Salud y Familias y en el que han participado los agentes sociales, asociaciones de pacientes, letrados de la Administración Sanitaria y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.



## Castilla-La Mancha presenta en Dinamarca la plataforma digital Sapiens para historias clínicas

La plataforma Sapiens, basada en el uso de la inteligencia artificial, *Big Data* y *Machine Learning*, y puesta en marcha por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), ha despertado interés durante la celebración del I Meeting Europeo de Telemedicina y Salud Digital, celebrado en la ciudad danesa de Odense.

La doctora Paula Sánchez-Seco, médico de Familia en el Centro de Salud de Yunquera de Henares (Guadalajara), dio a conocer en este escenario la citada plataforma digital, conocida como Proyecto Sapiens, que se apoya en la tecnología Savana. Además, detalló los usos y utilidades de esta herramienta de ayuda al diagnóstico que permite leer historias clínicas a partir del lenguaje natural y transformarlas en datos para generar bases que ofrezcan información fiable sobre el estado de salud de la población de Castilla-La Mancha.

El doctor Raúl Piedra, médico de Familia en Azuqueca, que se emplaza también en Gua-

dalajara, junto a la propia Paula Sánchez-Seco, forman parte del grupo de Nuevas Tecnologías de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) y participan en este proyecto.

Sapiens es un sistema inteligente de análisis de historias clínicas que ayuda al profesional en la toma de decisiones. Según estos facultativos, la herramienta suscitó “un enorme interés porque, a diferencia de la forma de trabajar en Dinamarca, basada en información codificada, permite interpretar, leer y codificar e indexar el lenguaje libre de los médicos, lo que permite rescatar hasta el 80 por ciento de la información”.

El SESCAM incorporó esta tecnología en 2019, dentro de su estrategia de innovación tecnológica, y permite a los profesionales acceder a actividad asistencial registrada desde enero de 2011, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria.

## Sanidad impulsa un plan para promover y poner en valor la investigación en Canarias

La Consejería de Sanidad, a través de la dirección del Servicio Canario de la Salud, impulsa la creación del primer Plan canario para promover y poner en valor la investigación en el archipiélago. De esta forma, desde el área que dirige Teresa Cruz Oval se busca integrar el mayor impulso a la investigación, con la formación de nuevos profesionales además de con la mejora de la calidad asistencial.

El compromiso del equipo de Gobierno es impulsar la cultura de la innovación en todas las instituciones del Servicio Canario de la Salud (SCS) y para todos sus profesionales por lo que está previsto elevar a los trabajadores una consulta con la que lograr un diagnóstico detallado de la situación a partir de su propia experiencia y visión. Según informó la directora del SCS, Blanca Méndez, se está realizando “una encuesta en la que podrán dar su opinión, sus valores y preferencias” todos los trabajadores del Servicio Canario de Salud.

Con los resultados que se obtengan, se orientarán los objetivos de este nuevo plan de investigación, así como las actuaciones que se desarrollen a corto, medio y largo plazo en el mismo. La participación en la elaboración del plan de investigación e innovación en el Servicio Canario de la Salud se extenderá, además, tanto a las sociedades científicas y a los colegios profesionales de las profesiones sanitarias, como a las asociaciones de pacientes y a representantes de la ciudadanía en general.

Según la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, el SCS tiene una responsabilidad compartida con sus profesionales para potenciar la investigación y la innovación. Avanzar en esa dirección, además de contribuir al conocimiento, promueve la calidad asistencial y la mejora de los resultados de salud, favorece la sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos, impulsa la generación de patentes y de empleo y mejora la imagen y el prestigio de los profesionales y del SCS en su conjunto.

# Colabora

## con la investigación del las **Enfermedades Autoinmunes Sistémicas**

*Vitíligo, celiacía, psoriasis, hepatitis, abortos recurrentes, Crohn, colitis ulcerosa, urticaria crónica, artritis reumatoide, Lupus, vasculitis, esclerodermia, Sjögren, etc.*

- + Hay casi **un centenar** de distintas EAS
- + Afectan a **6 de cada 100** personas
- + Pueden afectar a **varios miembros de la misma familia**
- + Se desconocen las causas
- + Son la causa más frecuente de **infertilidad**
- + En más del 80% de casos se comportan como **enfermedades crónicas**
- + Tienen un impacto muy negativo en el **envejecimiento** y pueden ser causa de muerte
- + Causan casi la mitad de las **bajas laborales**



## Ayúdanos a seguir investigando

 Vall  
d'Hebron

web [www.vhc.cat/donacionMAS](http://www.vhc.cat/donacionMAS)



También puedes hacer una donación mediante

telf. **93 151 76 41**

e-mail [amicsvallhebron@vhebron.net](mailto:amicsvallhebron@vhebron.net)

# BIBLIOTECA



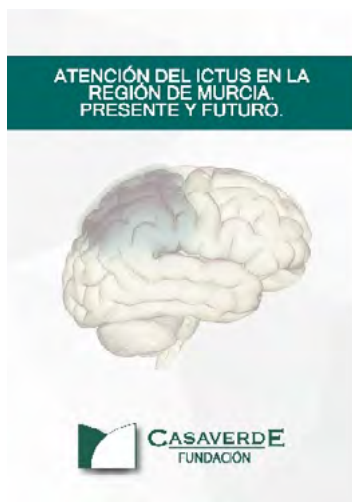
## Enseñando Ciencia con Ciencia

Esta publicación, llevada a cabo por la Fundación Lilly y la Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT), ha sido desarrollada por un grupo de investigación multidisciplinar y aglutina resultados de la neurociencia, la psicología del aprendizaje, la pedagogía y, sobre todo, la didáctica de las ciencias, aportando pruebas científicas y evidencias sobre su enseñanza y aprendizaje.

A lo largo de sus páginas, los expertos inciden en las pruebas de la investigación sobre el aprendizaje de las ciencias, en las principales prácticas de la ciencia en el aula, en el cambio en la forma de generar y validar conocimiento que proporciona la ciencia, que debe preparar a las personas para participar en una sociedad democrática con valores, en la parte emocional y afectiva del aprendizaje de las ciencias y en desgranar los principales mitos sobre la neuroeducación.



## Atención del Ictus en la Región de Murcia. Presente y futuro



El objetivo de esta publicación es plasmar las reflexiones sobre la situación de la asistencia al ictus en la comunidad autónoma, a partir de la visión de los distintos profesionales implicados en su manejo: estrategia de mejora y análisis periódico de lo que se hace bien y lo que se puede mejorar.

A lo largo de las páginas del documento se desarrollan diferentes capítulos centrados en la atención del ictus: prevención y atención en la fase prehospitalaria al paciente con ictus, atención hospitalaria en fase aguda y atención sanitaria más allá de la fase aguda. A partir de estas áreas de análisis, los autores analizan el impacto económico y social, la visión global del paciente, y proponen estrategias de mejora.



SUSCRÍBETE GRATIS

suscribirse >