

Arquitectura y salud



GESESA

Limpieza y desinfección de Centros Sanitarios

- Aplicación de nuevas tecnologías
- Controles de calidad constantes
- Personal cualificado



Los Centros de Salud que han confiado en nuestra calidad y profesionalidad, son los primeros en avalarnos y darnos a conocer a otros Centros.





CRISTINA CONTEL BONET
Presidenta de ACES

Arquitectura y salud

En este monográfico hemos querido colocar la «primera piedra» para el estudio de una arquitectura saludable. Según el documento de la OMS sobre ambientes saludables y prevención de enfermedades, se calcula que el 24% de la carga de morbilidad (años de vida sana perdidos) y aproximadamente el 23% de todas las defunciones (mortalidad prematura) se pueden atribuir a factores ambientales, cifra que llega al 36% de defunciones en el caso de niños de 0 a 14 años.

El entorno y el ambiente de un centro de salud pueden impactar e influir en la recuperación del paciente. En esta línea, Elisabet Silvestre nos ilustra sobre la biohabitabilidad de los edificios como promotores del bienestar y confort de las personas, y nos explica como un «edificio enfermo» puede comprometer el equilibrio del organismo, especialmente en el paciente o convaleciente. También subraya la importancia de una arquitectura que respete los ritmos circadianos con la iluminación, que utilice materiales saludables y que tenga en cuenta la higiene energética y todo lo que rodea al usuario externo (paciente) e interno (trabajador).

Traemos a debate –con tres expertos en sus respectivos sectores, Gabriel Masfroll, Francesc Pernas y Jordi Sumarroca– los elementos que debe tener en cuenta la arquitectura sanitaria del presente y del futuro. Propietarios, arquitectos y constructores deben consensuar el proyecto para hacer hospitales que faciliten la organización interna, la estancia y el confort de los usuarios, el desarrollo de los procesos asistenciales, la optimización de los recursos humanos y materiales, y, sobre todo, la flexibilidad con el objetivo primordial de hacer centros sostenibles y rentables. Se debate también sobre el coste «efectivo / inicial / de mantenimiento / amortizable» de las obras, con una visión de futuro, es decir, considerando que inicialmente puede ser más elevado y en cambio mucho más rentable a medio y largo plazo.

La entrevista a Albert Pineda aporta nuevas pinceladas en cuanto a los efectos «curativos» que pueden tener los centros sanitarios sobre los pacientes, y nos invita, más allá de elementos esenciales como la luz natural, a incluir obras de arte en lugares estratégicos y a abrir la mirada hacia nuevas maneras de entender la ubicación de los servicios asistenciales (que ya se incorporan en otros países como servicios en grandes centros comerciales). Pineda nos recuerda como el coste de construcción de un edificio sanitario equivale a su coste de funcionamiento anual y de ahí la importancia de diseñar desde un comienzo edificios adaptados a las decisiones tomadas en un proyecto consensuado entre el propietario y el arquitecto.

Jaume Duran nos introduce un nuevo elemento, que es la participación de los trabajadores del centro sanitario en el diseño del edificio y sobre todo en la distribución de los espacios adecuados a los procesos asistenciales, junto con el ingeniero, para que el arquitecto y el médico obtengan los mejores resultados, con una visión de futuro en cuanto a los costes de la obra. Víctor Saigí, por su parte, nos presenta un nuevo reto en apuntar que la aplicación de las TIC conlleva un cambio notable en el diseño de los centros asistenciales. Y finalmente recogemos la opinión de gerentes y directores generales sobre experiencias arquitectónicas sanitarias recientes de nuestro entorno más inmediato.

Como dice Francesc Pernas, «la sanidad privada debería ser líder, como lo ha sido siempre, en la evolución arquitectónica de los hospitales en el futuro» y en Cataluña somos un buen exponente de ello en el ámbito tanto privado como público. Hay que alentar, pues, la propiedad sanitaria privada catalana para que continúe apostando por este sector de capital intensivo, que crea riqueza y puestos de trabajo y proporciona un servicio asistencial de excelencia al usuario. Tenemos arquitectos prestigiosos, ingenieros, constructores y profesionales con los que podemos consensuar los mejores proyectos y modelos para cada necesidad asistencial. Eso sí, sin olvidar que es la Administración quien debe actuar como facilitadora de estos retos y eliminar tantas trabas como se pueda en favor y para bien de todos. ■



ASSOCIACIÓ CATALANA D'ENTITATS DE SALUT · WWW.ACES.ES

EDITORIAL 4
BIG DATA: ¿Oportunidad o peligro?

HABLEMOS 5
Diseñar edificios que curan

A DEBATE 6
¿Cómo podemos diseñar y construir buenos hospitales?



ENTREVISTAS 12
Albert de Pineda: «Lo más importante en un proyecto es el diálogo entre el propietario y el arquitecto».

Jaume Duran: «Hay que adecuar cada metro cuadrado a las necesidades que definimos». 16

CUESTIONARIO 18
Intervenciones arquitectónicas. Cinco centros comentan su experiencia.

ENCUESTA 22
Tres cuestiones para los asociados

OPINIÓN 23
Las TIC y el futuro de la arquitectura de los centros sanitarios

ACTIVIDAD ACES 26
Interoperabilidad: reto y oportunidad

FORMACIÓN 28
Arquitectura de las organizaciones y formación continua

ACES EN BREVE 29

RED ACES 30
La actividad de socios y colaboradores

La enciclopedia de nuestro tiempo define Big Data como un término aplicado a conjuntos de datos que van más allá de la capacidad del software habitual para ser capturados, gestionados y tratados en un tiempo razonable.

BIG DATA: ¿Oportunidad o peligro?

De hecho, se trata del deseo enciclopédico de compilar grandes cantidades de datos de un sector concreto para, a pesar de la gran diversidad de orígenes y formatos, poder sacar conclusiones nuevas que beneficien a sus propietarios en tiempo real. El concepto nace en 2008, pero, como ya hemos comentado, hasta hace poco se han limitado los sistemas que había a la hora de manejar estas enormes cantidades de datos.

El sector financiero y asegurador han sido y son algunos de los más grandes defensores, promotores y usuarios en una crisis en que la falta de criterios seguros en la concesión de hipotecas ha hecho de esta herramienta un instrumento altamente deseable y eficaz.

Pero quizás por este protagonismo, y por otras razones obvias, no es extraño que capas amplias de la población y las organizaciones sociales o políticas tengan serias dudas en cuanto a los riesgos a la hora de utilizarlo. Sin embargo, debemos reconocer que disponer de un instrumento que simplifique la toma de decisiones sobre un individuo concreto (si se sabe lo que se busca) entre cientos de datos podría mejorar extraordinariamente la eficiencia de muchas decisiones, como las sanitarias.

Por poner un ejemplo, el uso del Big Data evitó miles de muertes al detectarse precozmente problemas en el Vioxx. Gracias a las primeras aplicaciones del Big Data en un millón de historias clínicas por parte de la aseguradora Kaiser Permanente y la Food and Drug Administration americanas, se pudo detectar que tomando este antiinflamatorio se triplicaba el riesgo de tener un ataque al corazón. Estos efectos secundarios provocaron la retirada inmediata del medicamento del mercado.

En este sentido, la iniciativa catalana llamada Proyecto VISC +, y liderada por el doctor Josep M. Argimon, pretende que se pueda analizar y relacionar toda la información que el Sistema Sanitario Catalán tiene de los ciudadanos atendidos para mejorar los resultados investigadores en salud. Esta disponibilidad de datos públicos para la obtención de resultados nuevos por parte de cualquiera que quiera trabajarlas es una iniciativa que conceptualmente quiere arraigar con el concepto de Open Data, cuando el Archivo Nacional del Reino Unido abrió una licencia de reutilización de los datos generados a cualquier usuario, sin restricciones de derechos de autor, patentes u otros mecanismos de control.

La duda lógica proviene de la posibilidad de que instituciones o personas malintencionadas, por más que se quiera impedirlo poniendo la máxima atención en la protección de la intimidad, accedan a la identidad de los pacientes. Y debemos reconocer que, desgraciadamente, esta operación no podrá ser nunca del todo segura.

A pesar de ello, y dejando de lado la discusión sobre la inclusión de agentes con ánimo de lucro, que a nuestro entender «es harina de otro costal», lo que tendremos que pedir y exigir son resultados que beneficien a todos por igual y un seguimiento escrupuloso y múltiple de todo el proceso, ya que el progreso es imparable y el Big Data ha llegado para quedarse.

Los beneficios parecen suficientemente importantes para aceptar los riesgos y centrarnos en minimizarlos y perseguir las malas utilidades. El «negacionismo» o la prohibición no tienen más futuro que una falta de competitividad que perjudicaría la sanidad en su conjunto y, por encima de todo, a los ciudadanos. ■



CONSEJO EDITORIAL

Cristina Contel, Frederic Llordachs,
Sergi Freixes, Lluís Monset, Joan Nadal,
Odalys Peyrón, Albert Punsola, Isidre Rodríguez

DIRECCIÓN GENERAL

Lluís Monset

REALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN EDITORIAL

Cos 12 comunicació
Rafael Ramos, 32 - 08338 Premià de Dalt
Tel.: 655 171 944 - info@cos12.com
www.cos12.com

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Estudi Freixes
Navarra 36 - 08320 El Masnou
Tel.: 607 984 010 - sergifreixes1@gmail.com

FOTOGRAFÍA

Xavi Gómez

REVISIÓN LINGÜÍSTICA

Gemma Garrigosa

PUBLICIDAD

Isidre Rodríguez
Tel.: +34 932 091 992 - 605 905 710
empreses@aces.es

EDITA

Asociació Catalana d'Entitats de Salut (ACES),
Muntaner, 262 - 08021 Barcelona
Tel.: +34 932 091 992 - Fax: +34 932 010 992
aces@aces.es - www.aces.es

DEPÓSITO LEGAL: B-15206-2012

VERSIÓ EN CATALÀ



VERSIÓN EN CASTELLANO





ELISABET SILVESTRE

Doctora en biología. Máster en Bioconstrucción. Docente en Biohabitabilidad

Diseñar edificios que curan

El gran reto de la arquitectura hospitalaria es crear entornos que promuevan la salud

La salud depende en gran medida del ambiente y con el estilo de vida actual, en que el 90% de la jornada transcurre en espacios interiores, los edificios tienen un papel muy importante a la hora de promover el bienestar y el confort de las personas. De hecho, es bien conocido que la presencia de agentes o factores ambientales intrínsecos en el edificio-de tipo biológico, químico o físico-puede terminar alterando el estado global de salud, hasta el punto de que aparezcan síntomas que evidencian la pérdida del equilibrio del organismo.

Edificios nuevos, herméticos y muy tecnificados se muestran a menudo como ejemplos del llamado «síndrome del edificio enfermo». La humedad relativa baja, la electricidad estática, el campo eléctrico alterno, las ondas electromagnéticas, los materiales sintéticos, la falta de conexión de algunas estructuras a tomas de tierra, la presencia de compuestos orgánicos volátiles y una iluminación poco biótica, entre otros, pueden acabar comprometiendo el equilibrio del organismo.

Desde la arquitectura sostenible se promueven unos edificios más eficientes energéticamente, las energías renovables, la calidad del

ambiente interior, el análisis del ciclo de vida, la disminución de la huella ecológica. Sin embargo, el goteo de nuevos casos de edificios enfermos apenas recién estrenados constata que queda pendiente dar un paso más a la hora de diseñar teniendo en cuenta indicadores que promuevan y favorezcan el buen funcionamiento de los sistemas biológicos, revisar los límites de los agentes ambientales que pueden acabar sensibilizando, hasta el punto de perder la tolerancia y ser nocivos, especialmente a las personas más sensibles, como los más pequeños, los ancianos, las personas afectadas por las enfermedades ambientales emergentes, y en general todas las personas enfermas o convalecientes.

Las buenas prácticas en arquitectura deben fomentar edificios y espacios más saludables para el medio ambiente y para las personas, y en este contexto desde la biohabitabilidad se promueven las opciones más bióticas considerando indicadores que permiten diseñar, construir y rehabilitar edificios y espacios habitables desde el punto de vista de las leyes de la biología humana, tomando los resultados de las investigaciones más pioneras en las disciplinas relacionadas con la biología y la medicina del hábitat.

Así, se pueden hacer edificios que promuevan la salud, que ayuden a sanar. Hacer de la arquitectura una herramienta para crear entornos con tecnología de vanguardia, accesibles, seguros y al mismo tiempo amables, que promuevan el buen funcionamiento de los sistemas biológicos y ayuden a la recuperación, en fomentar la luz natural, una iluminación artificial que respete los ritmos circadianos, los materiales saludables, la higiene energética y química, las formas orgánicas y el contacto visual con la naturaleza. Este es el gran reto de la arquitectura hospitalaria. ■

«Edificios nuevos, herméticos y muy tecnificados se muestran a menudo como ejemplos del llamado síndrome del edificio enfermo».



GABRIEL MASFURROLL
EMPRESARIO HOSPITALARIO



ALBERT PUNSOLA
COORDINADOR DE ACESInfo



FRANCESC PERNAS
ARQUITECTO Y PRESIDENTE
DE CASA SOLO ARQUITECTOS



JORDI SUMARROCA
CONSEJERO DELEGADO DE TEYCO

¿Cómo podemos diseñar y construir buenos hospitales?

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



¿En qué consiste una buena arquitectura sanitaria?



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

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

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



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



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

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



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



¿Debe ser el arquitecto?



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



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



La propiedad debe identificar un



.....

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

.....

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



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



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



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



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



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



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



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

.....

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

.....

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



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

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



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



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



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



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



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



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



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



¿La sanidad privada hace buena arquitectura sanitaria en Cataluña?



.....

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

.....



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



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

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



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



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



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



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



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

na accesibilidad en transporte público y privado allí donde estés.



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



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



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



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

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



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



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



PATROCINADOR PREFERENT ACES

Una Nova Filosofia Tecnològica enfocada al Sector Sanitari

A SIRT HEM ADAPTAT LES TELECOMUNICACIONS I LA INFORMÀTICA AL SECTOR SANITARI DONANT SOLUCIONS SENSE NECESSITAT D'INVERTIR EN TECNOLOGIA, SENSE ALTES, SOLAMENT PAGARÀ PER ÚS.

Som l'empresa de referència nacional dins del panorama de les telecomunicacions i els serveis TIC. L'experiència que hem adquirit i els clients pels quals hem treballat i seguim fent-ho ens ha posicionat dins del mercat com una de les millors empreses de serveis a l'hora de buscar solucions tecnològiques per a la **SANITAT PRIVADA**.

A més, comptem amb les certificacions i homologacions més exigents del nostre sector i dels principals proveïdors tecnològics.

Des de **SIRT** li oferim productes i solucions que s'adaptin completament a les necessitats que pugui tenir; productes i solucions que han estat testats de manera que siguin les millors opcions per al seu negoci, totes apuntant en una mateixa direcció, perseguint un mateix objectiu: **FLEXIBILITAT, RENDIBILITAT i CREIXEMENT DEL SEU NEGOCI**.

Per tant posem a la seva disposició un nou concepte dins del sector de les telecomunicacions i la informàtica: **CONVERGÈNCIA i MOBILITAT**.



Comunicacions Unificades



Connectivitat entre Seus



Telepresència / Videoconferència



Cloud Computing



Virtualització



Comunicacions sense fils WiFi



Seguretat



Infraestructures

ALBERT DE PINEDA, Arquitecto especializado en centros hospitalarios

«Lo más importante en un proyecto es el diálogo entre el propietario y el arquitecto».

¿Cataluña tiene una buena arquitectura sanitaria en términos generales?

Sí, muy buena. Los últimos 20 años se han hecho unos edificios que, aparte de funcionar bien, tienen una gran calidad arquitectónica y se han convertido en referente. Muchos arquitectos están trabajando en el extranjero gracias a la valoración de la experiencia local. De este avance también ha participado la sanidad privada, que sobre todo en la última década ha construido nuevos edificios buscando una alta calidad.

¿Qué hay detrás del concepto de calidad arquitectónica?

Implica hacer la arquitectura necesaria desde el punto de vista funcional y de los espacios. Si eres un paciente necesitarás zonas para reposar y se tendrá que construir un quirófano para que sea lo máximo de efectivo posible. Una ventaja que hemos tenido en Cataluña en este sentido es que desde el principio la Conselleria diseñó unos programas funcionales muy bien hechos por lo que los requerimientos de los equipamientos sanitarios son muy claros. Y puedo asegurar que esto cuando vamos por el mundo a veces lo echamos de menos.

Los requerimientos en cualquier caso serían el punto de partida.

Sí, porque lo más importante en un proyecto es el diálogo entre el propietario y el arquitecto. Como he dicho, las matrices básicas las tenemos claras, pero es este diálogo lo que permite mejorar mucho el resultado final. Nos ayuda a huir de la rigidez de nuestros presupuestos para llegar a una construcción adaptable, flexible y sobre todo ordenada que permite evitar lo que ocurría en muchos hospitales antiguos, donde la gente literalmente se perdía. La buena orientación es importante porque disminuye la desazón, y este no es un tema menor teniendo en cuenta el estado de ánimo con que se suele ir a un centro sanitario.

¿Así, el edificio puede ser un instrumento más para el ejercicio de la medicina?

En cierta medida es así. El edificio debe ser amable tanto para el usuario interno como para el externo, y pien-

so que con las últimas obras que se han hecho lo estamos consiguiendo. Hay que tener en cuenta aspectos como los materiales que se utilizan o la entrada de luz natural, que es fundamental.

¿Por qué lo es?

La luz natural varía con el tiempo y eso ayuda mucho en las UCI para que el enfermo no pierda el ritmo circadiano y no se desoriente tanto. Hay una asociación holandesa que trabaja en el llamado *evidence design*, que estudia este aspecto y tiene datos experimentales de que la luz natural ayuda a la curación. La etimología de hospital nos remite a la acogida de huéspedes. Desde este punto de vista, hay que acoger lo mejor posible y aquí también habría que incluir la presencia de arte en lugares estratégicos, no simples reproducciones sino obras genuinas. Lo hicimos en el Hospital del Mar con la colaboración de 20 pintores y escultores jóvenes, y en Denia lo repetimos. Siguiendo con la etimología, lo peor que puede ser un hospital es inhóspito.

¿Cuál es su visión de la sostenibilidad en los equipamientos sanitarios?

Nosotros hacemos sostenibilidad transversal, que implica pensar en este tema desde el inicio con decisiones fundamentales: como ubicar el edificio correctamente o adaptarlo al clima de cada lugar. Me molesta cuando se define la sostenibilidad por el hecho de añadir determinados gadgets. La tecnología está muy bien, pero el primer paso hacia la eficiencia energética pasa por las decisiones básicas que he comentado. Puedes tener climatizadores muy eficientes pero quizás no te harán tanta falta si has trabajado bien la orientación de las fachadas.

Los equipamientos sanitarios necesitan mucha energía.

Nosotros hacemos un cálculo de los vatios por metro cuadrado y año que consumirá el futuro edificio y luego, una vez en funcionamiento, hacemos un seguimiento de si se cumple el supuesto teórico. Esto nos permite ajustar el modelo de ensayo. Creo que estos cálculos deberían ser obligatorios. El equipamiento tecnológico de los centros necesita mucha energía, pero en los espacios de estancia



lo podemos compensar utilizando elementos pasivos que no consumen, como la luz natural.

Cuando afronta un nuevo proyecto, ¿qué le pide para empezar al cliente?

Si tiene un plan de empresa del edificio que quiere construir. Un hospital es un algoritmo matemático de camas, quirófanos, consultas, UCI, servicios técnicos, donde todos estos elementos deben estar bien interrelacionados. Los centros más modernos tienen más quirófanos y consultas y menos camas. Antes las estancias medias solían ser de 12 días y ahora están en 4 o 5 El hospital sigue siendo un lugar de estancia, pero el tratamiento y la resolución rápida de los problemas es el concepto dominante. Aquí lo tenemos asumido. Curiosamente, en países avanzados como Francia la cirugía mayor ambulatoria no la tienen tan clara y esto se refleja en la arquitectura sanitaria que poseen. En todo caso el futuro va hacia menos camas.

La arquitectura icónica que, por otra parte, ha funcionado bien en ciertos contextos, ¿tiene sentido en el terreno sanitario?

ALBERT DE PINEDA ÁLVAREZ nació en Barcelona. Es arquitecto superior por la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Barcelona (ETSAB) desde 1980. Su trayectoria arquitectónica se ha especializado en diversos campos y especialmente en el sanitario. Ha construido hospitales y residencias, tanto públicos como privados, en toda la geografía española (Cataluña, Madrid, Valencia, Galicia, etc.) y mundial (Alemania, Portugal, Luxemburgo, el Salvador, Guatemala, Dubai, Chile, Panamá, Haití, etc.). Algunos de sus proyectos más destacados son el Parque de Investigación Biomédica y el Hospital del Mar, en Barcelona; el Parque Hospitalario Martí i Julià, en Girona; el Hospital de Hewigshohe, en Berlín; el Hospital Beatriz Angelo de Loures, en Lisboa, y los hospitales Quirón de Madrid, Barcelona y Zaragoza. ■

Pienso que la época de esta arquitectura ha pasado. En el norte de Europa, que marca la línea, se están haciendo edificios con lo que es estrictamente necesario: funcionalidad, confort, eficiencia, fachadas e interiores amables. Pero icónico en el sentido hacer pasar a un terreno secundario estas características para proyectar una determinada imagen no es viable. Los países de petróleo barato, que son nuevos ricos, hacen aún esta arquitectura, pero los ricos de verdad ya no. Además, es curioso observar que ninguno de los arquitectos de edificios icónicos cons-



truye clínicas u hospitales. La arquitectura existe para resolver problemas complejos con formas simples.

Y los costes lo son.

Efectivamente. Hay que pensar que el coste de construcción de un edificio sanitario equivale al coste de funcionamiento anual. Esto quiere decir que, si lo diseñamos mal, el coste se disparará y por tanto es vital pensar bien cada elemento del algoritmo. Si te equivocas lo estarás pagando el resto de tu vida. Esto lo hemos tenido muy en cuenta en nuestro trabajo con la sanidad privada.

¿Qué es más caro rehabilitar o construir de nuevo?

Si el centro se tiene que rehabilitar al 100% sale más barato hacerlo de nuevo. Si se han de reformar sólo unas cuantas partes, entonces es mejor rehabilitar. Pero para tomar la buena decisión hay que hacer una previsión de las necesidades a unos 10 años vista. Un factor que no se puede olvidar es que al rehabilitar pueden aparecer de manera imprevista estructuras o aspectos que están muy mal y que acabarán encareciendo la intervención. Por ello es imperativo, antes de tomar ninguna decisión, hacer un análisis de la estructura del edificio.

¿Ninguna otra consideración a la hora de tomar esta decisión?

Sí, una muy importante: la ubicación. Muchos equipa-

mientos tienen el gran valor añadido de ubicarse en el centro de la ciudad en un lugar emblemático y conocido por todos. Un cambio de este tipo, en el caso de construir un nuevo edificio, hay que sopesarlo.

¿Es posible que en el futuro veamos ubicaciones de nuevos centros en lugares en los que no estamos acostumbrados?

De hecho, ahora hemos trabajado en una clínica privada dentro de un gran centro comercial en Oporto y en Estados Unidos desde hace un tiempo esta es una tendencia que está ganando terreno. La idea del *mall* no es descabellada porque los equipamientos sanitarios cada vez se utilizan como un servicio más y la estancia es más breve también por el crecimiento de la medicina de prevención. Y este es un cambio de paradigma importantísimo.

¿Y la arquitectura de los equipamientos sanitarios existente está adaptada ahora a este cambio?

No, porque aunque dominan los modelos arquitectónicos anticuados y aquí tenemos que hacer un esfuerzo para adaptar el cambio de comportamiento y funcionamiento al nuevo modelo. No basta con una modificación de la gestión y la organización, es necesario también adaptar los espacios físicos. Que los bancos volvieran a dar crédito ayudaría, claro. ■



Tel: 917 660 001
sonsoles.vassalo@nemoq.es

NEMO Q. IBÉRICA

PRESENTA



Organization & Guidance Systems



SISTEMA DE ORGANIZACIÓN Y GUIADO DE PACIENTES

SAAFE



SISTEMA AUTOMÁTICO DE AUTORIZACIÓN Y FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

LA SOLUCIÓN OGS DE NEMO Q. IBÉRICA, ORDENA Y GUÍA DINÁMICAMENTE A LOS PACIENTES HASTA SU MÉDICO, DE UNA MANERA CONFIDENCIAL, JUSTA Y EFICAZ



La metodología y las herramientas asociadas, marcan un antes y un después en la Atención Presencial a los Clientes / Pacientes del Sector Sanitario, y muy especialmente en los Servicios asociados a Consultas Externas, Urgencias y Hospital de Día.

Nemo Q. con 24 años de experiencia sigue promoviendo la implantación de proyectos de Mejora de la Calidad en los Servicios del Sector Sanitario.

La consecución de la Excelencia en la Gestión de los Clientes, se enmarca como objetivo fundamental de éste proyecto que sin duda cambiará la percepción actual de los Pacientes usuarios de los servicios de su Centro Hospitalario.

BENEFICIOS DE LA SOLUCIÓN

- ❖ Garantizar la confidencialidad de la identidad de los pacientes (LOPD)
- ❖ Gestión Integral de los Flujos, llevándolos de la mano a través de todos los servicios
- ❖ Facturación electrónica en modo autoservicio, sin que los pacientes necesiten pasar por el mostrador de recepción
 - Facturación en tiempo real
 - Control automático de coberturas
- ❖ Incremento de los Ingresos
 - Atendiendo a mas pacientes en el mismo tiempo
 - Convirtiendo los tiempos improductivos en productivos
 - No utilización de personal altamente cualificado como guía de Pacientes
 - Liberación de personal de admisión para otras tareas
- ❖ Mejora significativa de la Calidad de los Servicios en la atención a los Pacientes
 - Menor tiempo de espera
 - Espera mas cómoda
 - Presentación de campañas de marketing dinámico e información sobre servicios y productos
 - Percepción de tiempo de espera mas corto
- ❖ Medir para Mejorar
 - Supervisión en tiempo real de la gestión de los pacientes
 - Informes estadísticos de la gestión de pacientes

NEMO Q. IBÉRICA, S.A. PATROCINADOR PREFERENTE DE ACES



JAUME DURAN

Director general de la Fundació Sanitària de Mollet

«Hay que adecuar cada metro cuadrado a las necesidades que definimos».

El hospital que dirige se sitúa en la vanguardia ambiental por los sistemas de refrigeración por intercambio geotérmico, los techos radiantes, y la distribución del espacio, que favorece la luz natural, entre otras opciones. ¿Qué repercusión tiene todo esto en la gestión, en los trabajadores y en los pacientes?

De entrada, hay que decir que venimos de un hospital anterior donde la arquitectura y el diseño impedían una adecuación de los recursos a las prestaciones que se tenían que dar y ahora ya no es así. Los trabajadores han obtenido una distribución de los espacios adecuada a los procesos asistenciales. Hay una gran separación entre las zonas destinadas a los familiares y a los pacientes ambulatorios y los espacios de trabajo. Esto genera tranquilidad, evita las interferencias y preserva la intimidad. La entrada de luz natural en todo el centro beneficia trabajadores y pacientes, y el techo radiante, además de hacer una sensación de confort, aporta silencio.

Todos estos elementos encarecieron el coste de la obra. ¿Cree que con el tiempo serán factores de rentabilidad?

Sin duda. El ahorro anual derivado del uso del techo radiante y de la geotermia está entre los 250.000 € y los 300.000 €, lo que significa amortizar las inversiones en menos de siete años. Por otra parte, climatizar menos conlleva una reducción de las emisiones de CO₂, lo que nos ha permitido obtener certificaciones ambientales como las ISO 14000 y 50000.

¿La distribución de los espacios de trabajo también se traduce en un ahorro económico?

La disposición de los espacios de trabajo para procesos ha permitido que los equipos se agrupen por este criterio con responsables que identifican muy bien el flujo de pacientes, la cartera de servicios, las expectativas de los pacientes, etc. Son como microempresas dentro de la misma institución. Esto acaba generando un compromiso, ya que la gente cuida su espacio y su

proceso, y esto acaba repercutiendo en una mejora de la eficiencia económica de los procesos clínicos.

¿Cómo influyó la horizontalidad del edificio en la distribución de las diferentes funciones?

En razón de esta horizontalidad definimos, por ejemplo, que en la planta -2 habría todos los procesos de soporte no asistenciales: almacenes, cocinas, lavanderías, archivos. En la planta -1 los procesos de soporte asistencial: laboratorios, radiología, bloque quirúrgico, gabinetes exploratorios, urgencias, salas de partos. En la planta baja, por motivos de funcionalidad y ahorro energético, se ubicaron los servicios que tienen más flujo de pacientes: la parte ambulatoria, hospital de día, la consulta externa, la diálisis, las admisiones. En la primera planta están las camas de hospitalización.

Ha dicho «definimos», por lo tanto hubo una coparticipación entre los profesionales sanitarios y el gabinete de arquitectos.

Generalmente trabajan en ello arquitectos e ingenieros, pero en este caso nuestro juicio contó mucho desde el primer momento y terminó redefiniendo el proyecto. Las aportaciones de los profesionales de la sanidad ayudan mucho a entender qué es un flujo, que es ambulatorio, que es hospitalización, que es un servicio de apoyo. Durante el diseño fuimos adaptando algunos espacios a las diferentes funcionalidades

Un acercamiento bastante empírico ...

Efectivamente, mirando la realidad y rectificando en función de la observación de las necesidades

¿Cómo es el diálogo entre arquitectos y sanitarios?

No es un diálogo fácil, pero es necesario. Hay diferencias entre las profesiones pero también similitudes. Tienen en común, por ejemplo, que ambas tienen una parte científica y otra creativa. De todos modos, para que un arquitecto y un médico se entiendan necesitan un ingeniero, que haga de nexo de unión. La ingeniería es



una pieza clave del funcionamiento del hospital. El arquitecto interviene antes de que haya enfermos, pero una vez los enfermos están en el centro, hay que hablar con el ingeniero, porque todos los temas de climatización, de conductividad, de funcionalidad quirúrgica y de espacios críticos tienen que ver más con las instalaciones que con las estructuras. Para entender la complejidad de un hospital es necesario que hablen a fondo el arquitecto, el ingeniero y el profesional sanitario.

¿Cuál es la relación entre la estrategia de un centro y la arquitectura? ¿Es lo mismo en la sanidad privada que en la pública?

En el sector privado tiene mucha relevancia la estrategia de satisfacción de expectativas de los clientes, y de ahí el desarrollo de espacios para el cliente y sus familiares, espacios con atención individualizada y privacidad. En el ámbito público la gestión eficiente de los recursos debe medirse de acuerdo con lo que un país puede pagar. Todo lo que hacemos tiene un coste y, por tanto, hay que adecuar cada metro cuadrado a las nece-

«Las estructuras deben ser versátiles. Aquí tenemos naves de 15 metros que se pueden redividir, y techos altos para reconfigurar las instalaciones».

sidades que hemos definido. Normalmente, se ha tendido a definir las estrategias a partir de las estructuras que había, cuando debería ser todo lo contrario.

El centro que dirige está pensado para dar cobertura a 150.000 habitantes. ¿Si bajara la demanda, se podría reconvertir sin quedar obsoleto?

Las estructuras deben ser versátiles. Aquí tenemos naves de 15 metros que se pueden redividir, y tienen siempre un techo alto para que las instalaciones se puedan reconfigurar sin afectar el día a día asistencial. Estamos preparados para hacer esta readaptación funcional de cara a los próximos años. ■



GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN



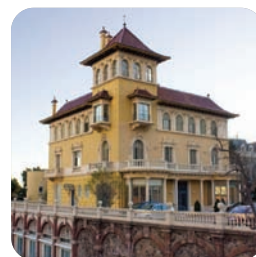
CLÍNICA DIAGONAL



CLÍNICA SAGRADA FAMILIA



CLÍNICA CORACHAN



CREU BLANCA

CINCO CENTROS COMENTAN SU EXPERIENCIA RECIENTE

Intervenciones arquitectónicas

1. *¿Qué intervenciones arquitectónicas ha realizado en su centro últimamente?*
2. *¿Qué objetivos persiguen estas intervenciones?*
3. *¿Qué puede aportar la buena arquitectura a un centro sanitario?*



BARTOLOMÉ MARTÍNEZ JOVER / Gerente territorial de Grupo Hospitalario Quirón

1. Algunas de las mejoras que hemos llevado a cabo en los últimos meses en los centros del Grupo Hospitalario Quirón en Barcelona han sido la ampliación del servicio de urgencias del Hospital Quirón Barcelona y la ampliación de las áreas de hospitalización, tanto en el Hospital Quirón Barcelona como en el Hospital Universitario Quirón Dexeus.

2. El aumento sostenido de la demanda por parte de los pacientes nos obliga a incrementar nuestra capacidad. Esto lo hemos aprovechado para mejorar los circuitos y procedimientos de atención, partiendo de la experiencia previa, adaptándonos a las nuevas necesidades detectadas, aportando nuevos elementos tecnológicos cuando ha sido necesario.

3. La arquitectura de un centro sanitario es el esqueleto sobre el que se sustenta el resto de la organización. Un esqueleto bien diseñado, bien construido y bien mantenido permite que la actividad se realice de la manera más



eficiente, sin disfuncionalidades innecesarias y costosas. Pero del mismo modo que no hay un único esqueleto válido para todos los seres vivos, hay que buscar la arquitectura óptima para cada centro, según sus objetivos. ■



GONÇAL LLOVERAS / Director general de Clínica Diagonal

1. Este centro se inauguró hace apenas tres años. En el último año hemos creado la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) y cuatro nuevos consultorios. Actualmente estamos construyendo dos quirófanos de Cirugía menor Ambulatoria (CMA) y ampliando la Unidad de Oftalmología.

2. La UCSI y los nuevos quirófanos de CMA tienen el objetivo de ganar en eficacia y reducir costes en las intervenciones quirúrgicas. Las nuevas consultas y la nueva Unidad de Oftalmología se han construido por una demanda creciente de estos servicios.

3. La buena arquitectura aporta circuitos más ágiles y eficientes, y mucha más comodidad a los usuarios. ■



BARCELONA

BAGES

OSONA

LLEIDA



SOLUCIONS TECNOLÒGIQUES

Software ERP/CRM
Gestió documental

Serveis gestionats
d'impressió i de
seguretat

Gestió integral
Seguretat
informàtica

SOLUCIONS PER A OFICINES

Material d'oficina
Consumibles
d'impressió

Mobiliari d'oficina
Papereria

Segells
Retolacions
i marcatges

T/ 93 877 03 03 — www.controlsistemas.com



sage



SONICWALL

Docuware

COMPUTER|DOS

MAKRO PAPER



JOSEP LLABERIA / Gerente y director médico de Clínica Sagrada Família

1. Hemos actualizado nuestros espacios adecuándolos a la normativa vigente PAU (Plan de autoprotección), con lo que hemos conseguido una buena optimización y adecuación a la actividad de nuestro centro.

2. Los objetivos que perseguíamos con estas intervenciones contemplaban una mejora tecnológica y asistencial con los avances más innovadores, lo que nos ha permitido conseguir unas unidades asistenciales más funcionales y una atención al paciente de mayor calidad.

3. Pienso que con la buena arquitectura de un centro sanitario se puede optimizar el espacio y esto conlleva la mejora considerable de la logística y de los tráns-



sitos para dar agilidad y funcionalidad al servicio asistencial. ■



JORDI RIERA / Gerente de Clínica Corachan

1. En 2014, la Clínica Corachan ha inaugurado una superficie de 12.995 m² (ahora el complejo hospitalario ocupa un total de 40.000 m²) y unas instalaciones de vanguardia de alta tecnología, con nuevos quirófanos integrados, una nueva área de producción de material estéril, una nueva área obstétrica con dos quirófanos integrados y cuatro salas de parto (una para partos naturales), y un nuevo servicio de urgencias completamente equipado con áreas separadas para adultos y niños. También se ha ampliado el número de habitaciones, todas con un diseño más confortable, y de plazas de parking, más amplias. Asimismo, se ha modernizado el servicio de diagnóstico por la imagen y se ha adquirido una nueva resonancia magnética de altísimas prestaciones. Finalmente, se han reubicado y modernizado servicios generales centrales tales como cocinas, restaurante, farmacia, archivos y almacenes.

2. Hay que conseguir instalaciones quirúrgicas de primer nivel, habitaciones confortables, una racionalización de los circuitos internos y externos, la mejora de la comunicación y la accesibilidad y la sostenibilidad energética. Modernidad y confort deben estar al servicio de la mejor asistencia médica.



3. Unas instalaciones funcionales mejoran la accesibilidad, la seguridad y la movilidad de los pacientes, facilitan el trabajo de los profesionales, optimizan los circuitos, maximizan la eficiencia asistencial y pueden significar un ahorro energético. Además, elementos como la luz natural o la disposición de los espacios influyen en el confort, el bienestar y la recuperación de los pacientes. ■



ENRIQUETA ALOMAR / Directora médica de Creu Blanca

1. A principios de 2014 se llevó a cabo una primera fase de ampliación de la Unidad Quirúrgica y el Hospital de Día. Se han habilitado 22 boxes, y se han ampliado las salas exploratorias. En una segunda fase, se han construido dos quirófanos equipados con la máxima tecnología, que se suman a los dos existentes y a los dos ambulatorios.

2. El objetivo es potenciar la Unidad Quirúrgica ya que hasta ahora se nos conocía como especialistas en diagnóstico por la imagen, donde hemos sido pioneros con la adquisición continua de nuevos equipos. Dentro de la evolución de nuestra empresa, la ampliación y modernización de esta unidad era la asignatura pendiente.

3. Una buena arquitectura permite mejorar la calidad, la agilidad y la funcionalidad en la rutina diaria, lo cual es



muy importante sobre todo en unidades quirúrgicas. Aunque los espacios se deben habilitar para las necesidades sanitarias, no se debe renunciar a que sean visualmente atractivos y modernos. ■

SISEMED

Serveis Integrals de Suport a la Electromedicina
liderem l'oferta de serveis en gestió d'equipament biomèdic, podent actuar en tot el cicle de vida dels equips.

CUIDEM EQUIPS

CUIDEM PERSONES



www.sisemed.com

SERVEI D'ELECTROMEDICINA

Manteniment d'equips mèdics, radiologia i revisions de baixa tensió, amb cobertura nacional i 24x7.

ATENCIÓ A L'USUARI

Un únic punt de contacte per a totes les sol·licituds d'atenció i suport.

OFICINA TÈCNICA D'ENGINYERIA DE MANTENIMENT

Assessorem als nostres clients en tot el relacionat amb la tecnologia mèdica: gestió del servei de manteniment, pla d'equipament, retirada d'equips, etc.



COSTAISA GROUP

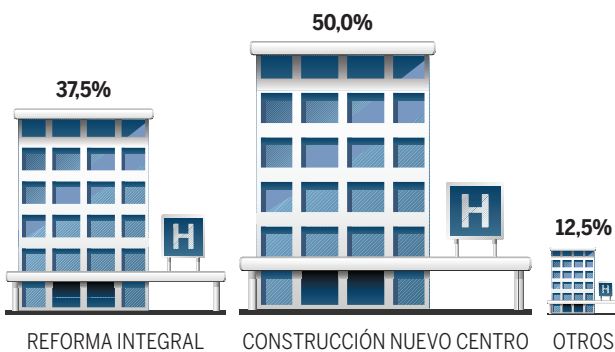
Tres cuestiones para los asociados

ACESInfo ha llevado a cabo una pequeña encuesta entre los socios, a través de tres preguntas, para captar su visión sobre la relación entre la arquitectura y sus respectivos centros.

¿CONSTRUCCIÓN O REFORMA?

Si tuviera la necesidad de reestructurar a fondo su centro preferiría optar por:

- a) Una reforma integral
- b) La construcción de un nuevo centro
- c) Otros.



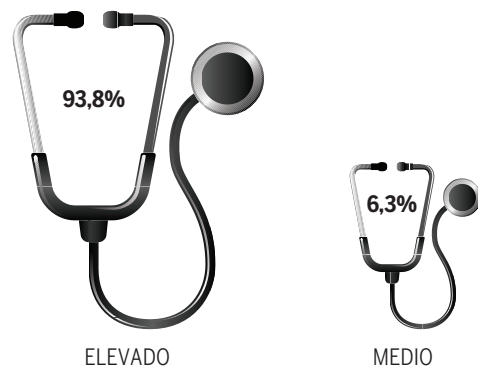
En este caso la construcción de un nuevo centro ha sido la opción más escogida. Los que han elegido *otros* como respuesta han aludido a que la decisión debería tomarse en función del coste de la reforma o construcción, y también teniendo en cuenta factores como la ubicación, la modificación de la cartera de servicios, y las perspectivas de incremento de actividad o de inversión.

ARQUITECTURA Y GESTIÓN

¿Qué grado de relación cree que existe entre la arquitectura de un centro sanitario y la gestión del centro?

- a) Elevado
- b) Medio
- c) Bajo

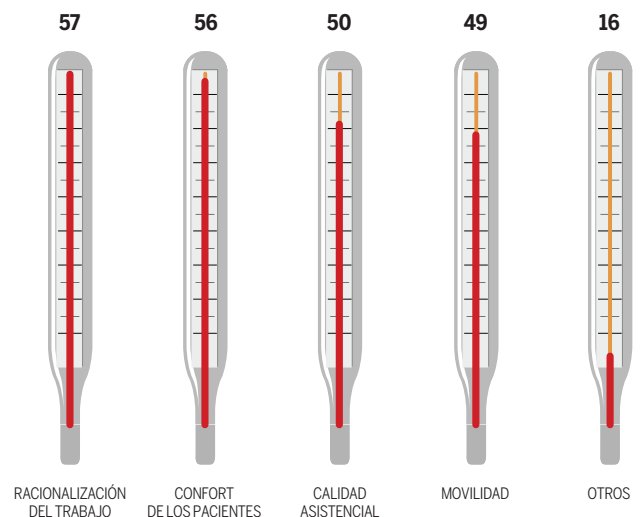
Una abrumadora mayoría ha elegido la primera opción y nadie ha mencionado la tercera.



¿CÓMO INFLUYE LA ARQUITECTURA EN UN CENTRO?

¿En cuáles de los siguientes aspectos piensa que influye más la arquitectura y el diseño interior de un centro sanitario? Calidad asistencial / Confort de los pacientes / Racionalización del trabajo / Movilidad / Otros (ordenarlos de más influencia a menos)

Las respuestas obtenidas se han baremado según la posición otorgada. Así, a cada respuesta dada en primer lugar se le han otorgado 5 puntos, en segundo lugar, 4 puntos, en tercer lugar, 3 puntos, en cuarto lugar, 2 puntos y en quinto lugar 1 punto. El gráfico recoge el total de puntos que ha obtenido cada una de las opciones planteadas.





VICTOR SAIGÓ / Profesor de Estudios de Ciencias de la Salud de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

¿Cómo afecta y afectará en el futuro el desarrollo de las TIC a la arquitectura de los centros sanitarios?

La actividad en el ámbito de la salud se caracteriza por ser una actividad intensiva en el manejo de información y la generación de conocimiento. La comunicación entre colegas y el trabajo colaborativo son dos elementos característicos de la actividad de los profesionales, que cada vez más se fundamenta en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Y es que las TIC se han revelado como el activo estratégico que permite transformar la provisión de la asistencia hacia modelos organizativos postulados desde hace tiempo e inviables hasta ahora, como la atención centrada en el usuario, el *continuum* asistencial, la gestión de la enfermedad, etc., y vislumbrar un tratamiento integrado, globalizador y continuo de todo el proceso de atención sanitaria. Modelos de Historia Clínica Compartida, carpetas personales de salud, centros hospitalarios digitales, hospitalización prolongada a domicilio, robotización para cirugías a distancia y endoscopias virtuales son ejemplos resultantes de esta transformación, y una realidad actual. Así, la telemedicina, impulsada por la convergencia entre la rápida expansión de las TIC y la revolución en la atención de la salud, promoverá los diferentes modelos tecnológicos de colaboración entre los diferentes agentes y entidades que intervienen, atendiendo a los retos que los cambios socioeconómicos plantean a los sistemas de salud del siglo XXI.

Además, las nuevas técnicas de manipulación y análisis de grandes cantidades de datos, *big data*, pueden facilitar nuevas perspectivas sobre los datos clínicos. Las aplicaciones del procesamiento de estos datos son amplias y revertirán en la optimización de la gestión sanitaria: un mapa de localización de la actividad de servicios y centros en tiempo real permitirá detectar oportunidades y replantear la actividad asistencial en función de la demanda.



«La aplicación de las TIC revertirá en un cambio notable en el diseño de los centros asistenciales»

Los sistemas de localización en tiempo real (RTLS) son sistemas locales en un edificio, o conjunto de éstos, para la identificación y el seguimiento de bienes o personas. La aplicación en el entorno hospitalario es adecuada para el seguimiento o localización de pacientes y la gestión de equipos médicos de elevado precio.

Está claro que en un entorno donde la infraestructura es un factor cada vez más importante la aplicación de las TIC revertirá en un cambio notable en el diseño de los centros asistenciales. Además de la participación activa de los arquitectos, será necesario que en el proceso de modelización participen otros profesionales que con un enfoque globalizador garanticen las respuestas a las necesidades latentes con el fin de mantener los centros asistenciales competitivos desde el punto de vista estructural y adaptados de manera modular a la función que deben desempeñar. ■

MONTSERRAT VÉLEZ, RESPONSABLE DEL ÁREA SANITARIA DE TÜV RHEILAND

Profesionales de la salud con certificado y sensibilidad



Llegar y sentirse en buenas manos, lo que los clientes experimentan en las organizaciones sanitarias.

El secreto del éxito: gran calidad con un servicio personalizado y competente, comprobado y documentado por los especialistas independientes de TÜV Rheinland, expertos en el sector sanitario.

Las expectativas de los clientes cuando eligen una organización sanitaria es estar bien atendidos y con la máxima calidad de servicio, por lo que las organizaciones deben ser eficientes y eficaces con el mayor activo que tienen: EL CLIENTE. Conseguir y mantener este objetivo sólo depende de un sistema de gestión eficaz. TÜV Rheinland ha establecido protocolos reconocidos internacionalmente con los que los proveedores de servicios sanitarios pueden documentar de forma fiable su calidad para obtener una clara ventaja competitiva a la hora de atraer clientes y maximizar su eficacia.

TÜV Rheinland es especialista en Certificación de Sistemas, sus auditores son Licenciados o Diplomados en Ciencias de la Salud, con una experiencia mínima de 3 años en el área que auditar. Nuestras auditorías se distinguen por desarrollarse en un clima confortable para todas las partes, en la que se intenta siempre encontrar puntos de mejora alcanzables para el cliente.

Por ello, actuamos como copartícipes creando paquetes completos de servicios con los que usted podrá ofrecer a sus clientes una buena calidad constante, afianzando al mismo tiempo la seguridad y la eficacia.

Todo el mundo conoce los estándares mundialmente reconocidos como ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, Modelo EFQM, etc, pero hay certificaciones específicas para valorar la calidad de servicio:

- **UNE 179001**, centros y servicios odontológicos.
- **UNE 179002**, empresas de transporte sanitario.
- **UNE 179003**, gestión de riesgos para la seguridad del paciente.
- **UNE 179006**, sistema para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en los hospitales.
- **UNE 179007**, laboratorios de centros de reproducción humana asistida.

La atención a las personas en dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. Por ello TÜV Rheinland, con el objetivo de regular las condiciones básicas que garanticen la atención a las personas en situación de dependencia, audita y certifica los centros y servicios que promueven esta autonomía según las normas:

- **UNE 158101**, gestión de los centros residenciales.
- **UNE 158201**, gestión de centros de día y noche.
- **UNE 158301**, gestión de servicios de ayuda a domicilio.
- **UNE 158401**, gestión de servicios de teleasistencia.

No sólo somos expertos en los estándares ya conocidos y establecidos, sino que vamos más allá con inspecciones in situ como el **Mystery Check**. Nuestros auditores de incógnito someterán su organiza-

ción a prueba, desde el punto de vista del cliente, de acuerdo con los criterios acordados previamente. Le preparamos una valoración personalizada con sugerencias concretas sobre posibles mejoras.

No nos podemos olvidar de leyes de obligado cumplimiento como es la **LIS-MI**. Disponemos de la única certificación internacional independiente, **Dis-Cert**, que reconoce el compromiso y la excelencia de las organizaciones en el cumplimiento de esta ley. En esta línea certificamos políticas corporativas responsables como SA8000, SGE21, Gestión Sostenible, Memorias GRI, etc.

Cada día es más común en las organizaciones sanitarias disponer de los históricos clínicos digitalizados. Por ello, es importante tener un sistema que controle los potenciales riesgos de pérdida de datos. Con los estándares de la ISO 27001 y la ISO 20001 garantizamos la minimización del riesgo y la mejora del sistema de gestión.

A pesar de la coyuntura económica actual, las organizaciones siguen creyendo en la investigación. Para todas aquellas que apuestan por la innovación, TÜV Rheinland certifica proyectos de I + D + i, que les proporcionarán ventajosas deducciones fiscales.

NOS APASIONAN LOS DETALLES, PÓNGANOS A PRUEBA

TÜV Rheinland desarrolla, facilita, inspecciona y certifica en todo el mundo. Lo miramos todo con exactitud, hasta el último detalle. Al fin y al cabo, a menudo son los detalles que tienen un papel decisivo para una mayor seguridad y calidad y para el éxito en general.

Sin embargo, hay algo más: políticas corporativas sostenibles y un manejo responsable de los recursos. Los principios del Global Compact de las Naciones Unidas también son nuestros preceptos para un futuro mejor.



TÜV Rheinland desarrolla su portafolio en el ámbito de la seguridad industrial pudiendo actuar en todas las fases de un proyecto, garantizando en todo momento la seguridad de las instalaciones y de las personas, a través de la inspección y el control.

En el marco de las inspecciones reglamentarias de instalaciones industriales, TÜV Rheinland se encuentra acreditada por ENAC para actuar como Organismo de Control Autorizado (OCA), y está habilitado para la realización de inspecciones iniciales y periódicas sobre los siguientes tipos de instalaciones:

- **Baja y Alta Tensión**
- **Instalaciones térmicas**
- **Ascensores**
- **Equipos a presión**
- **Instalaciones petrolíferas**

TÜV Rheinland, como herramienta complementaria al portafolio de servicios, dispone de una aplicación web llamada TÜV Rheinland Inspection Portal (TRIP), que nace de la demanda de los clientes, administraciones y empresas relacionadas respecto a la necesidad de gestionar las inspecciones de sus instalaciones, a través de una tecnología que les permita el seguimiento de cualquier información relacionada, desde cualquier punto geográfico y a cualquier hora.

La aplicación permite gestionar e informar sobre las próximas inspecciones obligatorias y verificaciones voluntarias. Esta información se hace desde la misma aplicación y vía e-mail según la configuración del cliente.

FORMAMOS Y CALIFICAMOS. CONFIE EN UN PROVEEDOR DE FORMACIÓN RECONOCIDO INTERNACIONALMENTE.

Afronte los retos de la vida laboral actual gracias a nuestra gama de servicios:

- **Conceptos desarrollados a medida**
- **Formación técnica y profesional**
- **Certificación de personas**
- **Gestión de planes formativos**
- **Plataforma e-learning**

Las ventajas:

Asegúrense de que su empresa compite en lo más alto.



Interoperabilidad: reto y oportunidad

El pasado mes de julio la Clínica Sagrada Familia acogió un workshop sobre interoperabilidad organizado por ACES con la colaboración de Intersystems. La jornada puso de relieve las repercusiones positivas que tiene para las empresas avanzar hacia este objetivo.



La presidenta de ACES, Cristina Contel, destacó que «el futuro de nuestras entidades pasa por el conocimiento». También agradeció a los asistentes su presencia en la jornada y a Intersystems su contribución al workshop. A continuación, Lluís Monset, director general de ACES, y Frederic Llordachs, responsable de eHealth de la asociación, intercambiaron reflexiones sobre el origen y la evolución de la Historia Clínica (HC). Lluís Monset repasó las dificultades persistentes para poner de acuerdo a diferentes instancias en la manera de organizar la información del HC. Frederic Llordachs dijo que la tecnología ya está preparada para intercambiar y compartir todo tipo de información sanitaria, pero recordó que todavía hay que superar obstáculos legales y organizativos.

«La información debe fluir y para que lo haga de manera útil es imprescindible la interoperabilidad»

Joan Guanyabens, director IT Health de PWC, habló sobre la relación entre interoperabilidad y salud destacando que «los ejes de un mejor servicio sanitario son más precisión y más personalización, y esto es posible con la información». Guanyabens precisó que «todo el mundo tiene una parte de la información y nadie la tiene toda, por ello esta información debe fluir y para que lo haga de manera útil es imprescindible la interoperabilidad». También remarcó que no se puede imponer un sistema único de interoperabilidad, pero sí unos estándares que hagan interoperables sistemas diferentes y que sean utilizados por usuarios y profesionales.



GESTIÓN CLÍNICA INTEGRADA

Josep Solé, *account manager* de Intersystems, presentó los beneficios que reporta a los centros, pero también a los usuarios y proveedores, la interoperabilidad estratégica desarrollada por la compañía. Esta herramienta informática –Healthshare– permite conectar todos los datos y sistemas y posibilita el intercambio eficiente de informa-



ción sanitaria. Destaca su adaptabilidad con opciones flexibles de utilización tanto respecto a las necesidades actuales como las futuras. También sirve de instrumento de análisis a partir de los datos recogidos y en este sentido proporciona una base para la toma de decisiones. ■



WiFIS

En el transcurso del workshop Domingo Barrabés, IT manager del Consorcio Sanitario del Maresme y la Selva, y Rubén del Pozo, director de sistemas de información de CETIR Grupo Médico, presentaron el sistema de interoperabilidad público-WiFIS, que ha sido el resultado de la tarea de un grupo de trabajo formado por diferentes agentes, entre ellos Intersystems. El sistema, ya operativo, ha aportado agilidad al servicio y a la gestión, y ha significado un ahorro en mantenimiento.

La interoperabilidad para coordinar todos los servicios asistenciales a los pacientes



Ofrecemos una plataforma para la Interoperabilidad Estratégica

Nuestra tecnología es clave si desea realizar innovaciones en iniciativas estratégicas como la coordinación de la atención sanitaria, la gestión de la salud de la población y el compromiso con las comunidades de pacientes y médicos.

Añada nuestra plataforma de HealthShare a su HCE

InterSystems HealthShare® le ofrece la posibilidad de enlazar a todas las personas, los procesos y los sistemas, además de agregar, analizar y compartir todos los datos de los pacientes. Con HealthShare, los médicos y los administradores podrán tomar decisiones basadas en registros completos e información de análisis en tiempo real.

INTERSYSTEMS®

InterSystems.es/sanidad

© 2014 InterSystems Corporation. Todos los derechos reservados. InterSystems e InterSystems Healthshare son marcas comerciales de InterSystems Corporation.



ROSA BAYOT / Coordinadora formación Ultraia / Aces

Arquitectura de las organizaciones y formación continua

Seguro que cuando han leído el título muchos lectores habrán pensado que escribía sobre la formación continua de los arquitectos y tal vez se han sorprendido de que desde ACES nos refiriéramos a la formación de estos profesionales. ¿Y si no es así? ¿Y si estamos hablando de la formación continua en la sanidad?

Si buscamos la definición de arquitectura, encontramos que es el arte de proyectar o construir edificios y otras estructuras físicas. En esta definición también podemos incluir el diseño de cualquier ambiente o entorno construido. Es una de las seis bellas artes.

Para ser sólido, para poder mantener su estructura, un edificio necesita unos pilares, unas paredes maestras que tengan un equilibrio y que hagan posible que una vez terminada la estructura aquel que la contemple vea una unidad, una figura con formas interrelacionadas ... Según como haya sido creada, no se visualizarán los pilares que lo sostienen, aunque sean grandes columnas; otras veces, será lo que resaltará más de la construcción... También hay edificios sostenidos por columnas de apariencia frágil, pero con una solidez y fortaleza que dan carácter a la obra final!

Pero, para llegar a la obra final, hay que entretrejer estos pilares, decidir cuántas habitaciones y cuántas ventanas serán necesarias, se deberá diseñar el ambiente, decidir qué colores son los más adecuados, cuáles son las líneas que la harán única! Como escriben M. Mercè Conangla y Jaume Soler en su libro *Ecología emocional per al nou mil·lenni*: «Y para continuar esta obra, hay que tener claro el modelo, una especie de plano que indique el sentido de cada nota, de cada pincelada, de cada trazo. Hay que distinguir las líneas de continuidad que la hacen única. Cuando vemos las líneas de continuidad encontramos el sentido ».

Hagamos ahora el paralelismo de una obra de arte (edificio, pintura, escultura, etc.) con los centros de salud. Hay que tener un modelo claro, seguir un plan estratégico, diseñar las líneas que darán sentido al objetivo final, que es cuidar de las personas, con los mejores profesionales y con tantos

avances científicos como se tengan al alcance. Creo firmemente que el instrumento que facilita, que crea puentes entre las diversas líneas que se entretrejen para hacer posible que el plan estratégico, que el modelo se consolide, es la formación continua. Si no hay ningún vehículo que una, no se puede visualizar un edificio con un único sentido, con un único objetivo, sino lo que se visualiza son las casetas en las que, a medida que se necesita más espacio, se van sumando añadidos, sin ninguna armonía entre ellas.

Hagamos entonces como los arquitectos, como los artistas. Creemos una obra con sentido compartido, y usemos la formación continua para crear vínculos y dotar al proyecto de conocimiento y solidez.

.....

CURSO PRÁCTICO PARA ATENDER A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LOS CENTROS SANITARIOS Y SOCIO SANITARIOS

¿Tenemos Las herramientas para atender correctamente a las personas con discapacidad intelectual? Cuando las atendemos en los servicios de urgencias o en las consultas, ¿conocemos sus especificidades para poder ofrecer una atención integral y resolver satisfactoriamente el problema de salud?

EQUIPO DOCENTE CON GRAN EXPERIENCIA CON EL SECTOR

Calendario:

- Jueves 23 de octubre de 10:00 h a 13:00 h
- Jueves 30 de octubre de 10:00 a 14:00 h
- Jueves 6 de noviembre de 10:00 a 13:00h

.....

TALLER PARA DIRECTORES Y TÉCNICOS DE RECURSOS HUMANOS: VAMOS A COMPARTIR Y RESOLVER DUDAS EN MANOS DE EXPERTOS

- La Prestación de servicios profesionales de los médicos y otros profesionales sanitarios.
- ¿Cuál es tu rasgo de personalidad? identifica los diversos rasgos de personalidad para mejorar el trabajo en equipo.
- Contratos Laborales: especificidades y cláusulas.

Calendario:

- Miércoles 5 de noviembre
- Miércoles 3 de diciembre

DEMANDA CONTRA EL MODELO BARNACLÍNIC

▶ ACES demandó el pasado mes de mayo al Hospital Clínic de Barcelona y a Barnaclínic, el brazo privado de este centro, por utilización y aprovechamiento de recursos públicos -humanos y materiales- con el fin de desarrollar actividad sanitaria privada e incurrir supuestamente en actos de «competencia desleal». La demanda fue presentada ante el juzgado mercantil número 7 de Barcelona, donde fue admitida a trámite.



En la demanda se destaca que Barnaclínic utiliza la imagen y la marca de prestigio del Hospital Clínic y se aprovecha de ello para captar pacientes, tanto del sistema público como de otras procedencias, para ofrecer actividad asistencial privada, beneficiándose de los recursos públicos que todos los ciudadanos pagan vía impuestos. La presidenta de ACES, Cristina Contel, aclaró que la demanda «no es en ningún caso un ataque contra el Hospital Clínic, institución que respetamos por su excelencia y prestigio, pero sí contra un modelo de gestión que lesiona los intereses de las entidades sanitarias privadas que representamos». ■

JORNADA TECNOLÓGICA

▶ El 27 de noviembre se celebrará en el auditorio de la Clínica Planas, en Barcelona, la jornada *Novedades tecnológicas aplicadas a la sanidad: una ventana al futuro*. ACES organiza esta jornada para mostrar las opciones más innovadoras en tecnología y para debatir cómo cambiará el modo en que se proveen y se reciben los servicios sanitarios con la irrupción de nuevas aplicaciones en los próximos años. ■

NUEVO ACUERDO Y RENOVACIÓN

▶ ACES ha firmado un acuerdo con Doctoralia por el que esta compañía se convierte en patrocinador de ACES. Doctoralia, empresa fundada en 2007 por un equipo con años de experiencia en el ámbito de la salud e Internet, tiene como objetivo ayudar a encontrar profesionales y centros de salud y concertar visita, actividad en la que se ha convertido en un referente.

Control Sistemas, empresa dedicada a la distribución de software, soluciones de impresión y venta de material de oficina y mobiliario, ha renovado el acuerdo de patrocinio con ACES. Esto permitirá a los asociados de ACES seguir disfrutando de condiciones ventajosas en todos los productos y servicios que ofrece Control Sistemas. ■

Experiència + Valors = RESULTATS



**Compromís, integritat,
rigor i determinació.**

Consultoria especialitzada en la gestió i el desenvolupament d'organitzacions, amb més de 15 anys d'experiència implementant solucions al servei dels resultats.

 **comtec**

Consultoria d'estrategia, sistemes i operacions.

www.comtecquality.com

CLÍNICA CORACHAN

Entrega de becas de la fundación



► La Fundación Clínica Corachan celebró a principios de verano el acto de entrega de las becas para posgraduados en grado de enfermería, en un acto encabezado por el presidente de la fundación, Javier Moll, y celebrado en el auditorio de la Clínica. El programa de becas ha premiado a los alumnos de las escuelas que realizan la formación práctica en Clínica Corachan que han destacado por los méritos académicos durante la promoción de 2010. La dotación es de 2.000 € por beca y contribuye económicamente a financiar una parte de los estudios de posgrado / máster en alguna de los vertientes de ciencias de la salud. El presidente de la Fundación, Javier Moll; el patrón delegado, Enric Vallvé, y los patronos Arantxa Moll y Joan Sancho entregaron las becas a los alumnos siguientes: Soukaina Buisalman, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Bienestar de Vic; Francisco Miranda, de la Escuela Universitaria de Enfermera Gimbernat; Patricia González, de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, y Tania Vela, del Campus Docente de Sant Joan de Déu. La beca que correspondía a la Escuela Superior de Enfermería del Mar, adscrita a la Universidad Pompeu Fabra, quedó desierta. El acto contó con la participación de Mercè Conangle, enfermera, psicóloga y experta en salud emocional, que impartió una conferencia sobre cómo cuidar las emociones para poder aportar talento al servicio de los pacientes. ■

CRUZ BLANCA

Adquisición del TAC Aquilion Vision

► Cruz Blanca ha adquirido el TAC Aquilion Vision, que está considerado el TAC más avanzado del mercado y el primero de estas características de todo el Estado. En 2010 Creu Blanca ya fue pionera en España con la adquisición del Aquilion One, predecesor del Vision. Si hasta ahora el Aquilion One permitía llevar a cabo 320 cortes/imágenes de un órgano, con este nuevo escáner se pueden capturar 640, cubriendo 16 cm en una sola rotación, con cortes de 0,5 mm (los más delgados que puede conseguir un escáner). Por otra parte, la potencia que tiene permite realizar estudios con menos irradiación. Además, el tubo tiene un orificio de 78 cm de cabida, lo que permite que pacientes muy obesos puedan someterse a estudios sin ningún problema. ■



HOSPITAL EVANGÈLIC

Nuevo equipamiento de Diagnóstico por la Imagen

► El Hospital Evangèlic ha realizado una importante inversión para que el servicio de radiología disponga de la tecnología digital para ofrecer unos servicios asistenciales modernos y de calidad tanto para los pacientes ingresados como para las mutuas. Con esta nueva adquisición se completan la renovación y modernización de la unidad de Diagnóstico por la Imagen recogidas en el Plan estratégico del centro, y ahora la unidad ya dispone de ecografía de alta resolución, mamografía y radiología convencional digitalizadas.

Renovación de la web

Por otra parte, la página web del centro, que ya tiene más de 1.000 visitas mensuales, ha sido objeto de renovación, por lo que está preparada para ser visualizada desde cualquier soporte, reconociendo si el usuario está utilizando un ordenador, una tableta o un teléfono inteligente. El cambio ha permitido mantener y a la vez modernizar la línea de diseño corporativo, así como ofrecer una navegación sencilla e intuitiva. ■





**Treballem per a la qualitat, sostenibilitat i
seguretat seva i dels seus clients**

**Certificació de Sistemes de Gestió
Inspecció i Control Industrial
Inspecció i Control Ambiental
Certificació de Productes
Formació i Certificació de Persones**



www.tuv.es / 93.478.11.31 / info@es.tuv.com





Comertel

alimentación colectiva

SERVEI INTEGRAL D'ALIMENTACIÓ A CENTRES SANITARIS:

- Gestió de cuines in situ.
- Desenvolupament i finançament de projectes d'instal·lacions.
 - Gestió de cafeteries.
 - Transformacions de cuines in situ en línia freda.
- Plans de viabilitat, requeriments tècnics i legals, sinergies de plantilles de personal, etc.
 - Cuina central pròpia en línia freda.



Delegació Barcelona
Tel. 93 477 64 16

Delegació Lleida
Tel. 973 225 503

Delegació Andalusia-Extremadura
Tel. 955 98 65 45

Delegació València
Tel. 96 124 31 84

info@comertel.es

www.comertel.es