

IMAS

Instituto para la Mejora
de la Asistencia Sanitaria



Memoria anual
2020





Memoria anual
2020
Fundación IMAS

Índice

Carta del presidente

P. 8

01 Gobernanza

P. 11

PATRONATO

P. 11

PERSONAL DE LA FUNDACIÓN

P. 13

02 Formación

P. 15

CÁTEDRA FUNDACIÓN IMAS - UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS EN FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

P. 16

CAMPUS IMAS

P. 17

CURSOS ACTIVOS

P. 18

FORMACIÓN: OBJETIVOS A FUTURO

P. 19

03 Investigación

P. 21

PROYECTOS CON LA FUNDACIÓN INTERHOSPITALARIA PARA LA INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR (FIC)

P. 22

PROYECTOS CON LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

P. 26

ARTÍCULOS Y COMUNICACIONES A CONGRESOS PUBLICADOS EN 2020

P. 30

GEIDIS

P. 34

INVESTIGACIÓN: OBJETIVOS A FUTURO

P. 35

04 Gestión sanitaria y calidad

P. 37

PROYECTO DE INDICADORES DE DESEMPEÑO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

P. 37

LOS PROFESIONALES SANITARIOS FRENTE A LA COVID-19. LA REFORMA NECESARIA DE SISTEMA NACIONAL DE SALUD

P. 37

ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

P. 40

CONSENSO "POR UN SISTEMA SANITARIO DEL SIGLO XXI"

P. 42

SEMI - EXCELENTE

P. 44

GESTIÓN Y CALIDAD: RETOS A FUTURO

P. 45

05 Comunicación

P. 47

EVENTOS

P. 47

NOTAS DE PRENSA

P. 49

PÁGINAS WEB

P. 51

REDES SOCIALES

P. 51

BOLETÍN

P. 53

RETOS COMUNICACIÓN 2021-2022

P. 53

06 Balance económico

P. 55

Carta del Presidente



El año 2020 quedará marcado en los libros de Historia como el año en el que se desató la pandemia por el virus SARS-CoV-2. Este coronavirus obligó al confinamiento de buena parte de la población mundial. Se dice que el virus “paralizó el mundo” pero hubo sectores de la población que estuvieron más activos que nunca. Entre ellos, destaca sin lugar a dudas el sanitario.

“ Esta crisis ha puesto de manifiesto una obviedad: sin salud no hay nada. Y señaló la importancia de la Sanidad para que la sociedad funcione. Pero, entre todas las cuestiones que esta experiencia nos ha mostrado, querría destacar la gran capacidad de adaptación y entrega de los profesionales sanitarios. ”

Desde la Fundación IMAS llevamos años señalando la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud para adaptarlo a las características de la población con los recursos y tecnología actuales. También desde nuestra constitución hemos reclamado una mayor autonomía de los profesionales para organizar y gestionar los recursos. Pues bien, en el momento en que el sistema colapsó y los hospitales se inundaron de pacientes -muy graves y complejos-, los profesionales supieron de manera asombrosamente veloz y eficiente, adaptarse y adaptar sus centros para poder atender a esta nueva enfermedad.

El presidente del gobierno anunció una Comisión para la Reconstrucción Social y Económica tras la pandemia pero, una vez más, se olvidaba de los profesionales sanitarios y los pacientes. Entre las actividades que hemos desarrollado en este fatídico 2020 ha sido preguntar a los profesionales cómo han vivido la pandemia en sus centros de trabajo y conocer sus propuestas de mejora.

Con 2.500 respuestas, la encuesta señaló que lo que mejor había funcionado como respuesta a la crisis había sido la actuación de los profesionales sanitarios, así como la capacidad para auto-organizarse, el trabajo en equipos multidisciplinares y la teleasistencia. Todas estas cuestiones ya habían sido señaladas en el documento del Hospital del Futuro que IMAS había publicado el año precedente y en el que en 2020 hemos seguido trabajando.

La experiencia de la pandemia podría ser la oportunidad perfecta para abordar todas estas cuestiones, así como de dar voz de una vez por todas a los verdaderos protagonistas: los pacientes y profesionales sanitarios. Y, aunque existen resistencias notables al cambio, nosotros seguiremos insistiendo en la necesidad de transformar el sistema sanitario.

Quería también aprovechar la oportunidad para agradecer a nuestros colaboradores: a los investigadores -algunos de los cuales han ampliado su marco de interés para averiguar más sobre la COVID (como el Proyecto HOPE COVID19)-, a los alumnos y docentes de nuestros cursos, a los patronos y demás aliados de la Fundación, el esfuerzo realizado este año. A pesar de que casi todos desempeñan actividad asistencial -con la sobrecarga inducida por la pandemia, de exigencia y desgaste vividos-, las actividades de IMAS en todas las áreas han logrado continuar en su mayor parte. Algunos frutos de todo ese esfuerzo se recogen en esta Memoria Anual de Actividades de 2020.

Un abrazo afectuoso,

Carlos Macaya de Miguel,
Presidente de la Fundación IMAS



01 Gobernanza

1.1. PATRONATO

El Patronato de IMAS establece la dirección estratégica de la organización, evalúa y diseña los proyectos a desarrollar, supervisa las cuentas y toma todo tipo de decisiones que competen a la entidad. Está presidido por el Dr. Carlos Macaya de Miguel, jefe del servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos y Presidente de la Fundación Española del Corazón, y está compuesto por representantes de distintas sociedades sanitarias sí como otras personalidades desatacadas relacionadas con el ámbito sanitario.

En 2020 se adhieren al patronato Carina Escobar, presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) y M^a Luz López-Carrasco, presidenta de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN). Con estas dos incorporaciones, IMAS da voz en el seno de su patronato a los pacientes y a la industria de tecnología sanitaria, y se acerca a la paridad en su principal órgano directivo.



De esta manera, en 2020 el Patronato de la Fundación IMAS queda configurado de la siguiente manera:

Presidente



Carlos Macaya
Jefe del Servicio de Cardiología
del Hospital Clínico San Carlos
Presidente de la Fundación
Española del Corazón

Director



Francisco Javier Elola
Director de Elola
Consultores

Vocales



Julio Ancochea
Jefe del Servicio de
Neumología del Hospital de
La Princesa



Ignacio Ayerdi
Ex Presidente de Philips
Ibérica



Fernando Carballo
Ex Presidente de la Federación de
Asociaciones Científico Médicas
Española (FACME)
Ex Presidente de la Sociedad Española
de Patología Digestiva (SEPD)



Javier Colás Fustero
Presidente de Additum
Blockchain



Carina Escobar Manero
Presidenta de la Plataforma de
Organizaciones de Pacientes
(POP)



Pilar Garrido
Vicepresidenta de la
Federación de Asociaciones
Científico Médicas Española
(FACME)
Ex Presidenta del Consejo
Nacional de Especialidades
de las Ciencias de la Salud



Andrés Íñiguez
Jefe del servicio de
Cardiología del Hospital
Álvaro Cunqueiro de Vigo
Coordinador de SEC
Calidad



Mª Luz López Carrasco
Presidenta de la
Federación Española de
Empresas de Tecnología
Sanitaria (FENIN)



Julián Pérez Villacastín
Director del Instituto
Cardiovascular del Hospital
Clínico San Carlos
Presidente Electo de la Sociedad
Española de Cardiología (SEC)



Manuel Sánchez Luna
Jefe del servicio de Neonatología del
Hospital Universitario Gregorio Marañón
Presidente de la Sociedad Española de
Neonatología (SEN)



Antonio Zapatero
Jefe del servicio de Medicina Interna del
Hospital Universitario de Fuenlabrada
Presidente de la Federación de
Asociaciones Científico-Médicas
Españolas (FACME)

1.2. PERSONAL DE LA FUNDACIÓN

La estructura de gestión y administración está integrada por el director de IMAS, el Dr. Francisco Javier Elola; la directora de comunicación, Beatriz Elola; y la responsable de formación y documentación, Aroa González.

Para el desarrollo de los trabajos de investigación, IMAS cuenta con el Grupo de Apoyo a la Investigación (GAI), un grupo de trabajo permanente que colabora en el diseño y desarrollo metodológico de los proyectos, así como en el análisis de los datos. En 2020 se ha incorporado a este equipo la matemática Náyade del Prado González.

Además, se cuenta con una empresa de soporte externa -CADUCEO- para la gestión de la página web y de la plataforma virtual del Campus IMAS.

Responsable de comunicación



Beatriz Elola
Licenciada en Periodismo
Máster en Comunicación
Corporativa, Relaciones
Públicas, Protocolo y Eventos

Director



Dr. Francisco Javier Elola
Doctor en Medicina
Director de Elola
Consultores

Responsable de documentación y formación



Aroa González
Licenciada en
Documentación

Equipo de investigación



Náyade del Prado
Licenciada en
Ciencias Matemáticas
Máster en Ingeniería
Matemáticas



María García
Grado en Estadística
y Empresas



Cristina Fernández Pérez (Colaboradora)
Jefa de Medicina
Preventiva
Complejo Hospitalario
Universitario de Santiago
de Compostela



José Luis Bernal (Colaborador)
Economista
Jefe de Servicio de Análisis de
Información y Control de Gestión
Hospital Universitario 12 de
Octubre

02 | Formación



02 Formación

83%
de los
alumnos



muy
satisfechos

92%
considera a los
profesores



muy
competentes

90%
recomendaría
nuestros cursos



a un
compañero /
amigo

98%
haría otro
máster



con
nosotros

La formación sigue siendo uno de los ejes fundamentales de la Fundación IMAS, si bien perdiendo peso respecto a otras actividades como las de investigación y calidad. El 66% de los ingresos de la Fundación provienen de esta área de actividad. El objetivo es responder a las demandas formativas del sector, especialmente en el desarrollo de conocimientos y habilidades del profesional sanitario en competencias transversales, como la gestión clínica o la formación de tutores de residentes, así como prestando apoyo a las sociedades científicas en la gestión de la formación en sus áreas específicas de conocimiento.

IMAS ha suscrito convenios de colaboración con diferentes sociedades médicas que participan en la elaboración de los cursos, en la docencia y con becas de estudios, así como con distintas universidades. En enero de 2019, la Fundación IMAS y la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) crearon la Cátedra IMAS-URJC en Formación e Investigación para la Mejora de la Asistencia Sanitaria con el objetivo de establecer un marco de colaboración que facilite el desarrollo de distintas iniciativas por lo que en estos momentos todos nuestros cursos los realizamos con esta universidad. Todos los cursos puestos en marcha por la Fundación son de carácter online permitiendo la participación de los profesionales sin importar su lugar de residencia y para facilitar la conciliación con la vida laboral y familiar.

“ El objetivo es responder a las demandas formativas del sector así como prestar apoyo a las sociedades científicas en la gestión de la formación en sus áreas específicas de conocimiento ”

2.1. CÁTEDRA FUNDACIÓN IMAS – UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS EN FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

El 31 de enero de 2019, la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria firmaron el acuerdo de creación de la Cátedra Fundación IMAS -URJC en Formación e Investigación para la Mejora de la Asistencia Sanitaria. Esta alianza entre la Universidad Rey Juan Carlos y la Fundación IMAS tiene como objetivo el desarrollo de líneas de investigación y formación para aumentar la calidad y eficiencia de los servicios sanitarios en colaboración con las sociedades científicas y otras instituciones sanitarias.

Tres son las actividades prioritarias de la misma: desarrollo de indicadores de desempeño (calidad, eficiencia) de los servicios sanitarios y unidades asistenciales que permitan eventualmente su comparación pública; investigación basada en datos del sistema sanitario español sobre la calidad, eficiencia y resultados en salud de los servicios y unidades asistenciales; y la formación de profesionales.

Esta Cátedra permite a la Fundación IMAS continuar con la labor desarrollada hasta el momento con diferentes universidades e instituciones, ofreciendo un marco estable de colaboración que facilita la puesta en marcha de distintas iniciativas al servicio de las sociedades científico-médicas y del Sistema Nacional de Salud.

La Cátedra tiene su sede en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos situada en el Campus de Alcorcón. La Fundación IMAS financia económicamente el proyecto mientras que la URJC aporta instalaciones e infraestructuras. La dirección de la cátedra corresponde al Dr. Antonio Zapatero, patrono de IMAS. Al asumir el Dr. Zapatero en julio de 2020 la viceconsejería de salud de la Comunidad Autónoma de Madrid, el Dr. Jesús San Román -profesor de la URJC- se ha responsabilizado de la dirección de la Cátedra.

1.

Desarrollo de
indicadores de
desempeño

2.

Investigación
basada
en datos

3.

Formación de
profesionales

2.2. CAMPUS IMAS

89%
lo considera
fácil
de usar



90%
considera que
la descarga
de materiales
 **es rápida**

Para la realización de la formación se dispone de un Campus virtual (Campus IMAS) mediante el cual se realiza la docencia, la gestión académica y administrativa. En esta modalidad de enseñanza los estudiantes cuentan con el apoyo y orientación de los profesores a través del Entorno Virtual de Aprendizaje (EVA). Este entorno creado en Moodle permite acceder a los contenidos docentes y pruebas de autoevaluación; comunicarse con los profesores, secretaría académica y alumnos; participar en foros de debate interactivos; así como acceder a los resultados académicos, agenda y otras prestaciones.

En 2020, el Campus IMAS ha albergado más de 34.000 sesiones, ha registrado un total de 8.000 usuarios y cerca de 250.000 páginas visitadas.



2.3. CURSOS ACTIVOS



En 2020, 905 alumnos han realizado algún estudio universitario con la Fundación IMAS en un total de 8 programas formativos. Se ha registrado un elevado índice de satisfacción por parte de los alumnos, los cuales casi en su totalidad volverían a hacer otro máster con nosotros.

Estudios 2020/2021	Curso	Universidad	Nº Alumnos	Observaciones
Máster en Hemodinámica e Intervencionismo III ed. (SEC)	2019/2021	URJC	59 (P/L)	Inicio 07.10.19
Máster en Insuficiencia Cardíaca (SEC, SEMI)	2019/2021	URJC	116 (L)	Inicio 07.10.19
Máster en Gestión Clínica Basada en el Valor (SEC, SEMI, FIC)	2019/2021	URJC	75 (P/L)	Inicio 07.10.19
Curso de Experto en Tutoría de Residentes (SEC, SEMI, SEEN)	2019/2020	URJC	183 (P/L)	Inicio 07.10.19
Curso de Experto en Tutoría de Residentes II ed. (SEC, SEMI, SEEN)	2020/2021	URJC	123 (P/L)	Inicio 07.10.20
Curso de Experto en Gestión Sanitaria II ed. (FACME)	2020	UIMP	80	Terminó 09.20
Máster en Arritmología Cardíaca Clínica e Intervencionista (SEC)	2020/2022	URJC	48	Inicio 07.10.20
Máster en Cuidados Cardíacos Agudos (SEC)	2020/2021	URJC	221	Inicio 07.10.20
Total			905	

Leyenda: UIMP (Universidad Internacional Menéndez y Pelayo); SEC (Sociedad Española de Cardiología); SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna); FACME (Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas); FIC: Fundación Interhospitalaria de Investigación Cardiovascular; URJC (Universidad Rey Juan Carlos); SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición).

2.4. FORMACIÓN: OBJETIVOS A FUTURO

Uno de los objetivos de la Fundación IMAS en el terreno de la formación en el futuro próximo es el desarrollo de cursos cortos, centrados en aspectos específicos dirigidos principalmente a dotar de conocimientos y habilidades de instrumentos de gestión relevantes para los clínicos. Estos cursos, acreditados por la Universidad Rey Juan Carlos, tendrán un carácter teórico-práctico con un alto contenido audiovisual. Otro objetivo es involucrar a más sociedades científicas en el desarrollo de estudios desde la cátedra IMAS-URJC.

A pesar de los efectos de la pandemia sobre la actividad asistencial y de funcionamiento de las sociedades científicas IMAS seguirá manteniendo en 2021 una elevada actividad docente.

Cursos previstos en 2021

Estudios 2020/2021	Curso	Universidad	Nº Alumnos	Observaciones
Máster en Hemodinámica e Intervencionismo III ed. (SEC)	2019/2021	URJC	59 (P/L)	Inicio 07.10.19
Máster en Insuficiencia Cardíaca (SEC, SEMI)	2019/2021	URJC	116 (L)	Inicio 07.10.19
Máster en Gestión Clínica Basada en el Valor	2019/2021	URJC	75 (P/L)	Inicio 07.10.19
Máster en Arritmología Cardíaca Clínica e Intervencionista (SEC)	2020/2022	URJC	48	Inicio 07.10.20
Máster en Cuidados Cardíacos Agudos (SEC)	2020/2021	URJC	221	Inicio 07.10.20
Total			519	

Leyenda: UIMP (Universidad Internacional Menéndez y Pelayo); SEC (Sociedad Española de Cardiología); SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna); SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica); FACME (Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas); URJC (Universidad Rey Juan Carlos); FIC (Fundación Interhospitalaria para la Investigación Cardiovascular); SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición).

03 | Investigación



03 Investigación

La actividad investigadora de la Fundación IMAS está enfocada fundamentalmente al análisis de los resultados de los servicios de salud bajo el convencimiento de que la evaluación de resultados de los servicios de salud es fundamental para la elaboración de estándares de calidad, el establecimiento de líneas de mejora y la propuesta de decisiones en política sanitaria basada en el conocimiento. Además, realizamos investigación epidemiológica para conocer la incidencia y evolución de distintas patologías o procedimientos.

En 2020, la pandemia del SARS -COV-2 se dejó sentir también en nuestros estudios de investigación, lo cuales se han enfocado en gran medida a analizar esta nueva enfermedad. Entre otras actividades, hemos colaborado con el International COVID-19 Clinical Evaluation Registry (HOPE COVID), un macro registro multicéntrico internacional que ha analizado el virus desde múltiples perspectivas. En este proyecto, desarrollado de la mano de la Fundación Interhospitalaria para la Investigación Cardiovascular, IMAS ha participado en el análisis de los datos.

“ En 2020 hemos trabajado en proyectos de investigación con la Sociedad Española de Cardiología (SEC), con la Fundación Interhospitalaria de Investigación Cardiovascular (FIC) y hemos iniciado una colaboración en investigación en resultados en salud con la Organización Nacional de Trasplantes. ”

A lo largo de este año hemos publicado 18 artículos científicos (con un factor de impacto de 48,964) y enviado 7 comunicaciones o posters a congresos, 2 de ellos al congreso del American College of Cardiology.

3.1. PROYECTOS CON LA FUNDACIÓN INTERHOSPITALARIA PARA LA INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR (FIC)

La Fundación Interhospitalaria para la Investigación Cardiovascular (Fundación FIC) y la Fundación IMAS suscribieron, en el año 2014, un convenio de colaboración con los siguientes objetivos:

- Formación, implantación y desarrollo de la gestión clínica.
- Formación de profesionales sanitarios y gestores.
- Investigación.
- Impulso de buenas prácticas entre los hospitales integrados en la FIC.
- Desarrollo de estándares y recomendaciones sobre organización y gestión, planificación y diseño de servicios del área cardiovascular.
- La difusión y el apoyo para la implantación de mejoras organizativas y de gestión de los servicios sanitarios y unidades asistenciales del área cardiovascular y evaluar sus resultados.
- Colaboración con las sociedades científicas y otras instituciones sanitarias públicas y privadas en el desarrollo de estándares de calidad de profesionales, unidades y procesos asistenciales del área cardiovascular.
- Difusión del conocimiento.

Desde entonces, ambas entidades han puesto en marcha numerosos proyectos de investigación en salud cardiovascular. En 2020, se han desarrollado los siguientes proyectos en colaboración con la FIC:

Proyecto HOPE COVID19

En febrero de 2020 se puso en marcha el Registro Health Outcome Predictive Evaluation for COVID 19 (HOPE COVID19). Impulsado por un grupo de investigadores españoles liderados por el cardiólogo Iván Núñez Gil, del Hospital Clínico San Carlos (Madrid), esta base de datos se ha convertido en uno de los mayores registros de pacientes de coronavirus a nivel internacional. En total, se ha recogido información de 8.168 pacientes de 48 hospitales en 8 países entre febrero y finales de mayo de 2020.

Con 9 artículos publicados en 2020 (7 de los cuales contaron con la colaboración de nuestra Fundación), el registro está suponiendo una valiosísima fuente de información sobre la COVID-19, el perfil clínico de los pacientes más graves y su manejo.

A continuación detallamos algunos de los principales trabajos publicados en 2020.

Curva pandémica COVID-19, sobrecarga sanitaria y mortalidad

En esta investigación se analizó la relación entre la curva pandémica y la mortalidad. Durante el pico de la pandemia por coronavirus en Madrid (del 6 de marzo al 2 de abril) la mortalidad en dos hospitales de Madrid (Hospital Clínico San Carlos y Hospital Universitario Severo Ochoa) ascendió al 27,8% de los pacientes dados de alta por esta enfermedad. Esta cifra es mucho más elevada que la registrada en China (1,4%) o en Nueva York (10,2%). Según el estudio, hay una clara relación entre las tasas de mortalidad y la saturación de los centros. La mediana de edad fue de 67 años, siendo el 58,6% hombres. El 70% de los enfermos presentaron algún factor de riesgo cardiovascular. La mortalidad fue mayor entre los pacientes más mayores y con más comorbilidades que aquellos que superaron la enfermedad.

Escala de riesgo y mortalidad en España e Italia

En este trabajo establecimos una serie de factores pronósticos asociados a la mortalidad que fueran fáciles de obtener en la práctica clínica. Teniendo en cuenta estas variables, se creó una calculadora electrónica que los profesionales pudieran utilizar para estimar de forma rápida, sencilla y gratuita, la probabilidad de que el paciente fallezca en una escala del 1 al 4. El objetivo es que cualquier sanitario, estuviera donde estuviera e independientemente de los recursos que dispusiera el centro, pudiera determinar ante qué tipo de paciente está y poder tomar decisiones sobre su tratamiento. Para elaborar dicho recurso, se analizaron un total de 1.021 pacientes dados de alta por COVID-19 de 23 hospitales en 4 países entre el 8 de febrero y el 1 de abril de 2020. Debido a la heterogeneidad entre países con respecto a las características clínicas de los pacientes, sólo se consideraron a aquellos de Italia y España.

La edad media de los pacientes seleccionados en el estudio fue de 70 años, el 59,6% de los cuales eran varones. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (51,3%), dislipidemia (40%), obesidad (23,5%) y diabetes (19,5%). Los síntomas más comunes en el ingreso fueron fiebre (78,2%), tos y disnea en más del 50% de los casos, con baja saturación de oxígeno en el 38% de los pacientes.

De esta manera, los factores de riesgo de mortalidad más relevantes identificados fueron: edad avanzada, hipertensión, obesidad, insuficiencia renal, la inmunosupresión, una saturación de oxígeno por debajo del 92% y la elevación de la proteína C-Reactiva.

Una de las conclusiones novedosas de la investigación es que la edad actuaba como un modulador de los factores de riesgo. En los casos de pacientes menores de 70 años, la obesidad y la inmunosupresión tenían un riesgo más pronunciado, mientras que la hipertensión estaba asociada a mayor mortalidad en aquellos que superaban esta edad.

Cardiopatías y COVID-19

Este estudio analizó la influencia de las enfermedades cardíacas en el pronóstico de la infección por SARS-CoV-2. Éstas se asociaron con mayor uso de soporte respiratorio, circulatorio y mayor proporción de eventos en el hospital como fallo cardíaco o renal, insuficiencia respiratoria, sepsis o hemorragias. Los pacientes con patologías cardíacas previas a la infección por COVID-19 presentaban un riesgo crudo de mortalidad un 24% superior. La investigación también reveló que estos pacientes recibieron con más frecuencia tratamiento con corticoides (28.9% vs. 20.4%, $p < 0.001$) y antibióticos; pero menos con hidroxicloroquina, antivirales o tocilizumab.

Perfil clínico y predictores de mortalidad en pacientes mayores ingresados por COVID19

Este trabajo analizó el perfil clínico de los pacientes mayores (más de 65 años) y los predictores de mortalidad, distinguiendo aquellos de más de 75 años. Una de las conclusiones más relevantes fue que, aunque estos últimos sufrían mayor número de complicaciones en el ingreso (fallo respiratorio, parada cardíaca, fallo renal, sepsis) y una significativa mayor mortalidad (48,2% en comparación con 11,2% de los menores de 75 años), ingresaban en menor medida en las unidades de cuidados intensivos (4,8% vs. 11,2%). Otra cuestión llamativa del estudio es que la demencia aparecía como un predictor independiente de la mortalidad.



Impacto pronóstico de la hiponatremia y la hipernatremia en la neumonía por COVID-19

El objetivo de este estudio fue determinar si la disnatremia de ingreso se asocia con mortalidad, sepsis o terapia intensiva en pacientes hospitalizados con neumonía por SARS-COV2.

Reemplazo valvular aórtico percutáneo y quirúrgico. Influencia del volumen y tipo de centro tratante en resultados

En este trabajo se ha analizado por primera vez en nuestro país la influencia del tipo de centro tratante en el resultado de reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica (RQVA) y del implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI), ambos utilizados para tratar la estenosis aórtica grave. Como sucede con otros procedimientos cardiológicos complejos, esta investigación puso de manifiesto que los centros con mayor volumen y la existencia de una unidad de cuidados cardiológicos intensivos (UCIC) están asociados a mejores resultados (mayor supervivencia y menos reingresos).

Diferencias en mortalidad intrahospitalaria tras IAMCEST frente a IAMSEST por sexo. Tendencia durante once años en el Sistema Nacional de Salud

El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias de sexo en la mortalidad relacionada con el Infarto Agudo de Miocardio, tanto con Elevación del Segmento ST (IAMCEST) como sin la elevación de ese Segmento (IAMSEST). Para ello, se realizó un análisis retrospectivo de 445.145 episodios de IAM (2005-2015) utilizando información del Sistema Nacional de Salud español. El 69,8% eran varones, con una edad media de 66,1 años, significativamente más joven que las mujeres 74,9. Un total de 272.407 (61,2%) episodios son IAMCEST y 172.738 (38,8%) IAMSEST. Las mujeres son el 28,8% de IAMCEST y el 33,9% de los IAMSEST. El sexo femenino se muestra como un factor de riesgo de mortalidad hospitalaria en IAMCEST (OR para mujeres=1,18) pero no así en IAMSEST (OR para mujeres=0,85). Las tasas de hospitalización por IAM son más altas en varones que en mujeres para todos los grupos de edad, con una tendencia a disminuir para ambos sexos.

► En conclusión, las mujeres tienen un aumento ligero pero significativo de la mortalidad intrahospitalaria tras un IAM, pero con un efecto del sexo opuesto según el tipo de IAM, de forma que las mujeres exhiben una mayor mortalidad por IAMCEST y menor por IAMSEST.

3.2. PROYECTOS CON LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Aunque la Sociedad Española de Cardiología y la Fundación IMAS llevan colaborando desde los inicios de nuestra organización, no es hasta 2019 que se firma un convenio marco entre ambas instituciones para la investigación en resultados en salud. En 2020 los estudios publicados dentro de este marco de colaboración han sido los siguientes:

3.2.1. RECALCAR: Recursos y Calidad en Cardiología

Uno de los productos característicos de la Fundación IMAS son los proyectos RECAL (Recursos y Calidad en el Sistema Nacional de Salud). Puestos en marcha desde la Fundación en 2015, relacionan la estructura y actividad de las unidades asistenciales con los resultados en salud. De esta manera, se dispone de información relevante para el establecimiento de estándares y criterios de ordenación de recursos. Hasta el momento, 7 sociedades científicas han puesto en marcha proyectos RECAL en sus especialidades, las cuales suman más del 50% de todas las altas hospitalarias.

En 2020, realizamos únicamente el estudio RECALCAR (Recursos y Calidad en Cardiología). Estudio pionero de los proyectos RECAL, se ha desarrollado anualmente aportando información muy valiosa sobre la asistencia cardiológica en nuestro país y su evolución a lo largo del tiempo.

En 2020, respondieron a la encuesta RECALCAR un total de 113 unidades de cardiología, las cuales representan el 69% de las Unidades del Corazón (UC) del Sistema Nacional de Salud en hospitales generales de agudos con 200 o más camas instaladas. Cuando se mide en relación con la capacidad instalada del hospital, estas unidades representan el 73% del total, con una cobertura poblacional (ámbito de influencia de la UC en el ámbito clínico) del 76%. Lograr unos índices tan elevados de respuesta en el contexto de la pandemia por la COVID-19 ha sido un notable éxito y una muestra del compromiso de los responsables de los servicios y unidades de cardiología y del Comité Ejecutivo de la SEC en mantener este relevante registro.

Como en años anteriores, y según apuntan el resto de estudios RECAL, RECALCAR 2020 ha constatado una importante variabilidad de estructura, actividad y resultados entre los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas y entre hospitales. Esa variabilidad puede evidenciar notables diferencias en calidad y productividad del recurso humano y los equipos.



Otro de los hallazgos de este estudio ha sido el aumento del número de unidades de insuficiencia cardiaca en los últimos seis años, alcanzando el 86% de los servicios y unidades de cardiología. Asimismo, ha habido un notable crecimiento de las unidades de rehabilitación cardiaca llegando al 65%, siendo un 50% de ellas compartidas con el servicio de rehabilitación.

► Uno de los logros conseguidos por RECALCAR -y otras iniciativas desarrolladas simultáneamente por la SEC para la mejora de la calidad asistencial- ha sido la implantación del Código Infarto en todos los hospitales de la red sanitaria pública. Además, a lo largo de los años se constató un aumento notable en la implantación de buenas prácticas, especialmente en relación con el desarrollo de redes asistenciales con ámbito regional y en la implantación de una gestión por procesos.

Los datos obtenidos con RECALCAR han servido de fuente de información para otros proyectos desarrollados por la SEC, como SEC Excelente que acredita la calidad de unidades, procesos y procedimientos del área del corazón. RECALCAR fue acreditado en 2016 como registro de interés para el Sistema Nacional de Salud.

Impacto de las diferencias de sexo y los sistemas de red en la mortalidad hospitalaria de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

El objetivo de este estudio es analizar la influencia del sistema de red en las diferencias de sexo en la intervención coronaria percutánea primaria (ICPp) y la mortalidad hospitalaria durante 2005-2015. Se utilizó el Conjunto Mínimo de Datos Básicos del Sistema Nacional de Salud para identificar a los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST (IAMCEST).

En total, se seleccionaron 277.281 eventos de IAMCEST tras las exclusiones (el 29% mujeres). Incluso cuando se establecieron las redes IAMCEST, el uso de la reperusión (ICP, fibrinólisis y revascularización quirúrgica) fue menor en las mujeres que en los varones durante 11 años: el 56,6 frente al 75,6% y el 36,4 frente al 57%. La ICPp aumentó del 34,9 al 68,1% y del 21,7 al 51,7%. La tasa bruta de mortalidad hospitalaria fue mayor entre las mujeres (el 9,3 frente al 18,7%, aunque fue disminuyendo durante 2005-2015 en ambos sexos. Ser mujer fue un factor independiente de riesgo de mortalidad (OR ajustada=1,23). La mortalidad hospitalaria estandarizada por riesgo fue menor para las mujeres cuando las redes IAMCEST estaban presentes (el 16,9 frente al 19,1%; $p < 0,001$). La ICPp y la presencia de redes IAMCEST se asociaron con una menor mortalidad hospitalaria entre las mujeres. En conclusión, las mujeres tuvieron menor probabilidad de tratarse con ICPp y presentaron una mayor mortalidad hospitalaria que los varones durante 11 años, a pesar de la presencia de sistemas de red para IAMCEST.

Tendencias temporales en ingresos y mortalidad hospitalaria por insuficiencia cardiaca en España, 2003-2015: diferencias por comunidades autónomas

Este trabajo analizó todas las altas hospitalarias por insuficiencia cardiaca registradas en el Sistema Nacional de Salud (CMBD) entre 2003 y 2015. En ese periodo, se registraron un total 4.946.702 ingresos por enfermedades cardiovasculares, de los que 1.363.022 correspondían a insuficiencia cardiaca. La investigación, derivada del proyecto RECALCAR, analizó la frecuentación hospitalaria (tasa anual de ingresos hospitalarios por IC cada 100.000 habitantes) y la mortalidad hospitalaria.

Entre 2003 y 2015, los ingresos por insuficiencia cardiaca han aumentado un 17,3%, representando el 27,5% del total de altas por enfermedad cardiovascular en España. La mortalidad en ese periodo se sitúa en el 10,54% con datos muy variables entre regiones: una persona ingresada en un hospital por descompensación de esta enfermedad tendría casi el doble de riesgo de morir en Andalucía (14,37 %) que en Madrid (7,97%).



De esta manera, las Comunidades Autónomas que registraron tasas más altas fueron Andalucía, Canarias (11,60%), Extremadura (11,32%) y Castilla y León (10,44%), y las que reflejaron unas tasas más bajas fueron la Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra (9,24%), La Rioja (8,10%) y País Vasco (8,87%), con tasas anuales intermedias en el resto. No se registraron diferencias de mortalidad entre varones (10,39%) y mujeres (10,32%) ni en la media nacional ni en las Comunidades Autónomas.

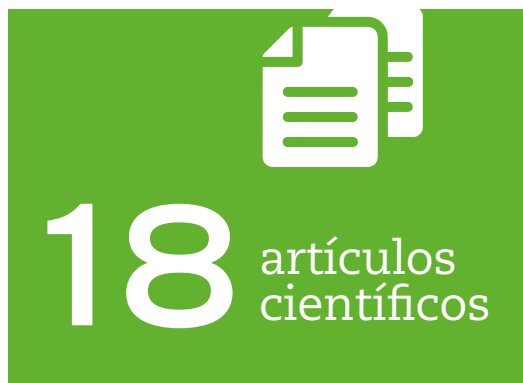
En cuanto a las tasas de frecuentación de los servicios sanitarios por insuficiencia cardiaca, también se ha detectado una gran variabilidad. Las comunidades con menores tasas fueron Canarias (137), Comunidad Foral de Navarra (226,7) y Cataluña (261,9). Las Comunidades Autónomas que registraron un mayor número de altas por insuficiencia cardiaca por habitante fueron: Principado de Asturias (396,3), Aragón (309,4) y Comunidad de Madrid (267,9). En todas las Comunidades Autónomas, salvo Cataluña, se apreció un incremento significativo de la tasa de frecuentación por esta patología desde 2003 hasta 2015.

Diabetes Mellitus, tipo de centro tratante y resultados en pacientes mayores con infarto agudo de miocardio por shock cardiogénico

Este trabajo analizó el impacto pronóstico de la diabetes mellitus (DM) en pacientes mayores con infarto agudo de miocardio provocado por shock cardiogénico, así como la influencia de la existencia de unidad de cuidados agudos cardiológicos y los resultados en revascularización en la mortalidad de estos pacientes.

Con datos del CMBD, se identificaron un total de 23.590 episodios de IAM por shock cardiogénico, de los cuales 447 eran pacientes mayores de 74 años. El impacto de la DM en la mortalidad fue mayor en los pacientes más jóvenes. La disponibilidad de una unidad de cuidados agudos cardiológicos y la revascularización estuvo asociada a una menor mortalidad.

3.3. ARTÍCULOS Y COMUNICACIONES A CONGRESOS PUBLICADOS EN 2020



Artículo	Revista	IF	Organización
Rodríguez-Padial L, Fernández-Pérez C, Bernal JL, Anguita M, Sambola A, Fernández-Ortiz A, Elola FJ. Differences in in-hospital mortality after STEMI versus NSTEMI by sex. Eleven-year trend in the Spanish National Health Service. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2020 Jun 16:S1885-5857(20)30187-0. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2020.04.017. Epub ahead of print. PMID: 32561143.	Revista Española de Cardiología	4,642	FIC
Sambola A, Elola FJ, Ferreiro JL, Murga N, Rodríguez-Padial L, Fernández C, Bueno H, Bernal JL, Cequier Á, Marín F, Anguita M. Impact of sex differences and network systems on the in-hospital mortality of patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2020 Sep 2:S1885-5857(20)30361-3. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2020.08.001. Epub ahead of print. PMID: 32888884.	Revista Española de Cardiología	4,642	SEC (RECALCAR)
Anguita Sánchez M, Bonilla Palomas JL, García Márquez M, Bernal Sobrino JL, Fernández Pérez C, Elola Somoza FJ. Temporal trends in hospitalizations and in-hospital mortality in heart failure in Spain 2003-2015: differences between autonomous communities. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2020 Dec;73(12):1075-1077. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2020.05.040. Epub 2020 Aug 12. PMID: 32800487.	Revista Española de Cardiología	4,642	SEC (RECALCAR)
Iván J. Núñez-Gil, Javier Elola, María García-Márquez, José L. Bernal, Cristina Fernández-Pérez, Andrés Íñiguez, Luis Nombela-Franco, Pilar Jiménez-Quevedo, Javier Escaned, Carlos Macaya y Antonio Fernández-Ortiz. Reemplazo valvular aórtico percutáneo y quirúrgico. Influencia del volumen y tipo de centro tratante en resultados. REC Interv Cardiol. 2021;3:103-111. DOI: https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000149	REC Interventional Cardiology		FIC
Emilia Cancer Minchot, Francisco Javier Elola Somoza, Cristina Fernández Pérez, José Luis Bernal Sobrino, Irene Bretón Lesmes y Francisco Botella Romero. RECALSEEN. Subgrupo: la atención al paciente en las unidades de nutrición clínica del Sistema Nacional de Salud. Endocrinol Diabetes Nutr. 2021;68:354-362.	Endocrinol Diabetes Nutr	1,2	SEEN (RECALSEEN)

Artículo	Revista	IF	Organización
R. Gómez Huelgas, J. Díez Manglano, J. Carretero Gómez, R. Barba, X. Corbella, J. García Alegría, M. T. Herranz, I. Vallejo y F.J. Elola Somoza. El hospital de futuro en 10 puntos . Rev Clin Esp 2020;220:444-449.	Rev Clin Esp	1,305	SEMI
Iván Javier Núñez Gil, Vicente Estrada Pérez, Cristina Fernández Pérez, Inmaculada Fernández Rozas, Francisco Javier Martín Sánchez, Carlos Macaya Miguel. Curva pandémica COVID-19, sobrecarga sanitaria y mortalidad . Emergencias 2020;32:290-299	Emergencias	3,35	FIC (HOPE COVID19)
Iván J. Núñez-Gil, Vicente Estrada, Cristina Fernández-Pérez, Gisela Feltes, Oscar Vedia, Carlos E. Vergara-Uzcategui, Víctor H. Moreno-Menguía, Enrico Cerrato, Fabrizio D'Ascenzo, Sergio Raposeiras-Roubin, F. Javier Martín-Sánchez, Emilio Alfonso-Rodríguez, Jia Huang, Harish Ramakrishn, Emma Gil Higes, Antonio Fernández-Ortiz, Carlos Macaya. Health Outcome Predictive Evaluation for COVID 19 international registry (HOPE COVID-19), rationale and design . Contemporary Clinical Trials Communications. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100654	Contemporary Clinical Trials Communications	1,832	FIC (HOPE COVID19)
Miquel Gual MD, Albert Ariza-Solé MD PhD, María García Márquez, Cristina Fernández, José L Bernal, Francesc Formiga MD PhD, Jaime Aboal MD, José C Sánchez-Salado MD, Victoria Lorente MD, Isaac Llaó MD, Oriol Alegre MD, Ángel Cequier, Javier Elola. Diabetes mellitus, type of treating centers and clinical outcomes in elderly patients with myocardial infarction-related cardiogenic shock . J Geriatr Cardiol. 2020 Oct 28; 17(10): 604-611.	Journal of Geriatric Cardiology	1,763	SEC (RECALCAR)
Núñez-Gil JJ, Fernández-Pérez C, Estrada V, Becerra-Muñoz VM, El-Battraway I, Uribarri A, Fernández-Rozas I, Feltes G, Viana-Llamas MC, Trabatttoni D, López-País J, Pepe M, Romero R, Castro-Mejía AF, Cerrato E, Astrua TC, D'Ascenzo F, Fabregat-Andres O, Moreu J, Guerra F, Signes-Costa J, Marín F, Buosenso D, Bardají A, Raposeiras-Roubin S, Elola J, Molino Á, Gómez-Doblas JJ, Abumayyaleh M, Aparisi Á, Molina M, Guerri A, Arroyo-Espliguero R, Assanelli E, Mapelli M, García-Acuña JM, Brindicci G, Manzone E, Ortega-Armas ME, Bianco M, Trung CP, Núñez MJ, Castellanos-Lluch C, García-Vázquez E, Cabello-Clotet N, Jamhour-Chelh K, Tellez MJ, Fernández-Ortiz A, Macaya C; HOPE COVID-19 Investigators. Mortality risk assessment in Spain and Italy, insights of the HOPE COVID-19 registry . Intern Emerg Med. 2020 Nov 9:1-10. doi: 10.1007/s11739-020-02543-5. Epub ahead of print. PMID: 33165755; PMCID: PMC7649104.	Internal and Emergency Medicine	2,322	FIC (HOPE COVID19)
Ruiz-Ortiz M, Anguita-Sánchez M, Bonilla-Palomas JL, Fernández-Pérez C, Bernal-Sobrino JL, Cequier-Fillat A, Bueno-Zamora H, Marín F, Elola-Somoza FJ. Incidence and outcomes of hospital treated acute myocarditis from 2003 to 2015 in Spain . Eur J Clin Invest. 2021 Apr;51(4):e13444. doi: 10.1111/eci.13444. Epub 2020 Nov 26. PMID: 33152138.	European Journal of Clinical Investigation	3,481	SEC (RECALCAR)
Iván Javier Núñez Gil, Javier Elola, Maria Garcia Marquez, Jose Bernal, Cristina Fernandez Perez, Andres Iñiguez, Luis Nombela Franco, Pilar Jimenez, Carlos Macaya, Antonio Fernandez Ortiz. TAVI en la curva de aprendizaje en España. Resultados intrahospitalarios comparados con la sustitución valvular aórtica . REC: CardioClinics 2020; DOI: 10.1016/j.rccl.2020.10.013	REC: CardioClinics		FIC (HOPE COVID19)

Artículo	Revista	IF	Organización
Elola Somoza FJ, Bas Villalobos MC, Pérez Villacastín J, Macaya Miguel C. Gasto sanitario público y mortalidad por COVID-19 en España y en Europa [Public healthcare expenditure and COVID-19 mortality in Spain and in Europe] [published online ahead of print, 2020 Dec 2]. Rev Clin Esp. 2020;10.1016/j.rce.2020.11.003. doi:10.1016/j.rce.2020.11.003	Revista Clínica Española	1,304	FIC (HOPE COVID19)
Sanmartín-Fernández M, Raposeiras-Roubin S, Anguita-Sánchez M, Marín F, García-Marquez M, Fernández-Pérez C, Bernal-Sobrinho JL, Elola-Somoza FJ, Bueno H, Cequier A. In-hospital outcomes of mechanical complications in acute myocardial infarction: Analysis from a nationwide Spanish database. Cardiol J. 2020 Dec 21. doi: 10.5603/CJ.a2020.0181. Epub ahead of print. PMID: 33346367.	Cardiology Journal	1,669	SEC (RECALCAR)
Becerra-Muñoz VM, Núñez-Gil IJ, Eid CM, García Aguado M, Romero R, Huang J, Mulet A, Ugo F, Rametta F, Liebetrau C, Aparisi A, Fernández-Rozas I, Viana-Llamas MC, Feltes G, Pepe M, Moreno-Rondón LA, Cerrato E, Raposeiras-Roubin S, Alfonso E, Carrero-Fernández A, Buzón-Martín L, Abumayyaleh M, Gonzalez A, Fernández Ortiz A, Macaya C, Estrada V, Fernández-Pérez C, Gómez-Doblas JJ. Clinical profile and predictors of in-hospital mortality among older patients hospitalised for COVID-19. Age Ageing. 2021 Feb 26;50(2):326-334. doi: 10.1093/ageing/afaa258. PMID: 33201181; PMCID: PMC7717146.	Age & Ageing	4,902	FIC (HOPE COVID19)
Núñez-Gil IJ, Fernández-Ortiz A, Maroud Eid C, Huang J, Romero R, Becerra-Muñoz VM, Uribarri A, Feltes G, Trabattini D, Fernandez-Rozas I, Viana-Llamas MC, Pepe M, Cerrato E, Bertaina M, Capel Astrua T, Alfonso E, Castro-Mejía AF, Raposeiras-Roubin S, D'Ascenzo F, Espejo Paeres C, Signes-Costa J, Bardaji A, Fernandez-Pérez C, Marín F, Fabregat-Andres O, Akin I, Estrada V, Macaya C. Underlying heart diseases and acute COVID-19 outcomes. Cardiol J. 2020 Dec 21. doi: 10.5603/CJ.a2020.0183. Epub ahead of print. PMID: 33346365.	Cardiology Journal	1,669	FIC (HOPE COVID19)
Rivera-Caravaca, JM, Núñez-Gil, IJ, Vivas, D, et al; on behalf of HOPE COVID-19 Investigators. Clinical profile and predictors of in-hospital mortality among older patients admitted for COVID-19. Eur J Clin Invest. 2021; 51:e13436. https://doi.org/10.1111/eci.13436	European Journal of Clinical Investigation	4,686	FIC (HOPE COVID19)
Ruiz-Sánchez JG, Núñez-Gil IJ, Cuesta M, Rubio MA, Maroun-Eid C, Arroyo-Espliguero R, Romero R, Becerra-Muñoz VM, Uribarri A, Feltes G, Trabattini D, Molina M, García Aguado M, Pepe M, Cerrato E, Alfonso E, Castro Mejía AF, Roubin SR, Buzón L, Bondía E, Marín F, López Pais J, Abumayyaleh M, D'Ascenzo F, Rondano E, Huang J, Fernandez-Perez C, Macaya C, de Miguel Novoa P, Calle-Pascual AL, Estrada Perez V, Runkle I; HOPE COVID-19 investigators. Prognostic Impact of Hyponatremia and Hypernatremia in COVID-19 Pneumonia. A HOPE-COVID-19 (Health Outcome Predictive Evaluation for COVID-19) Registry Analysis. Front Endocrinol (Lausanne). 2020 Nov 30;11:599255.	Frontiers in Endocrinology	5,555	FIC (HOPE COVID19)

3.3.1. Comunicaciones/pósters

Comunicación / Póster	Congreso	Proyecto
ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AND CARDIOGENIC SHOCK: HIGHER INCIDENCE AND MORTALITY IN WOMEN. Author Block: Antonia Sambola, Manuel Anguita Sanchez, Cristina Fernández-Pérez, José Luis Bernal, Irene Buera, Francisco Marín, Albert Ariza, Francisco Javier Elola	ACC Congress 2020	RECALCAR
Incidence and outcomes of acute myOcarditis over a 14 years period in Spain. A population-based study. Anguita M, Ruiz M, Bernal JL, Fernández C, marín F, Elola FJ	ACC Congress 2020	RECALCAR
Anguita M y cols. Impact of hospital volume on in-hospital mortality and 30-day cardiac readmission of hospitalized patients with heart failiure. A population based study.	Congreso ESC 2020	RECALCAR
Anguita M y cols. Trends in hospitalization and in-hospital mortality of patients with heart failure in Spain. A population-based study (2003-2015).	Congreso ESC 2020	RECALCAR
4022-2 TENDENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA. UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL (2003-2015) Juan Luis Bonilla Palomas, Manuel Anguita Sánchez, Francisco Javier Elola Somoza, José Luis Bernal Sobrino, Cristina Fernández Pérez, Martín Ruiz Ortiz, Manuel Jiménez Navarro, Héctor Bueno, Ángel Cequier Fillat y Francisco Marín Ortuño	Congreso SEC 2020	RECALCAR
4022-4 - FACTORES DE RIESGO PARA LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA Juan Luis Bonilla Palomas, Manuel Anguita Sánchez, Francisco Javier Elola Somoza, José Luis Bernal Sobrino, Cristina Fernández Pérez, Martín Ruiz Ortiz, Manuel Jiménez Navarro, Héctor Bueno, Ángel Cequier Fillat y Francisco Marín Ortuño	Congreso SEC 2020	RECALCAR
4022-5 - EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA ENTRE 2003 Y 2015. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS? Manuel Anguita Sánchez, Juan Luis Bonilla Palomas, Martín Ruiz Ortiz, María García Márquez, José Luis Bernal Sobrino, Cristina Fernández Pérez, Francisco Javier Elola Somoza y Francisco Marín Ortuño	Congreso SEC 2020	RECALCAR
5003-7 - DIFERENCIAS EN RELACIÓN A LA EDAD Y EL SEXO EN LOS INGRESOS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA Manuel Anguita Sánchez, Juan Luis Bonilla Palomas, Martín Ruiz Ortiz, Cristina Fernández Pérez, José Luis Bernal Sobrino, María García Márquez, Francisco Javier Elola Somoza y Francisco Marín Ortuño	Congreso SEC 2020	RECALCAR
5004-9 - DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA ENTRE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS. CAMBIOS EN UN PERÍODO DE 13 AÑOS (2003-2015) Manuel Anguita Sánchez, Juan Luis Bonilla Palomas, Martín Ruiz Ortiz, María García Márquez, Cristina Fernández Pérez, José Luis Bernal Sobrino, Francisco Javier Elola Somoza y Francisco Marín Ortuño	Congreso SEC 2020	RECALCAR

Comunicación / Póster	Congreso	Proyecto
6005-21 - TENDENCIAS EN INCIDENCIA Y MORTALIDAD EN LA MIOCARDITIS AGUDA CON O SIN INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA A LO LARGO DE UN PERÍODO DE 14 AÑOS Manuel Anguita Sánchez, Martín Ruiz Ortiz, Juan Luis Bonilla Palomas, José Luis Bernal Sobrino, Cristina Fernández Pérez, Francisco Javier Elola Somoza y Francisco Marín Ortuño	Congreso SEC 2020	RECALCAR
6017-187 - CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA MIOCARDITIS AGUDA CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL A LO LARGO DE 13 AÑOS (2003-2015) Manuel Anguita Sánchez, Martín Ruiz Ortiz, Juan Luis Bonilla Palomas, Cristina Fernández Pérez, José Luis Bernal Sobrino, Francisco Javier Elola Somoza y Francisco Marín Ortuño	Congreso SEC 2020	RECALCAR

3.4. GEIDIS

El Grupo Español de Investigación en Displasia Broncopulmonar (GEIDIS) es un grupo de investigación, creado en el seno de la Fundación IMAS, que surge ante la necesidad de agrupar a distintos especialistas implicados en el cuidado de los pacientes con Displasia Broncopulmonar (DBP). Esta enfermedad, la cual constituye la secuela más frecuentemente asociada a la prematuridad, está caracterizada por una insuficiencia respiratoria originada por el cese del desarrollo pulmonar y vascular pulmonar en una fase muy precoz. Los principales objetivos de GEIDIS son homogeneizar el diagnóstico de DBP y conocer más sobre esta patología. Para ello, se ha creado un registro nacional con la participación de neonatólogos, neumólogos pediatras y en un futuro muy próximo también neumólogos de adultos. El proyecto está dirigido por el doctor Manuel Sánchez Luna, jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y patrono de la Fundación.

Registro GEIDIS 2016-2020

El Registro GEIDIS ha recopilado información de 1.782 pacientes entre 2016 y 2020 de un total de 66 centros aportando una valiosa información sobre el perfil clínico de los pacientes y de las características de esta enfermedad en España.

La edad gestacional más frecuente de los pacientes con DBP es 27 semanas y su peso se sitúa en torno a los 890 gramos. En cuanto a los grados de displasia, predomina la más leve que es de tipo 1 (56,3%), seguida de la DBP tipo 2 (23,8%) y DBP tipo 3 (21,7%). La mortalidad global de los pacientes incluidos en el registro es de un 1,4%, siendo significativamente mayor en la DBP tipo 3 (4,1%).

La proporción de formas más graves de DBP aumenta a menor edad gestacional, alcanzando la de tipo 3 el 29,4% de los pacientes nacidos con menos de 26 semanas de gestación. También hay una asociación entre sexo varón e incidencia de DBP, siendo varones el 61% de los pacientes con DBP de tipo 3. Los bebés con este grado de enfermedad registraron 4,5 veces más morbilidad respiratoria en el primer año de vida que los que tenían DBP tipo 1, y 2,03 veces más que los que presentaban DBP de tipo 2. De esta manera, tuvieron una mayor necesidad de ingreso, sintomatología respiratoria, más necesidad de tratamiento respiratorio de base y visitas a urgencias por causa respiratoria.

Los datos del registro GEIDIS han puesto de manifiesto que la incidencia de DBP 2 y 3 se reduce en al menos un 7,3% por cada aumento en semana gestacional. Sin embargo, este efecto deja de ser significativo cuando se tiene en cuenta el tiempo de exposición a ventilación mecánica, la cual se asocia a un aumento de al menos un 5,4% en la incidencia de formas más graves de DBP por cada día de ventilación mecánica.



3.5. INVESTIGACIÓN: OBJETIVOS A FUTURO

Los objetivos de la Fundación IMAS en el apartado de la investigación es común al resto de nuestras actividades: implicar a más sociedades científicas para que desarrollen proyectos de investigación con nosotros. La creación de una línea de investigación en factores condicionantes en salud cardiovascular con la Fundación Española del Corazón (FEC) ha quedado suspendida a causa de la pandemia y se intentará retomar en 2021.



04

Gestión
sanitaria y
calidad

04 Gestión sanitaria y calidad

Dentro de este ámbito, impulsamos iniciativas con el objetivo de reflexionar sobre el sistema sanitario y su organización, proponiendo cambios con el fin de mejorar su funcionamiento y adaptarlo a las necesidades y características de la sociedad actual. En esta transformación pensamos que es indispensable la participación de pacientes y profesionales sanitarios, protagonistas habitualmente olvidados en la política sanitaria.

4.1. PROYECTO DE INDICADORES DE DESEMPEÑO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Este proyecto, desarrollado con la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), IMAS y las sociedades científico-médicas, consiste en elaborar indicadores que permitan medir el desempeño de los servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Servicios de Salud, áreas, hospitales, unidades y atención primaria). El objetivo es desarrollar un registro público, nacional y transparente como instrumento para la mejora de la calidad del SNS y la reducción de las desigualdades. Desde la constitución del grupo de trabajo en mayo de 2018, la mayoría de las sociedades científicas afiliadas a FACME han remitido sus propuestas de indicadores.

En 2020, la Fundación IMAS ha colaborado en 2020 con la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla y León en la elaboración de indicadores para su Observatorio de Resultados.

4.2. LOS PROFESIONALES SANITARIOS FRENTE A LA COVID-19. LA REFORMA NECESARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La pandemia de la COVID-19 ha sido una prueba de estrés para el sistema sanitario español, desvelando importantes problemas en su estructura y funcionamiento. Para analizar la respuesta del Sistema ante la crisis, la Fundación IMAS lanzó una encuesta dirigida a los profesionales sanitarios donde se recogían sus experiencias y propuestas, obteniendo un total de 2.495 respuestas.

Los resultados del cuestionario y las conclusiones se recogen en el Informe “Los Profesionales Sanitarios Frente a la COVID-19. La reforma del Sistema Nacional de Salud”. El objetivo de este trabajo fue contribuir al debate para la reconstrucción social y económica impulsado por el presidente del Gobierno, aportando la visión de los verdaderos protagonistas: los profesionales sanitarios y los pacientes. El documento generó un enorme interés en los medios de comunicación.

Resultados encuesta

Los resultados de la encuesta ponen de manifiesto una gran falta de previsión, ausencia de recursos y una alta tasa de infección entre los profesionales sanitarios, sobre todo en enfermería. El 86% de los profesionales sanitarios encuestados desconocía la existencia de un plan de contingencia contra pandemias en su centro sanitario. El 31% de los profesionales no dispuso de equipos de protección suficientes cuando los necesitó. Del 69% restante, más de la mitad (54%) lo dispuso posteriormente a las dos semanas después de la Declaración del Estado de Alarma.

El 71% de los profesionales que participaron en el cuestionario opinan que no hubo recursos suficientes para identificar a los profesionales contagiados por COVID-19. La tasa de contagio por COVID-19 entre los profesionales sanitarios estimada en esta encuesta es del 16,4%, alcanzando el 26% entre las enfermeras con atención directa a paciente con COVID-19. Por otro lado, el 73% de los profesionales opina que faltaron recursos para el diagnóstico de la COVID-19 en pacientes sospechosos.

El estudio también muestra una gran capacidad de adaptación de los centros sanitarios, quienes elaboraron protocolos para evitar el contagio de los profesionales (71%) así como para el manejo de pacientes con sospecha de COVID-19 en colaboración con distintas unidades del centro (83%), aunque en la mitad de las ocasiones estas medidas se tomaron ya avanzado el Estado de Alarma.

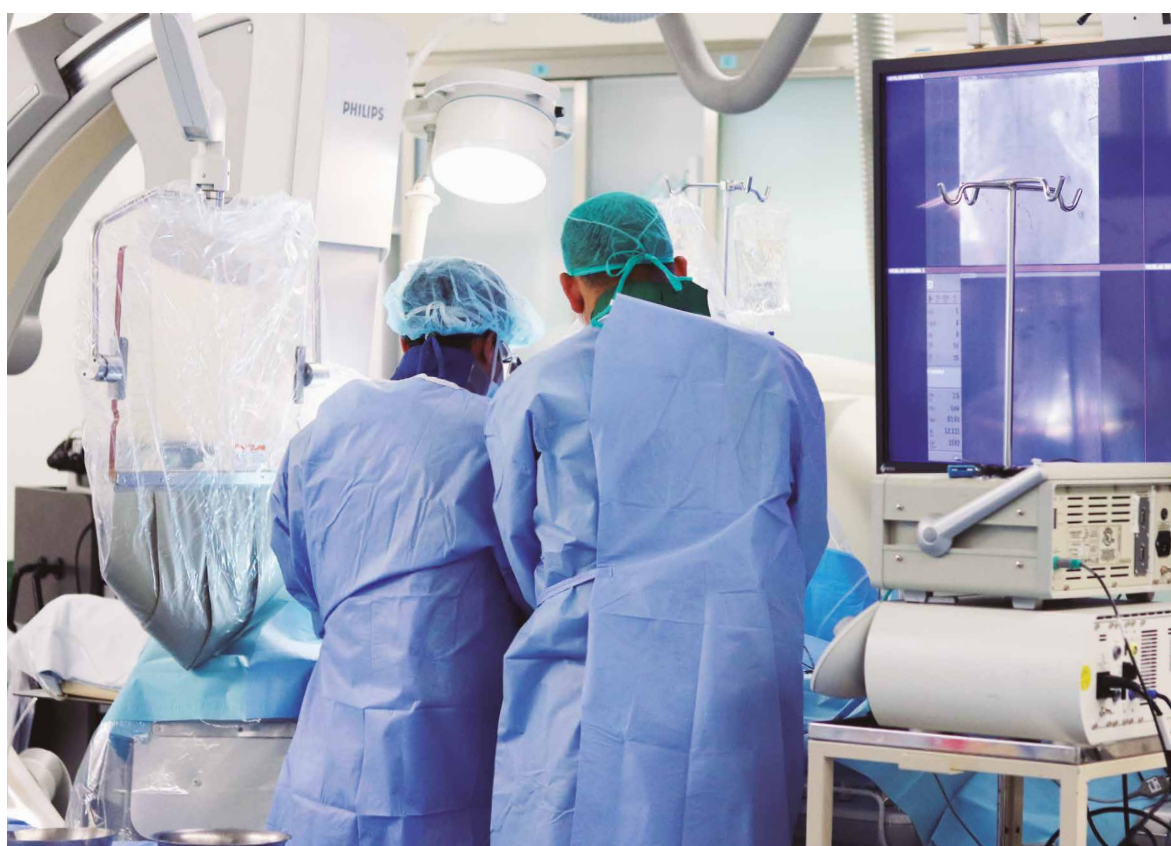
El 78% de los profesionales afirman que se crearon protocolos de derivación desde atención primaria o urgencias a otros centros (el 61% posteriormente a las primeras semanas del Estado de Alarma) pero la derivación no incluyó a la Sanidad privada en el 58% de las respuestas.

Una de las cuestiones que ha alcanzado mayor unanimidad entre los encuestados es señalar que lo que mejor ha funcionado durante la crisis ha sido la actuación de los profesionales sanitarios y el trabajo en equipo, mientras señalaban a la Consejería y al Ministerio de Sanidad como “lo que peor ha funcionado”. La respuesta del servicio o unidad asistencial ha sido valorada con 6,1, las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas obtuvieron una valoración promedio de 4,3 puntos y el Ministerio de Sanidad de 3,6, en una escala de 1 a 10. Además, los profesionales consideran que actuaron con retraso (86% de respuestas en el caso de las Consejerías y 92% refiriéndose al Ministerio de Sanidad).

Las propuestas de los profesionales sanitarios en relación con la asistencia actual apuntan a una asistencia centrada enfocada a la salud pública y comunitaria. Además, reclamaron una reorganización de la asistencia para atender distintos grupos de pacientes y la realización de test a sospechosos de contagio para la detección precoz de infectados, entre otros aspectos.

Perfil de los encuestados

El 71% de los profesionales que respondieron a la encuesta son médicos (1.761) y el 17% enfermeras. El resto son, en su mayoría, técnicos de radiodiagnóstico y terapeutas ocupacionales. El 70% de los encuestados trabajaba en hospital y el 15% en centros de salud. En la elaboración y difusión del cuestionario (abierto desde el 24 de abril al 31 de mayo) colaboraron un gran número de expertos y sociedades científicas: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI); Colegio de Enfermería de Madrid; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC); Sociedad Española de Cardiología (SEC); Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC); Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO); Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID); Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG); y Asociación Española de Técnicos en Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia (AETR).



4.3. ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

En julio de 2020 lanzamos, junto a la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME), un documento de posicionamiento sobre las conclusiones del Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública de la Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción Social y Económica y exigimos al gobierno un diálogo para debatir las propuestas de reforma del sistema sanitario.

Nuestras peticiones se recogieron en 5 puntos:

1. La participación de los agentes principales del sistema.

Las conclusiones dedican su primer apartado a la “gobernanza” del sistema. Aunque los principios generales que se recogen en este apartado son adecuados en términos generales, el Grupo de Trabajo parte de un precedente inaceptable, pues ni las sociedades científico-médicas -salvo excepciones puntuales- ni las asociaciones de pacientes fueron llamadas a comparecer. Las propuestas no concretan la composición de los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias, por lo que no existirá una adecuada gobernanza mientras a estos órganos de gobierno no se incorporen los profesionales sanitarios y los ciudadanos/pacientes.

2. Acabar con la injerencia política partidaria y con la burocratización del sistema.

El documento del Grupo de Trabajo no recoge autocrítica alguna sobre la instrumentalización política de la sanidad. El distanciamiento entre profesionales y políticos es tan grande como la distancia que hay en la opinión pública en la valoración de unos y de otros. Profesionalizar la gestión y transferir responsabilidades organizativas y de gestión a los profesionales son, con la introducción de juntas de gobierno realmente participativas, elementos necesarios para evitar la “politización” mal entendida del sistema. Pero esto no será posible manteniendo el actual modelo de gestión burocrático-administrativo, jerárquico-piramidal de las instituciones sanitarias públicas. El sistema sanitario público debe pasar de una gestión político-administrativa a otra basada en el conocimiento.

3. La competencia profesional, clave en la gestión de personal.

El sistema de gestión de personal del Sistema Nacional de Salud es -como reconocen las conclusiones del Grupo de Trabajo- completamente inadecuado y no tiene equivalente en los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno, donde los empleados públicos del sistema sanitario no son funcionarios. Tampoco son homologables las retribuciones, especialmente bajas en comparación con otros países europeos para los profesionales sanitarios. La gestión de personal en la sanidad pública debe estar basada en competencias y perfiles profesionales, para lo que es imprescindible incorporar

a esta gestión el conocimiento científico-técnico, y dejar para siempre de lado las normas burocrático-administrativas que actualmente rigen la gestión de personal en la sanidad pública. En este sentido consideramos un acierto la propuesta del punto 7.1., estableciendo de un “board” nacional para las especialidades médicas como proceso previo para selección por mérito, para lo que se debe contar necesariamente con las sociedades científico-médicas.

4. Formación médica continuada.

Las conclusiones del Grupo de Trabajo señalan que “la formación continuada debe fomentarse, tutelarse y financiarse por las administraciones sanitarias. En este propósito ha de contarse con la participación de las universidades y los colegios profesionales”. Hasta el momento, es importante resaltar que las administraciones ni han fomentado ni apenas han financiado la formación médica continuada, incumpliendo su obligación legal con el sistema sanitario público. Esta obligación no atendida ha tenido que ser asumida por las sociedades científico-médicas con financiación de la industria del sector. Llama la atención que el Grupo de Trabajo proponga prohibir la financiación por la industria de las actividades de formación médica continuada y de investigación, restando una financiación clave al sistema, en lugar de sumarla a la que la propia administración sanitaria debiera aportar, estableciendo los controles necesarios para que no sea marketing encubierto. Es una buena noticia que las administraciones públicas se comprometan a financiar la formación médica continuada, pero su “tutela” está en contradicción con la autorregulación que esta actividad tiene en los países democráticos avanzados. Aún más, si se deja fuera de este plan de reconstrucción a las sociedades científico-médicas, que son las verdaderas garantes del conocimiento y de la difusión de su avance.

5. Modelo asistencial integrado.

El Grupo de Trabajo incorpora una visión fragmentada de la sanidad: salud pública, atención primaria, hospitales y servicios socio-sanitarios son compartimentos estancos, recomendando que se “coordinen” entre sí. La ausencia de coordinación entre estos componentes ha sido uno de los factores que explican la mala respuesta de nuestro sistema a la crisis de la COVID-19. El Grupo de Trabajo no propone instituciones que tengan una visión integral de la sanidad, ni los instrumentos para incorporar la atención a los condicionantes de salud al funcionamiento de los servicios sanitarios.

El documento fue avalado por todas las sociedades científico-médicas federadas en FACME, con la excepción de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. En total, 44 sociedades avalaron este posicionamiento.

4.4. CONSENSO “POR UN SISTEMA SANITARIO DEL SIGLO XXI”

La crisis del coronavirus ha puesto en evidencia diferentes problemas del Sistema Nacional de Salud. Dicho Sistema fue creado para una sociedad muy distinta a la actual, con un patrón de envejecimiento muy diferente, con menos enfermedades crónicas, con mucho menor desarrollo tecnológico, con un coste muy inferior y con unas necesidades y demandas sociales que no tienen nada que ver con las actuales.

Con el objetivo de actualizar el sistema sanitario, identificar los problemas que tiene y plantear propuestas para solucionarlo, en octubre de 2020 se presentó el documento “Consenso por un sistema sanitario del siglo XXI”. El texto fue coordinado por el consultor Ignacio Riesgo y elaborado con la colaboración de un grupo de expertos, entre los que figuran varios miembros de la Fundación IMAS.

Para realizar el cambio estratégico de mejora del sistema sanitario, el documento plantea 10 puntos clave:

1. El sistema sanitario español ha carecido de reformas en profundidad desde los años 80. La sociedad ha cambiado y, por ello, este grupo de expertos apuesta por un Pacto por la Sanidad, al servicio de la sociedad española del siglo XXI, que incluya a pacientes, profesionales y todos los agentes del sector.
2. Los problemas de los pacientes y profesionales (listas de espera, inadaptación a crónicos complejos, calidad desigual, obsolescencia tecnológica, retrasos en la incorporación de terapias, inequidades de acceso a determinadas terapias, malestar profesional) deben estar en primer plano en cualquier planteamiento de reforma.
3. La actitud hasta ahora de los poderes públicos era la de atender solo al sistema público e inhibirse ante el sector privado. Es fundamental, desde el principio de refuerzo del sistema público, implicar al sector privado en el servicio público, impulsar las formas de colaboración público/privadas y considerar a las empresas farmacéuticas, de tecnología médica y de tecnologías de la información como parte esencial de la cadena de valor del sector sanitario.
4. Es muy posible que el abordaje de los problemas del sistema sanitario vaya a requerir más financiación, hasta ir aproximándonos al menos a la media de los países de la Eurozona en porcentaje de PIB dedicado a la sanidad pública. Sin embargo, los aumentos de financiación no deben ser “operaciones de saneamiento”, sino que deben ir ligadas a mejoras concretas en el sistema, previamente identificadas y bien definidas en sus objetivos.
5. Nueva gobernanza, incorporando la voz de los pacientes y profesionales a todos los niveles. Para ello es fundamental la

creación de un órgano de consulta con representación de los distintos agentes del sector, así como un conjunto de Agencias Nacionales especializadas, empezando por la de Salud Pública. Asimismo, sería esencial proceder a la separación gobierno/dirección en las organizaciones sanitarias e impulsar la gestión clínica.

6. Los centros sanitarios son organizaciones complejas y dinámicas. Necesitan autonomía para adaptarse a las variadas necesidades de los pacientes y responder a los continuos cambios organizativos, tecnológicos y de roles profesionales. En este sentido, es necesario avanzar hacia una mayor autonomía de las organizaciones sanitarias, recuperando iniciativas ya iniciadas en nuestro país sobre la base del consenso, la transparencia y la política de evaluación y rendición de cuentas. Esta mayor autonomía implica, además, separación gobierno/dirección, creando órganos de gobierno en las instituciones sanitarias, y una gestión profesionalizada.
7. Impulso a la transformación digital, en el marco de un nuevo modelo asistencial más adaptado a las necesidades de los crónicos complejos. Dicha transformación digital debe hacerse en el marco de una revisión del actual modelo asistencial que incluya: un refuerzo de la atención primaria, desburocratización de las

consultas, creación de redes asistenciales multiprofesionales y multinivel, desarrollo de actividad no presencial y de la atención domiciliaria, entre otros cambios.

8. Debe impulsarse la autonomía y el reconocimiento de los profesionales, buscando un modelo de relación laboral más flexible, que permita y favorezca el reconocimiento y la diferenciación individual y colectiva, posiblemente albergando una pluralidad de fórmulas contractuales y de servicio.
9. No existe un conjunto de indicadores a nivel nacional, especialmente de resultados, que permita una comparabilidad entre los distintos centros y territorios. Es crítico que se desarrollen un conjunto de indicadores tanto de recursos, como de actividad y resultados, de tal manera que podamos comparar el comportamiento del sistema a nivel nacional, en las distintas comunidades autónomas, áreas, servicios, fórmulas de gestión, y en el sector público y en el privado.
10. El sistema sanitario puede convertirse, a través de sus actividades de innovación y desarrollo, y en colaboración con empresas y Universidades, en un impulsor del conjunto del sistema económico español hacia actividades de mayor valor añadido.

Los Dres. Carlos Macaya, Javier Elola y Antonio Zapatero, presidente, director y patrono de la Fundación IMAS respectivamente, fueron invitados a presentar el documento en un acto celebrado de manera virtual.

4.5. SEMI – EXCELENTE

Este proyecto, puesto en marcha por la Sociedad Española de Medicina Interna con la colaboración con la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria, otorga certificados de excelencia a las Unidades de Medicina Interna españolas en base a unos parámetros de calidad establecidos. El objetivo de esta iniciativa, centrada en las necesidades de pacientes atendidos en los servicios de Medicina Interna, es mejorar la calidad de la asistencia en el Sistema Nacional de Salud (SNS), reduciendo la mortalidad y reingresos hospitalarios evitables, así como la frecuentación inapropiada en los servicios de urgencia, y hacer un uso eficiente de los recursos disponibles.

Para llevar a cabo este reconocimiento, la SEMI y la Fundación IMAS se basaron en 43 estándares de excelencia agrupados en tres procesos clave (atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado en salas de Medicina Interna, apoyo de consultoría a Atención Primaria y a otras especialidades, y atención al paciente crónico complejo y continuidad asistencial); dos procesos estratégicos (formación e investigación); y un proceso de soporte (organización y gestión). Todos ellos vienen descritos en el documento Estándares de Organización y Funcionamiento para un Servicio de Medicina Interna Orientado hacia el Paciente.

Estos estándares han sido extraídos del proyecto RECALMIN, que cuenta con datos de estructura, actividad y resultados de las unidades de medicina interna (UMI) del Sistema Nacional de Salud, así como del documento de estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y así como referentes internacionales de calidad asistencial en Medicina Interna.

Para llevar a cabo el reconocimiento SEMI EXCELENTE, Sociedad Española de Medicina Interna creó un Comité de Calidad quien se ha encargado de validar los documentos e instrumentos del proyecto y de la toma de decisiones para la entrega de los certificados. También se han llevado a cabo monitorizaciones y entrevistas “in situ” con los responsables de las Unidades de Medicina Interna, los gerentes y/o directores médicos, y los responsables de continuidad asistencial y de otras unidades de los hospitales.

Tras la monitorización se realiza un informe con observaciones y recomendaciones de mejora, y la descripción de los estándares con los que cumple cada Unidad de Medicina Interna. Aquellas unidades que certifican adecuar su funcionamiento a dichos criterios reciben el certificado de calidad SEMI-Excelente.

En 2020 se celebró la entrega de certificados de las 10 unidades de medicina acreditadas en 2019 y de 8 unidades de Enfermedad Tromboembólica Venosa.

4.6. GESTIÓN Y CALIDAD: RETOS A FUTURO

Uno de los principales objetivos del área de Gestión y Calidad de la Fundación es lograr que más sociedades científico-médicas desarrollen proyectos de estándares de calidad con IMAS. El progreso en la elaboración de indicadores de resultados en salud en colaboración con las sociedades científicas es otra de las áreas de interés para IMAS, así como la ampliación de los proyectos RECAL. En este sentido destaca la colaboración de IMAS con la Sociedad Española de Cardiología en importantes proyectos estrechamente relacionados con RECALCAR: AVACAR (añadir valor en cardiología).





05 Comunicación

5.1. EVENTOS

En 2020 hemos realizado 3 eventos, dos de ellos de manera online a causa de la pandemia.

Hot Topics en Neonatología

El 13 de febrero de 2020 se celebró el encuentro Hot Topics en Neonatología, un evento anual dirigido por el Dr. Manuel Sánchez Luna, presidente de la Sociedad Española de Neonatología, que se ha convertido en referente de la especialidad. El objetivo de la reunión, a la que se inscribieron unos 400 profesionales, fue dar a conocer los temas más relevantes del congreso internacional del mismo nombre celebrado en Washington DC en diciembre del año anterior. A lo largo de la jornada se hizo una reflexión crítica de la importancia del cuidado y manejo de los recién nacidos muy inmaduros y, por tanto, de mayor riesgo, desde el primer momento en que nacen y las consecuencias a largo plazo de un cuidado inadecuado.

Los profesionales sanitarios frente a la COVID-19. La reforma necesaria del Sistema Nacional de Salud”

El 7 de julio presentamos los resultados de la encuesta sobre la experiencia de los profesionales durante la pandemia en un seminario virtual organizado con la Federación de Cajas de Ahorro (FUNCAS). El acto reunió a expertos de diferentes áreas: medios de comunicación, atención primaria, atención especializada y ciencias sociales. El moderador fue Félix Lobo, director de Economía y Políticas de Salud de FUNCAS.

Programa:

- **Francisco Javier Elola.** Director de la Fundación IMAS y director de la Encuesta “Los profesionales frente al COVID-19”. Presentación informe “Los profesionales sanitarios frente al COVID-19. La reforma necesaria del Sistema Nacional de Salud”.
- **Pepa Bueno.** Periodista. Directora de Hora 25, Cadena SER. “El mejor sistema sanitario del mundo ante la crisis de la COVID-19. El papel de los medios de comunicación”.
- **Salvador Tranche.** Presidente SEMFYC: “El papel de AP durante la pandemia y en la ‘nueva normalidad’”.
- **Mª Cruz Martín.** Jefa de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Torrejón (Madrid). Ex-Presidenta de SEMICYUC. Presidenta electa de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI). “La atención a los pacientes más graves en los hospitales generales de agudos. Lecciones de la pandemia”.
- **Julián Isla.** Ingeniero en Microsoft. Representante de los pacientes en el Comité para los Medica-

mentos Huérfanos de la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Ponencia: “Los pacientes en la crisis de la COVID-19. Logros y retrocesos”.

- **Elisa Chuliá.** Funcas. Ponencia: “Sanidad, determinantes sociales y servicios sociosanitarios. Lecciones aprendidas durante la pandemia”.
- **“Enfermedad Covid-19: La llegada del Hospital del Futuro”. Javier García Alegría.** Director del Área de Medicina Interna de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol (Marbella, Málaga).
- **Carlos Macaya.** Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario San Carlos. Catedrático de Cardiología. Universidad Complutense de Madrid. Ex-presidente de FACME. Presidente de la Fundación Española del Corazón. Presidente de la Fundación IMAS. Ponencia: “La reforma inevitable”.

El vídeo de la retransmisión, alojado en el canal de FUNCAS, ha recibido más de 600 visualizaciones.

III Curso GEIDIS

El 12 de noviembre de 2020 se celebró el III Curso GEIDIS, un evento que reunió de manera virtual a cerca de 300 profesionales. Además de la presentación de los datos del registro, en el curso se trataron las últimas evidencias relacionadas con la DBP de la mano de diferentes expertos nacionales e internacionales. Una de las ponencias más relevantes fue la del Profesor Eduardo Bancalari -jefe de Servicios Neonatales del Jackson Memorial Hospital y uno de los mayores expertos mundiales en DBP-, quien explicó las novedades en el diagnóstico y clasificación de esta enfermedad. Por otro lado, la Dra. Almudena Alonso-Ojembarrena, neonatóloga experta en cuidados intensivos neonatales del Hospital Puerta del Mar de Cádiz, habló del uso de la ecografía pulmonar en el diagnóstico de la DBP, una gran innovación no invasiva diagnóstica en la cual la doctora es un referente internacional.

La Dra. Beena Sood, Profesora asociada de Pediatría en el Wayne State University School of Medicine de Michigan, compartió los hallazgos de una nueva técnica de administrar surfactante a los recién nacidos de muy bajo peso como es la aerosolización, método que su equipo ha probado con éxito. Además, se expusieron los resultados de dos grandes estudios nacionales liderados por el Dr. Antonio Moreno-Galdó -Jefe de la Unidades de Alergia, Neumología Pediátrica y Fibrosis Quística del Hospital Universitario Vall D’Hebron de Barcelona- y Santiago Pérez Tarazona -del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia-. Además, Javier de Miguel, jefe de sección de Neumología del Hospital Gregorio Marañón, revisó la situación actual del EPOC en nuestro país.

Por último, la Dra. Rosa Rodríguez, experta en infecciones por el virus respiratorio sincitial, habló de la interacción de este virus con la pandemia COVID-19.

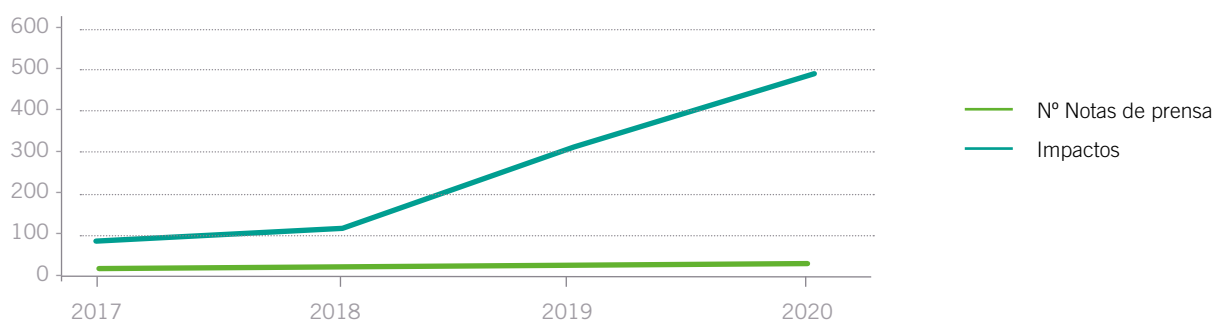
5.2. NOTAS DE PRENSA

En el terreno de la comunicación, hemos consolidado nuestra presencia en medios con casi 500 impactos en prensa en 2020, cuyo valor equivalente publicitario se estima en cerca de 251.000 €. En 2020 hemos lanzado 17 notas prensa, un 35% más que el año precedente, las cuales han tenido en total 494 impactos en prensa (un 36% más que en 2019).

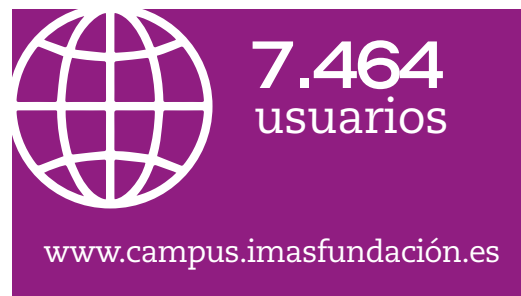
Fecha	Titular	Impactos	Valoración económica
24 de enero de 2020	Diez servicios de medicina interna son galardonados por la Sociedad Española de Medicina Interna por su atención Excelente (SEMI EXCELENTE)	48	25.490 €
14 de febrero de 2020	“Es posible que los neonatólogos estemos en una etapa de transición y veamos cómo cambian las futuras guías de reanimación”	18	9.648 €
21 de mayo de 2020	HOPE COVID-19: el macro registro internacional de pacientes que caracterizará la enfermedad	69	14.856 €
18 de junio de 2020	El 62% de residentes de Medicina Interna en España son mujeres, según constata el último Informe RECALMIN	17	4.767 €
7 de julio de 2020	Los profesionales sanitarios evalúan la gestión del COVID-19: falta de recursos, trabajo en equipo y suspenso a las administraciones	88	67.101 €
15 de julio de 2020	La tasa de mortalidad en Madrid pudo duplicar a la de Nueva York en el pico de la pandemia	33	29.684 €
16 de julio de 2020	La SEMI ha distinguido a 27 servicios de Medicina Interna y a 20 unidades monográficas de distintas patologías por su atención excelente	21	11.392 €
20 de julio de 2020	Análisis de las Propuestas del Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica	22	28.098 €
08 de septiembre de 2020	El “Hospital del Futuro” como respuesta frente a la COVID-19	28	15.036 €
19 de octubre de 2020	Mayor supervivencia en hospitales de alto volumen en el tratamiento de la estenosis aórtica grave	7	917,37 €
29 de octubre de 2020	La mortalidad por insuficiencia cardiaca presenta diferencias de hasta el doble entre comunidades autónomas	27	6.824,56€
29 de octubre de 2020	Reconocidos expertos sanitarios proponen 10 líneas estratégicas para mejorar el sistema sanitario	17	2.830,08 €

Fecha	Titular	Impactos	Valoración económica
30 de octubre de 2020	Aumentan un 65% las hospitalizaciones por estenosis aórtica	10	1.238,42 €
12 de noviembre de 2020	El riesgo de displasia broncopulmonar grave en prematuros disminuye un 7% por cada semana de gestación en el útero	11	744,95 €
1 de diciembre de 2020	El Sistema Nacional de Salud como paradigma del dilema español	3	18.491,89 €
9 de diciembre de 2020	Investigadores españoles crean una calculadora para estimar el riesgo de mortalidad por COVID-19	38	6.630,41 €
9 de diciembre de 2020	El número de unidades de insuficiencia cardiaca aumenta un 42% en España en seis años (RECALCAR)	12	1.281,82 €
	Otras apariciones en prensa	25	5.820,45 €
Total	17	494	250.852 €

Nº de notas de prensa publicadas e impactos recogidos



5.3. PÁGINAS WEB



- **www.imasfundacion.es:** Hemos tenido 14.748 usuarios (unos 1.250 al mes), cifra similar al año anterior.
- **www.campus.imas.es:** Hemos tenido 7.464 usuarios (622 al mes). Son 26,33% usuarios menos que el año anterior. Esto se debe a un menor número de alumnos en 2020.

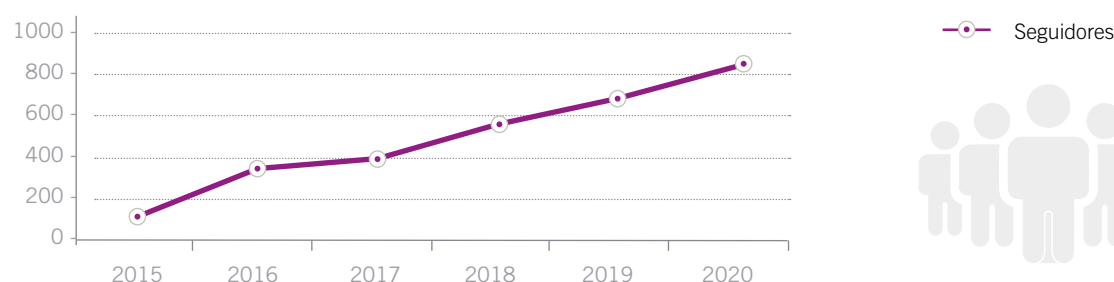
5.4. REDES SOCIALES

Twitter

En 2020 hemos superado los 800 seguidores, habiendo aumentado un 23% el número de followers. Aunque hemos tenido menos actividad que el año anterior, el número de impresiones apenas ha descendido.

Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Seguidores	154	317	398	560	666	820
Seguidores nuevos	154	163	81	162	106	154
Nº Tweets	-	277	236	148	181	86
Impresiones Tweets	17.900	86.000	84.591	130.212	168.591	135.026

Nº de seguidores en Twitter



Estadísticas 2020	Estadísticas 2014-2020
Vídeos nuevos: 7 (307 vis.).	Vídeos totales: 41
Visualizaciones año: 3.129	Visualizaciones: 19.016
Tmp. visualización: 82,2 horas	Tmp. visualización: 928,4 horas
Suscriptores nuevos: 14	Suscriptores totales: 68

YouTube

En 2020 hemos publicado 7 vídeos, la mayor parte de los cuales son presentaciones de las materias del Máster en Gestión Clínica Basada en el Valor. Con esos vídeos, nuestro canal suma ya 41 clips de vídeo. En 2020 el número de visualizaciones de nuestro canal asciende a 3.100 (y un total 82,2 horas) y conseguimos 14 suscriptores nuevos. Desde su creación en 2014 hasta 2020, el canal ha recibido más de 19 mil visitas y conseguido un total de 68 suscriptores.

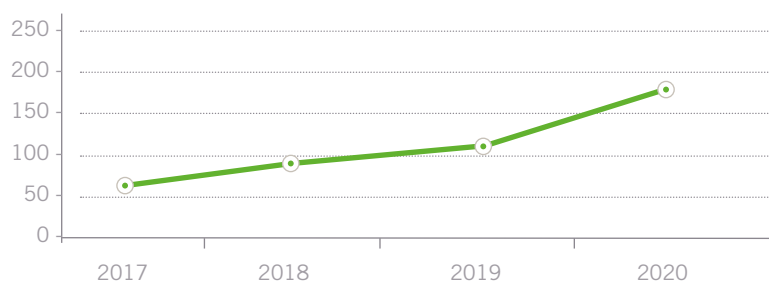
Facebook

El número de seguidores este año se ha situado en 176, un 60% más que el año pasado. Nuestras publicaciones han alcanzado unas 3.500 personas.

Año	2017	2018	2019	2020
Seguidores	61	85	110	176
Seguidores nuevos	61	15	25	66
Personas que le gusta la página	57	82	104	168
Alcance publicaciones (sin contenido patrocinado)	2.485 personas	3.916 personas	3.239 personas	3.412 personas
Alcance contenido patrocinado	60.000 (inversión 55€)	-	90.000 personas (inversión 30€)	

05 - COMUNICACIÓN

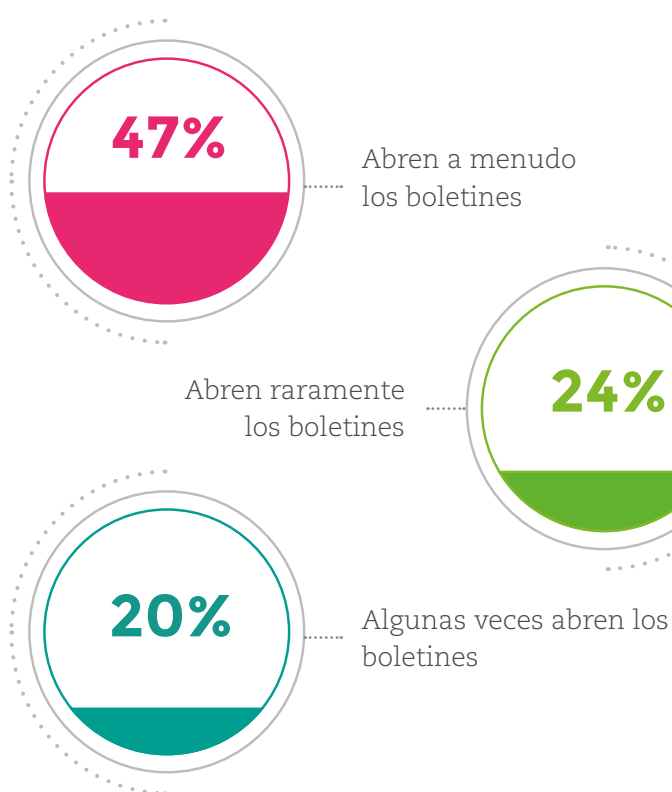
Nº de seguidores en Facebook



Seguidores



5.5. BOLETÍN



1.692 suscriptores



5.6. RETOS COMUNICACIÓN 2021-2022

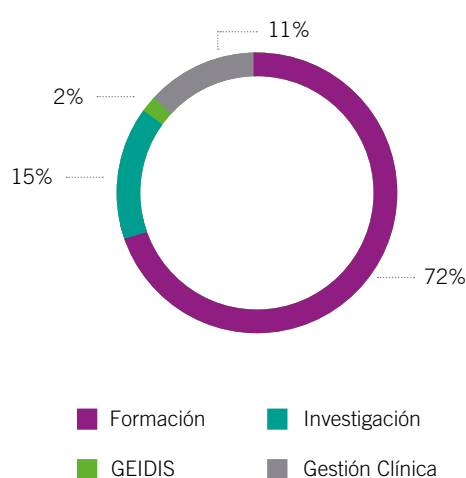
- Cambiar la **página web** de IMAS.
- Homogeneizar y profesionalizar nuestra **imagen corporativa** (documentos, logos, informes, presentaciones, etc.).
- Estimar el valor económico de las **redes sociales**. Mantener o aumentar la actividad en redes sociales (llegar a 1.000 seguidores en Twitter). Cuando se retome la actividad presencial, abrir cuenta de Instagram.
- Mejorar la **comunicación interna** (afectada por el teletrabajo) tanto con patronos como personal.
- Mantener la actividad en **notas de prensa**.



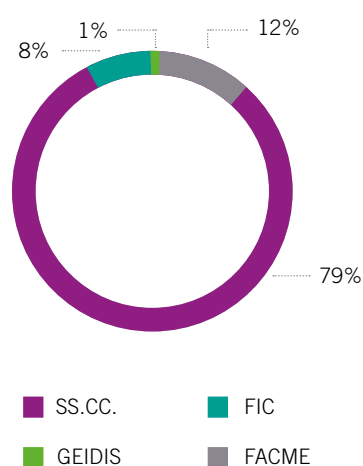
06 Balance económico

El año pasado cumplimos uno de nuestros grandes objetivos: no recibir financiación de la industria. Este año, todos nuestros ingresos han provenido de sociedades científicas (si bien, ellas pueden estar o no financiadas por terceros). En cuanto los ingresos por actividad, estamos paulatinamente diversificando nuestra fuente de ingresos aunque la formación continúa siendo con diferencia nuestra principal actividad.

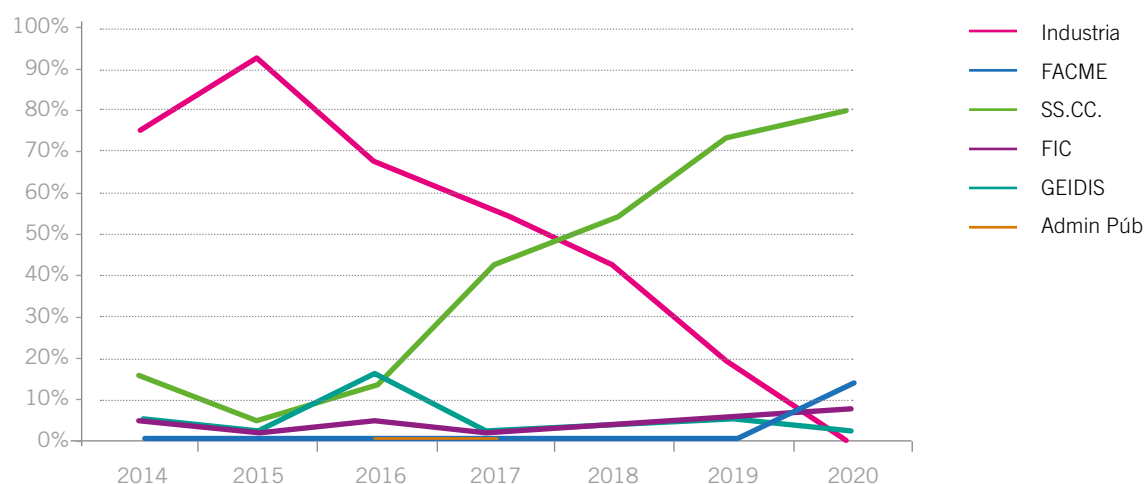
Ingresos por actividad



Fuentes de financiación



Evolución fuentes de financiación



Previsiones para 2021

Proyectos	Ingresos	Costes directos	I-C
Formación			
Subtotal	462.152	326.831	135.322
Investigación			
Subtotal	152.150	4.500	147.650
Gestión Clínica			
Subtotal	83.000	0	83.000
Ingresos y Costes Directos	697.302	331.331	
Ingresos brutos	697.302		
Ingresos - Costes	365.972		
Gastos de funcionamiento	304.393		
Diferencia Ingresos - Gastos	61.578	9%	



Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria
Paseo de Pintor Rosales 18, 1º izq. 28008 Madrid
Teléfono 91 805 23 06
www.imasfundacion.es