



Mirades sobre la pandèmia

JOSEP IGNASI HORNOS
MAGDA CAMPINS
JOSEP MARIA ARGIMON
SARA MANJÓN
GERMÁN BARRAQUETA
LLUÍS MONSET
LLUÍS VIGUERA
ODALYS PEYRÓN
FELIP MIRALLES
MARTA BELLÉS
CARMEN FERNÁNDEZ
EDURNE CUBERO
BRU AGUILÓ
ÀNGEL CHARTE
DÉBORA ESCRIBANO
GUILLERMO MATTIOLI
JOAN SALA SANJAUME
JOAN NADAL
ANNA FREIXES
JAVIER SANTOLARIA
ESTER CORRALES
FRANCESC PERNAS
ORIOl AMAT
JORDI NAVAL
CLARA PRATS
JÚLIA VERGARA-ALERT
ÀNGEL CASTIÑEIRA

A Aramark-Comertel som conscients que l'alimentació impacta directament en la recuperació del pacient.

TOT ESTÀ CONNECTAT.



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 a línia freda.
- Plans de viabilitat, requeriments tècnics i legals, sinergies de plantilles de personal, etc.
 - Cuina central pròpia en línia freda.



Millor cura, millor entorn.

Per més informació:
www.aramark.es

aramark

Comertel
alimentació col·lectiva

Mail: comercial@aramark.es

Una gran oportunitat per a una sanitat única i integrada



DR. JOSEP IGNASI HORNOS VILA
President

A Catalunya, la percepció del valor de la sanitat privada s'ha incrementat durant la pandèmia. Tots els professionals de la sanitat han treballat braç a braç independentment de si eren de la *privada* o la *pública*. En hospitals d'aguts, centres d'atenció intermèdia (sociosanitaris) i oficines de farmàcia, la col·laboració entre professionals privats i públics ha estat encomiable, tant per l'alt nivell professional com per la confiança mútua i l'esforç conjunt.

En aquesta crisi, la persona (pacients i professionals sanitaris) s'ha situat realment al *centre* del sistema. Ha quedat clar que, en situació d'emergència nacional, hi ha una sanitat única que integra persones de diferents centres, grandària i titularitat. Aquestes diferències han quedat relativitzades perquè l'objectiu dels professionals ha estat l'atenció al pacient.

L'afectació de la sanitat privada per la Covid-19 ha estat múltiple i estressant. L'estat d'alarma va significar suspendre la pràctica totalitat de l'activitat «no Covid-19» per atendre, globalment, prop d'un 20% de l'activitat sanitària Covid-19 de Catalunya. La sanitat privada va aportar durant aquest tsunami fins a 2.663 llits i 240 UCI. L'actuació de la sanitat privada catalana ha estat providencial per evitar el col·lapse sanitari.

La repercussió econòmica, en pèrdues de facturació, de la provisió de la sanitat privada a Catalunya se situa entre el 15% i el 35% durant el període de l'estat d'alarma i no s'ha normalitzat fins als mesos de setembre i octubre. El 2020, i probablement el 2021, seran dos exercicis amb pèrdues superiors a un dígit.

Crisi sanitària i crisi econòmica són dos plats de la mateixa balança. No es pot potenciar-ne un sense perjudicar l'altre. L'Estat espanyol haurà de destinar més recursos socials, incloent-hi la sanitat, i haurà de suportar un dèficit públic més gran. El greu problema és que Espanya està fortament endeutada, per sobre del 120% del PIB anual. Perquè l'economia del país es recuperi caldrà promoure, sobretot, el consum interior. La pitjor medicina seria augmentar els impostos. La millor, a més de fomentar el consum, seria reduir sensiblement les despeses de l'Estat. Un estalvi que ha d'implicar, entre altres coses, la millora global de la gestió pública, incloent-hi la sanitària.

El nostre sistema sanitari públic ha arribat al límit de les seves possibilitats per tres raons principals: l'escàs finançament;¹ el control monopolista de l'Estat i les comunitats autònomes en l'assegurament, i la manca de veritable competència en la provisió. I per dues raons secundàries. D'una banda, l'accessibilitat als serveis sanitaris: Espanya és dels pitjors països europeus en aquest indicador, i ocupa el 33è lloc de 35;² i de l'altra, la qüestió dels serveis als pacients crònics, a la gent gran i als discapacitats. Actualment representen més del 80% de les consultes d'atenció primària, més del 60% de les causes d'ingrés hospitalari, i són el principal factor de despesa sanitària. Espanya té un sistema sanitari basat

en hospitals d'aguts i centres de primària, i el pressupost sanitari està excessivament bolcat als grans hospitals.

A tot Europa els sistemes nacionals de salut integren, cada cop amb més intensitat, la provisió i la competència de la sanitat privada, i ofereixen a la ciutadania la possibilitat d'escollir els serveis sanitaris. És urgent i essencial que les administracions públiques decideixin, d'una vegada per totes, canviar el paradigma públic-privat per una sanitat única i integrada. Per aconseguir-ho cal desestigmatitzar la sanitat privada i el concepte d'*ànim de lucre*. Tots els diners que es destinen a la sanitat pública van o bé als salaris de personal (30.000-35.000 M€/any) o bé a mans d'empreses privades (uns 40.000 M€), multinacionals la gran majoria. No hi ha cap empresa pública que sigui beneficiària d'aquests 40.000 M€ gastats per la sanitat pública (vegeu l'ACESInfo 66).

Un altre aspecte urgent és treballar per aconseguir retenir els professionals sanitaris. Cal millorar-ne les condicions laborals i econòmiques. També és fonamental atendre la qüestió de l'obsolescència dels equipaments i materials. Tot això pot suposar un cost de més de l'1% del PIB estatal. Finalment, cal promoure que la ciutadania tingui protagonisme en el disseny i l'avaluació dels serveis sanitaris i sociosanitaris perquè en sàpiga més i pugui escollir millor.

És essencial transmetre un missatge positiu per al futur. Aquesta pandèmia, com totes, passarà. Se'ns fa llarg, però hem de saber tranquil·litzar la ciutadania i mantenir les tres principals prevencions: mascareta, distància social i rentat freqüent de mans durant el temps que faci falta.

¹ Al 2005 l'ACES va publicar en un estudi, presentat també a ESADE, que el sistema sanitari espanyol era financerament insostenible en l'horitzó del 2015.

² Euro Health Consumer Index 2019 Report, pàgina 25.

Sumari

EDITORIAL 5

L'última pandèmia clàssica de la humanitat?

LA SANITAT PRIVADA ENFRONT DE LA PANDÈMIA 6

L'ACES I LA COVID-19 7

AMB CRITERI 12



Josep Maria Argimon, secretari de Salut Pública del Departament de Salut

DEBAT 16

L'esforç de la sanitat privada



AMB CRITERI 21

Felip Miralles, director de la Unitat de Digital Health d'Eurecat

DEBAT 22

Ha fallat la comunicació?



ENTREVISTA 8

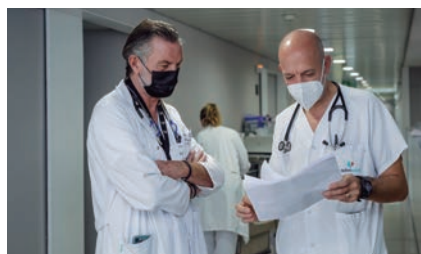
Magda Campins, cap de Medicina i Epidemiologia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron

AMB CRITERI 27

Bru Aguiló, autor de l'informe *Una pandèmia a cegues*

REPORTATGE 30

Veus de primera línia



LA VISIÓ DE L'EXPERT 34

Guillermo Mattioli, degà del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya

REPORTATGE 36

Gestionar durant la crisi



LA VISIÓ DE L'EXPERT 41

Francesc Pernas, arquitecte, president de CASA SOLO

AMB CRITERI 43

Oriol Amat, catedràtic d'Economia Financera i Comptabilitat per la UPF

REPORTATGE 44

Què ens diu la recerca



AMB CRITERI 48

Júlia Vergara-Alert, investigadora del programa de Sanitat Animal de l'IRTA

XARXA ACES 50

AMB CRITERI 56

Àngel Castiñeira, professor titular del Departament de Societat, Política i Sostenibilitat a ESADE

L'última pandèmia clàssica de la humanitat?

El 31 de desembre de 2019 va començar oficialment una catàstrofe sanitària que ha remogut els fonaments de la nostra civilització. Només 10 mesos després d'aquells teòrics primers casos, la Covid-19 s'ha convertit en una de les pitjors pandèmies de la història de la humanitat.

62 milions de casos repartits pràcticament per tot el planeta i més de 1.450.000 morts documentats, l'han fet escalar esglaons dia rere dia en el terrorífic rànquing de les pitjors tragèdies sanitàries de la història. Tot apunta que, amb 670.000 nous casos i 12.800 morts diaris, superarà les xifres de pandèmies com la tan estranyament poc recordada, encara que força propera, grip asiàtica del 1956 al 1958, que va deixar gairebé dos milions de morts, xifra que va superar àmpliament les més properes del segle XXI, com la SARS (2002-2003); la grip A (H1N1), també coneguda com a grip porcina, (2009-2010); la MERS (2012), i l'Ebola (2014-2016).

Amb la imminència de les vacunes per a la Covid-19 és lògic pensar que aquesta pandèmia no arribarà

a les esgarrifores xifres de la pesta negra (1347-1350), amb 200 milions de morts; l'epidèmia de la verola del 1520, amb més de 50 milions, o l'ara recordada grip espanyola (1918-1919), que s'especula va matar fins a 100 milions de persones, encara que la seva coincidència amb la Primera Guerra Mundial fa difícil saber la mortalitat que se li pot atribuir.

D'aquesta extremament amarga experiència podem treure'n com a mínim tres conclusions per aconseguir que no torni a passar. La primera és que tots els governs han d'estar molt més preparats per als nous brots epidèmics o les noves epidèmies que de segur vindran, ja que ells eren, són i seran els principals responsables d'evitar-les i protegir la salut pública.

A escala mundial s'ha revelat imprescindible reinventar un organisme de vigilància i coordinació molt més àgil i eficient que l'actual OMS.

La segona és que, en el futur, tractar les epidèmies com en el segle XVI serà definitivament inacceptable. La discussió entre prioritzar salut o eco-

nomia és un dilema fals i tendencios. El principal factor conegut sobre la bona salut d'una comunitat és el grau de desenvolupament econòmic i els mitjans tecnològics actuals i futurs han de ser una alternativa a fer desaparèixer de la nit al dia tots els drets de la persona i aturar la activitat econòmica i social.

I l'última: totes les epidèmies humanes s'han propagat i continuaran propagant-se a través de la mobilitat de les persones. Les noves infeccions ja fa temps que no tenen límits territorials sinó que poden arribar amb facilitat arreu del món, com ho ha fet la Covid.

Per això caldrà actuar amb molta més celeritat i eficàcia per evitar la transmissió des dels inicis o quan apareguin nous brots.

Però sobretot no ens confonguem: la globalització és el principal vehicle per fer realitat el somni de llibertat, igualtat i fraternitat que consagren la Il·lustració i la modernitat. Anar-hi en contra és, a més d'inútil, una perillosa utopia pròpia d'ideologies totalitàries i dels enemics de les societats obertes.



Aquest número ha estat possible gràcies al patrocini de:



EDITA

Associació 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

Dipòsit legal: B-15206-2012

CONSELL EDITORIAL

Josep Ignasi Hornos
Sergi Freixes
Lluís Monset
Joan Nadal
Odaly Peyró
Albert Punsola
Isidre Rodríguez

DIRECCIÓ GENERAL

Lluís Monset

REALITZACIÓ I PRODUCCIÓ EDITORIAL

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

DISSENY I MAQUETACIÓ

Estudio Freixes Pla
Tel.: 607 984 010
estudiofreixespla.com

FOTOGRAFIA

Xavier Gómez
Montse Giral
Clínica Corachan

REVISIÓ LINGÜÍSTICA

Gemma Garrigosa

PUBLICITAT

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

La sanitat privada enfront de la pandèmia

Quan l'OMS va declarar el 30 de gener d'enguany el brot de coronavirus SARS-CoV-2 com una emergència de salut pública d'importància internacional (ESPII), es van activar a l'ACES diferents accions encaminades inicialment a informar adequadament els socis.

Es va demanar immediatament una reunió conjunta de tots els directors mèdics amb el director general de Salut Pública per conèixer de primera mà la situació i contribuir de manera coordinada amb el Departament de Salut a la contenció de la possible epidèmia. **Aquesta reunió va tenir lloc el 7 de febrer amb la subdirectora de Salut Pública, Mireia Jané, que va concretar les primeres instruccions i circuits que caldria utilitzar en cas de detectar un cas sospitós.**

El 25 de febrer es va fer pública la detecció del primer cas d'infecció per SARS-CoV-2 a Catalunya i a partir d'aquella data les infeccions van anar creixent, inicialment de manera limitada, fins que es va fer impossible la contenció, i es va declarar l'estat d'alarma a tot Espanya, que entrà en vigor el divendres 13 de març a les 00.00 hores i el consegüent confinament general de la població. Des d'aquell moment, les actuacions de l'ACES es van destinar a coordinar l'acció dels centres privats entorn de la pandèmia amb els centres del SISCAT i amb la direcció del Catsalut. Paral·lelament, es va ajudar tots els socis a conèixer la situació i l'evolució de la pandèmia, tant des del punt de vista epidemiològic com assistencial i organitzatiu, i a resoldre tots els dubtes que en els diferents àmbits de nova legislació sanitària, laboral, mercantil o econòmica van anar sorgint per la nova normativa, que va ser abundant, continuada i variada.



ACCIONS ASSISTENCIALS DE LA SANITAT PRIVADA

(7 DE FEBRER A 30 DE NOVEMBRE DEL 2020)

En iniciar-se la primera onada, els centres hospitalaris d'aguts del sector privat, van fer un gran esforç per augmentar els llits disponibles, que van passar de **2.260 (abans de la crisi) a 2.663, amb un increment total del 18%. Durant aquest període, fins al 70% dels llits convencionals van ser ocupats per pacients amb Covid-19 i el 30% restant per a altres patologies.**

En el cas dels llits de cures intensives (UCI), atesa l'extrema gravetat de la situació, encara va ser superior l'esforç que es va fer, de manera que es va passar **de 129 llits a 240, xifra que va significar un augment del 86% en la capacitat inicialment instal·lada. Fins al 90% dels llits d'UCI van arribar a estar destinats a Covid-19 i el 10% restant a altres patologies.**

Així mateix, cal destacar que els centres hospitalaris monogràfics d'especialitats com ara oftalmologia o cirurgia plàstica i estàtica, van cedir a la sanitat pública una part important de llits i tots

els respiradors disponibles. Igualment, **els laboratoris privats de Catalunya van reorientar tots els esforços per poder arribar a tenir una capacitat de resposta de més de 20.000 determinacions de PCR per SARS-CoV-2 diàries, un fet que va ser vital per ajudar de manera molt important a poder diagnosticar adequadament tots els pacients. També cal destacar que centenars de treballadors de centres extra hospitalaris tancats, van voler incorporar-se a centres públics o privats per poder ser útils.**

En la segona onada l'esforç dels centres hospitalaris d'aguts del sector privat ha continuat amb la mateixa dedicació que en la primera, amb la diferència que, tant en la part privada com en la xarxa pública, l'activitat ordinària de cada centre s'ha intentat mantenir a un bon nivell, cosa que, en general, s'ha aconseguit.

L'ocupació mitjana de llits hospitalaris dedicats a la Covid està sent entre un 10% i un 50%, depenent dels moments i el tipus de centre; i l'ocupació dels llits de UCI es manté també entre el 20% i un 60%.

L'ACES i la COVID-19



COMUNICACIÓ AMB ELS SOCIS

JUNTES DIRECTIVES

REUNIONS DEL
10.3.2020 AL 24.11.2020 **12**

ACTIVITAT DIRECTA

COMUNICATS ALS SOCIS **550**

CONSULTES DE SOCIS
RESOLTES PER MAIL **1.537**

CONSULTES DE SOCIS
RESOLTES PER TELÈFON **2.349**

VIDEOCONFERÈNCIA
AMB GRUPS DE TREBALL **37**

REUNIONS AMB UNESPA
PER MESURES
EXTRAORDINÀRIES COVID 19 **5**

REUNIONS AMB
DIRECTORS MÈDICS
D'HOSPITALS **4**

SEGUIMENT SETMANAL
AMB ELS SOCIS
(PRIMERA ONADA):
CONTACTE PER
CONÈIXER LA SEVA
SITUACIÓ I NECESSITATS **6.020**

RECOLLIDA DE DADES COVID DELS CENTRES

RECEPCIÓ DE DADES
SOBRE EL NOMBRE
D'INGRESSOS COVID
TANT DE CENTRES
PÚBLICS COM PRIVATS **4.476**

COL·LABORACIONS AMB EMPRESES

ASCIRES	PMTT
CONFIDE	RANDSTAD
DIGIMEVO	ROCHE
EUGENOMIC	SEROM
GESESA	SHAM
LIGHTEYES	SIRT
MEDIQUO	VALIDATED
NOVONORDISK	

DONACIÓ DE MATERIAL DE PROTECCIÓ

ROCA
MASCARETES
QUIRÚRGIQUES **25.000**

PRIVADA
MASCARETES
FFP2 CE **10.000**



COMUNICACIÓ AMB EL CATSALUT

REUNIONS PRESENCIALS O
VIRTUALS AMB DIRECTIUS **31**

GESTIONS DIVERSES
AMB DIRECTIUS **92**



COMUNICACIÓ CORPORATIVA

GABINET DE PREMSA

GESTIÓ AMB MITJANS
DE COMUNICACIÓ
(PREMSA, RÀDIO I TV) **86**

NOTÍCIES ACES
PUBLICADES A MITJANS **54**

REDACCIÓ DE NOTES
DE PREMSA ACES **4**

XARXES SOCIALS

PUBLICACIONS
TWITTER **221**

PUBLICACIONS
LINKEDIN **171**

WEB

CONTINGUTS COVID
PUBLICATS **120**

VISITES **34.457**

USUARIS **8.901**

FORMACIÓ COVID

CURSOS VIRTUALS **11**

HORES **194**

ALUMNES **65**



MAGDA CAMPINS

Cap de Medicina Preventiva i Epidemiologia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron

«Durant uns mesos hem de reduir al mínim les interaccions socials»

Vivim en un dels països del món on la pandèmia ha tingut més impacte i on, segons han apuntat diversos mitjans de comunicació internacionals (entre els quals hi ha la prestigiosa revista *The Lancet*), la gestió ha estat més maldestra. Quines serien les principals errades que s'han comès?

Vam confiar que durant els mesos d'estiu amb la calor el virus es transmetria menys i no ha estat així. Es va fer una desescalada ràpida i no teníem preparat el sistema de rastreig per fer un seguiment adequat i poder detectar nous brots de manera precoç. Aquest sistema es va posar en marxa més tard, però quan ja hi havia transmissió comunitària i, arribats a aquest punt, és molt difícil aturar l'expansió del virus perquè no es pot fer la traçabilitat dels brots. Per tant, les dues errades més importants han estat la desescalada ràpida i la falta de capacitat de rastreig.

En una pandèmia, si no s'actua ràpid a l'inici, es pot recuperar el temps perdut?

Sí que es pot aconseguir, però aleshores cal adoptar mesures més estrictes, mentre que si s'actua de manera ràpida, aquestes mesures es poden estalviar. Si es detecta un brot puntual en una zona molt concreta, fent un bon rastreig, aïllant els casos i amb quarantena de contactes, el brot es pot

frenar. L'exemple seria el Segrià, on hi va haver un brot, no es va actuar amb promptitud i això va obligar a fer un confinament perimetral. Amb un sistema de vigilància epidemiològica prou ben dotat de recursos, el confinament s'hauria evitat.

Hi ha hagut moltes mancances al nostre país, certament. S'ha arribat tard a moltes coses. Però és veritat que altres països europeus que han utilitzat els recursos millor que nosaltres, també estan tenint moltes dificultats. Això em fa veure que tots hem badat una mica a l'hora de prendre mesures efectives des del principi.

Un tema que als països asiàtics ha estat de gran ajuda és el rastreig mitjançant apps i Bluetooth, que ha permès arribar a un nombre molt més gran de contactes que el que es pot fer amb un rastreig manual. A més, han fet tests a una escala massiva.

Un país que molta gent situa com a referent en aquesta línia que vostè està comentant és Corea del Sud. No caldria haver-lo imitat?

Dels països asiàtics n'hem d'aprendre molt, és evident que sí, però aquests sistemes de rastreig plantegen aspectes jurídics relacionats amb la privacitat de les persones. Ells no tenen unes legislacions tan estrictes sobre privacitat, com les europees, i poden implan-

tar aquests sistemes. Aquí, a l'inici es van considerar seriosament, però de seguida es va parlar de comitès d'ètica i, naturalment, de la llei de protecció de dades. Nosaltres podem utilitzar sistemes de seguiment d'aquest tipus sempre que quedi garantida la confidencialitat, com en el cas del Radar Covid. Dit això, cal que un percentatge força elevat de la població es baixi aquests tipus d'apps; si no, no serveixen de res.

Veiem contínuament persones que no compleixen les normes que s'han establert. Això expressa una manca de solidaritat, sens dubte, però tampoc no es pot negar que de vegades la mateixa ciutadania ha percebut incoherències i ambigüitats en els missatges de les autoritats.

És cert que de vegades s'han donat dades contradictòries i, a més, ha arribat informació per moltes vies diferents (polítics, tècnics de salut, experts en sanitat). Som molts els que hem parlat alhora i no sempre hem manifestat la mateixa opinió. D'altra banda, hi ha informacions que quan s'han donat eren correctes però que després han canviat, a mesura que s'anaven tenint nous coneixements. Per exemple, al principi es posava en dubte l'eficàcia de les mascaretes i més tard es va veure que sí que eren eficaces.

En qualsevol cas, les informacions que s'han de donar a la població han de ser molt concises, molt clares, i tothom les ha de poder entendre. Això facilita que les persones compleixin les instruccions. Sovint la gent rep 20 recomanacions diferents i aleshores acaba que no sap ben bé què ha de fer.

Una de les queixes que s'ha sentit és que, si es tanquen els restaurants, per què no es tanca també el metro?

Al metro i a l'autobús les persones estan molt juntes, però tothom va amb mascareta. En canvi, als restaurants no, com a mínim mentre es menja, i aquest acte pot durar fins a una hora. No és el mateix.

En una pandèmia és clau conèixer els vectors de transmissió. Què en sabem en aquest moment?

En un principi es va donar molt protagonisme a les gotes de cinc micres que es transmeten en una proximitat de menys de metre i mig, unes gotes que, pel pes que tenen, no poden recórrer distàncies més llargues i cauen a terra o damunt diverses superfícies. Això va portar a insistir molt en els guants, la higiene de mans i la desinfecció d'objectes. Ara hem vist que la transmissió per superfícies és molt menor del que creïem en un principi. Als estudis el que es feia era contaminar experimentalment diverses superfícies per comprovar quant de temps hi sobrevivia el virus. Posteriorment, es va comprovar que no era el mateix la quantitat de virus que pot exhalar una persona que té la Covid que la que expulsa artificialment en l'ambient una màquina per fer l'experiment.

L'evidència científica apunta ara als aerosols com a vector més important de transmissió, però perquè aquesta transmissió tingui lloc, s'han de donar un seguit de circumstàncies. Per exemple, hi ha més perill quan es canta, es crida o es fa exercici, que quan es parla normalment, perquè la



«Si es detecta un brot puntual en una zona molt concreta, fent un bon rastreig, aïllant els casos i amb quarantena de contactes, el brot es pot frenar»

quantitat d'aire emès per les persones en aquestes accions és molt més elevada.

Tenint en compte que la possibilitat de contagi en superfícies és més baixa, continua tenint sentit l'ús dels gels a gran escala?

Sí. La higiene de mans continua sent important, no només per la Covid-19, sinó per molts altres virus, com per exemple el de la grip.

Com s'explica aquesta diferència tan gran entre els malalts, des dels asimptomàtics i els que presenten símptomes lleugers fins als molt greus? És només una qüestió de la càrrega viral o hi intervenen altres factors?

És una combinació entre la càrrega

viral i altres factors, i d'aquests el que tenim més estudiat, i que sembla més important, és l'edat. Els joves són majoritàriament asimptomàtics i les persones grans presenten les formes clíniques més greus i el nombre més gran de complicacions. També cal tenir en compte que les persones amb patologies respiratòries cròniques o les persones immunodeprimides presenten quadres de Covid greus. Continuament s'estan descobrint altres circumstàncies. Hi ha un estudi recent que demostra que un 10% de persones que tenen una alteració de la producció d'interferon beta mostren també complicacions importants amb la Covid.

No es podrien assignar els sanitaris que ja han estat contagiats i, per tant estan immunitzats, a tractar



« L'OMS no ha fet la tasca que se n'esperava. Va emetre missatges força contradictoris des d'un bon principi »

Als hospitals, en situacions amb pacients als quals cal fer determinades manipulacions, o a les unitats de cures intensives, on es generen aerosols, aleshores sí que l'FFP2 és necessària, i de fet és la que fem servir.

Creu que l'OMS hauria d'haver tingut un paper més destacat durant la pandèmia?

Crec que l'OMS no ha fet la tasca que se n'esperava. Va emetre missatges força contradictoris des d'un bon principi. No va declarar la pandèmia fins al mes de març, quan al gener ja es veien clarament les dimensions del fenomen. En definitiva, tot ho va fer una mica tard i no va exercir un lideratge.

Som lluny d'un tractament eficaç?

Depèn del que s'entengui per lluny. En els pròxims mesos és difícil que el tinguem. Els tractaments en els quals hi havia dipositades moltes esperances, com la hidroxiclороquina, no han demostrat prou eficàcia. En el cas del remdesivir, ha demostrat certa eficàcia, però només a reduir en uns dies l'estada a l'UCI.

El que sí que estem veient en la pràctica diària és que un medicament «clàssic» com la mexadetasona redueix l'estat inflamatori del pulmó, o que la profilaxi amb anticoagulants ha reduït la mortalitat dels pacients que feien trombosis com a conseqüència de la Covid-19.

Ara mateix hi ha desenes de recerques simultànies per obtenir una vacuna. Quan creu que podria està disponible?

Jo diria que probablement el primer

semestre del 2021, però, és clar, en un nombre limitat de dosis.

I com caldrà administrar aquest «bé escàs»?

Hi ha grups de treball que estan valorant diverses estratègies en aquest sentit. La veritat és que hi ha bastant de consens sobre els tres grups prioritaris. Els primers serien els professionals sanitaris de primera línia que atenen pacients amb Covid, després les persones de residències geriàtriques, tant residents com treballadors, i, a continuació, les persones més grans de 60 anys i que tenen patologies de base.

Què és el que més li preocupa de la Covid-19 en aquest moment?

Que, un cop passem la segona onada, siguem capaços de mantenir el virus contingut i amb nivells baixos de circulació. Si tot i les mesures dràstiques —que no descarto que hagin de ser-ho més encara— ens relaxem i abaixem la guàrdia, els resultats poden ser pitjor que abans. Hauríem de conscienciar molt bé tothom que durant uns mesos hem de portar un tipus de vida en què es redueixin al mínim les interaccions socials. És un sacrifici que cal fer si volem recuperar l'economia i evitar morts, que, per desgràcia, veiem cada dia.

Què pensa de la contraposició entre economia i salut?

És una falsa dicotomia. Sense salut no hi pot haver economia.

Quin missatge donaria als governants?

Que es deixin de lluites polítiques i que treballin en missatges comuns pel bé de la població.

els pacients amb càrregues virals més altes de Covid? No seria una mesura racional?

Seria una mesura racional si sabéssim la durada de la immunitat conferida per haver patit la infecció. En principi, està establert per diferents organismes que fins a tres mesos després d'haver passat la infecció una persona no es reinfectarà. Més enllà dels tres mesos no ho sabem del cert. Hem vist algunes reinfeccions més enllà d'aquest període, si bé no gaire importants en nombre.

Però qui ens diu que, amb el pas del temps, no comencen a ser més freqüents?

Amb la SARS de l'any 2002 o amb la MERS del 2013 es va demostrar que la immunitat podia durar dos anys, però amb la Covid-19 no ha passat prou temps per comprovar-ho.

Si la protecció personal de les FFP2 és molt superior a les FFP1, per què no es recomana clarament aquesta opció sempre?

Amb una mascareta quirúrgica normal per a la protecció de la població a la vida quotidiana ja n'hi ha prou.



JOSEP MARIA ARGIMON

Secretari de Salut Pública del Departament de Salut

Tants caps, tants barrets: la Covid-19 a Catalunya

Aquesta dita es pot abordar des de diferents interpretacions complementàries, a parer meu. D'una banda, vol dir que hi ha tants parers com persones, cadascuna amb la seva visió i interpretació, a partir de la seva experiència. De l'altra, també es pot interpretar com que hi ha un lloc per a cada persona en un assumpte concret i que, si hi ha tants llocs i tantes persones, a cadascuna n'hi correspon un.

Sigui com sigui, la meua vivència enfront de la Covid-19 ha tingut i té dos barrets. Inicialment, com a director gerent de l'Institut Català de la Salut, amb una visió de dispositius, i, posteriorment, afegint-hi la responsabilitat de secretari de Salut Pública, amb una visió més comunitària.

L'11 de març del 2020 l'Organització Mundial de la Salut va declarar

el brot de coronavirus SARS-CoV-2 pandèmia. L'endemà, Catalunya va confinar les àrees de la Conca d'Òdena: Igualada, Vilanova del Camí, Santa Margarida de Montbui i Òdena, i el 14 de març el Govern de l'Estat espanyol va decretar l'estat d'alarma, amb què es confinava tota la població excepte els serveis essencials. Els inicis van ser especialment durs.

JOSEP MARIA ARGIMON
 És l'actual secretari de Salut Pública del Departament Salut, i és llicenciat en Medicina i doctor per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), especialista en medicina preventiva i salut pública per l'Hospital Universitari de Bellvitge (HUB), diplomat en epidemiologia i estadística per la Universitat Pierre i Marie Curie de París, màster en atenció sanitària basada en l'evidència per la Universitat d'Oxford i màster en epidemiologia i planificació sanitària per la Universitat de Gal·les.

Part de la meua preocupació i ocupació diària anava enfocada a com mantenir la seguretat dels professionals que treballen a l'ICS (i això vol dir de tots els professionals dels nostres centres, ja siguin propis o externs) dotant-los d'equips de protecció, trobant professionals per fer front a les baixes... i, també, a com donar una assistència digna enmig del col·lapse dels hospitals i de l'assistència primària (capacitat desbordada a les urgències, a les unitats de cures intensives i

a les plantes d'hospitalització; manca de respiradors i fàrmacs; tancament presencial dels consultoris locals i centres d'atenció primària de gran part de municipis, etc.).

Durant els mesos del pic de la pandèmia vam ser capaços d'unir i coordinar esforços sota un lideratge clínic, i d'introduir canvis sobre la marxa en la manera de fer de les organitzacions. La reorganització dels fluxos de pacients o l'assignació de qui atén a qui i a on (amb l'habilitació de pavellons propers als hospitals i als hotels) va ser una molt bona opció, en especial per poder categoritzar la tipologia de pacients. Hem vist el trencament de les barreres entre àmbits assistencials i entre especialitats, adaptant els rols dels professionals de manera ràpida i segons cada circumstància. També vam saber desplegar imaginació i celeritat per obtenir subministraments, i vàrem canviar el paradigma de l'atenció primària atenent la població majoritàriament amb mitjans telefònics o telemàtics, sense deixar de banda la presencialitat. Finalment, poder disposar d'un sistema sanitari públic fort amb la participació del sector sanitari privat va ser un èxit, equitativament i èticament.

Des d'un punt de vista hospitalari, tardarem mesos a poder recuperar l'activitat assistencial que teníem abans de la pandèmia. Haurem de compaginar l'atenció de casos de Covid-19 amb l'activitat habitual del sistema sanitari, sectoritzant espais nets per garantir activitats com els parts, la rehabilitació, els tractaments als hospitals de

dia o la realització de proves invasives. Haurem de prioritzar intervencions menys demorables i els programes de trasplantaments. Ens haurem de dotar d'una oferta de llits de crítics i semicrítics superior (construint espais satèl·lit al costat dels hospitals), i haurem de consolidar estructures flexibles mantenint equips i abordatges multidisciplinaris. Tot plegat amb la cautela de com evolucionarà l'epidèmia aquesta tardor-hivern, amb l'emergència en algunes patologies no relacionades amb la Covid-19 que s'han de poder tractar adequadament i amb la gestió de les persones que, havent sobreviscut a una afectació aguda de la malaltia, presenten malauradament seqüeles que caldrà atendre.

Des del punt de vista de l'atenció primària haurem de reforçar l'accessibilitat presencial de la ciutadania, juntament amb l'ús de canals assistencials no presencials, com l'eConsulta, la videoconsulta, l'atenció telefònica i l'atenció domiciliària, i haurem de posar èmfasi a garantir que els pacients tinguin un seguiment dels seus professionals mèdics i d'infermeria de referència (l'anomenada *longitudinalitat*).

El paper fonamental de l'atenció primària en la gestió de la crisi de les residències, l'evolució de l'epidèmia durant l'estiu amb l'augment de la detecció precoç, els cribratges poblacionals, el rastreig i el seguiment de casos, i l'obertura de les escoles suposen per als equips una càrrega assistencial enorme. Garantir la seva capacitat d'autoorganització, capacitar-los en l'ús de les eines de diagnòstic per la imatge, treure'ls activitat burocràtica que no els correspon, reforçar les plantilles amb més personal mèdic i d'infermeria (amb la dificultat de trobar efectius) i amb altres perfils, com els gestors Covid i els referents Covid Salut i escola, és un deure i una oportunitat per consolidar accions que hem aplicat durant el pic de la pandèmia i que han arribat per quedar-se.

«Poder disposar d'un sistema sanitari públic fort amb la participació del sector sanitari privat va ser un èxit, equitativament i èticament»

En la fase de la represa, la meua principal preocupació ha estat el focus comunitari i de salut pública, i com trobar l'encaix entre la salut i el retorn a la màxima normalitat econòmica i social que encarem aquesta tardor. Tot el que es faci per controlar la pandèmia des del punt de vista sanitari (disminuir la transmissió del virus, trencar les cadenes de contagi, fer proves...) redundarà clarament en una recuperació més ràpida de l'economia. La conscienciació social és cabdal (distància, higiene de mans, ús de la mascareta i manteniment de les quarantenes) i, per això, és necessari generar confiança. I això passa per la sinceritat en la informació i per justificar acuradament i adequadament totes les decisions que anem prenent. Hem de convèncer i no imposar.

Gràcies a l'esforç en la millora dels sistemes d'informació en temps real sobre l'evolució de la pandèmia, a Catalunya podem analitzar diàriament les dades del risc de rebrot i la velocitat de transmissió de la pandèmia a escala de municipi, comarca i regió sanitària, però també podem baixar a nivell d'àrea bàsica de salut. Això ens permet avançar-nos i

analitzar més acuradament les repercussions que hi pot haver a 14 dies vista en la xarxa assistencial i en la seva capacitat instal·lada. Ens ha permès decidir que en determinades zones calia endurir les mesures i tornar enrere en el desconfinament, o bé veure on cal fer testos massius poblacionals per poder trencar cadenes de transmissió quan l'epidèmia esdevé comunitària. Hem vist com, en algunes zones, el nombre de casos ha augmentat considerablement i a gran velocitat i això ha fet necessari implantar restriccions en alguns municipis. És molt fàcil que pugin les corbes, però abaixar-les és molt lent i es tarda molt de temps a tornar a assolir nivells de control comunitari.

Amb el retorn de l'activitat quotidiana després de les vacances, l'inici de les escoles, la disminució del treball i la mobilitat que implica, els indicadors de ben segur empitjoraran (ja no són bons, actualment). Els cribratges massius a la població asimptomàtica són una eina molt valuosa per controlar l'epidèmia, però no oblidem que és el comportament individual de totes i tots nosaltres el que marcarà l'evolució de l'epidèmia arreu del país.

Responsabilitat individual pensant en la col·lectivitat.

Les corbes depenen del que fem i les mesures de protecció individual i la disminució de la interacció social són les que donen seguretat al nostre entorn: a les escoles, a les residències, a la feina... Tots hem de fer l'esforç comú de reduir els contagis. Ens hem d'obsessionar a complir les mesures de protecció, rebaixar la interacció social i fer els aïllaments quan se'ns demana. Hem de reduir la infecció a casa nostra perquè, per exemple, l'alumnat pugui anar a classe amb més tranquil·litat, fins i tot sense mascareta, i la gent de les residències pugui sortir a fer un volt. Essent solidaris amb la resta farem també que els més vulnerables, els que tenen més dificultats socials i econòmiques, puguin mantenir més o menys la seva vida quotidiana.

Hem de conscienciar la gent que hem de treballar en una nova PCR: proactivitat, complicitat i responsabilitat. És a dir, proactius mantenint les mesures de seguretat, còmplices entre tots sentint-nos participants d'una societat democràtica i responsables des del punt de vista individual i social.

Descarrega't gratuïtament la nostra col·lecció de llibres

"La gestió de la qualitat
en els serveis assistencials"

www.comtecquality.com



JAVIER LÓPEZ PINTO

Director general de Construcciones Bosch Pascual

«El repte assolit per Bosch Pascual durant l'estat d'alarma va ser construir un hospital Covid-19 amb capacitat per a 150 llits en quatre setmanes»

Com definiria Construcciones Bosch Pascual?

Bosch Pascual és una empresa que intenta conjugar una trajectòria llarga i exitosa de més de 40 anys amb una renovada capacitat tècnica i organitzativa. Aquesta combinació ens permet dur a terme projectes complexos amb solvència i seguretat.

Quina és la relació de l'empresa amb l'àmbit sanitari?

Aquests darrers anys l'empresa ha incrementat la seva activitat substancialment. De fet, el principal àmbit de creixement pel que fa a nombre d'actuacions ha estat en l'àmbit sanitari. Actuacions per a l'Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospital Universitari Vall Hebron i el VHIO, l'Institut Català d'Oncologia, el CatSalut, l'Hospital Germans Trias i Pujol, etc., avalen la nostra activitat i coneixement del sector.

Quina ha estat l'experiència de Bosch Pascual amb la Covid-19?

El principal repte va ser l'actuació d'emergència a l'Hospital Germans Trias i Pujol, on, en ple estat d'alarma, es va haver de transformar un projecte de consultes externes en una unitat UCI per a malalts de Covid-19 amb capacitat per a 150 llits en un termini de quatre setmanes. Per a nosaltres ha representat un aprenentatge i un salt qualitatiu en els sistemes de gestió.

Paral·lelament hem executat altres projectes relacionats amb la Covid-19, com la reforma del CUAP Doctor Robert de Badalona, les noves oficines de recerca Covid-19 al Parc Científic de Barcelona o la reforma de l'edifici N.G.S. i Cito-hematologia de l'Hospital Universitari de Bellvitge.



En aquests moments, quin és el principal repte que té la companyia?

Es tracta de la construcció, juntament amb altres empreses, d'un espai hospitalari amb procediments industrialitzats i metodologia Lean a l'Hospital Germans Trias i Pujol, amb una superfície de 4.800 m² que incorpora 20 espais UCI estructurals i 60 UCI per a Covid. L'encàrrec és la realització del projecte i la construcció en un termini d'execució de 20 setmanes. Cal tenir-lo enllestit al gener del 2021.

Sembla difícil...

És un projecte en què la coordinació amb el centre, el CatSalut i tota la resta d'implicats està sent fonamental. De moment anem sobre la previsió feta.

Debat



L'esforç de la sanitat privada

**SARA MANJÓN**

Directora de professionals i organitzacions del CatSalut

**GERMÁN BARRAQUETA**

Director territorial de Quirónsalud

**LLUÍS MONSET**

Director general de l'ACES

**LLUÍS VIGUERA**

Director general de l'Institut de Religioses de Sant Josep de Girona

CONDUCCIÓ DEL DEBAT EN LÍNIA

**ODALYS PEYRÓN**

Cap de comunicació i màrqueting de l'ACES

Què està representant per a la societat catalana la crisi de la Covid?

SARA MANJÓN: Podríem parlar de dues fases. La primera onada va ser un xoc perquè ningú estava preparat. La gent va pensar que, passat l'estiu, tornàriem a una certa normalitat i, quan ha vingut la segona onada, el sentiment ha estat d'expectativa no aconseguida. Al CatSalut tot plegat ens ha obligat a gestionar la incertesa i la complexitat amb majúscules.

GERMÁN BARRAQUETA: Al principi va ser terrible per la incertesa i la falta d'informació i de recursos, i per la gravetat del virus. Tot i així, la societat catalana ho ha viscut amb responsabilitat i disciplina, fent cas de les directrius que es marcaven per part de les autoritats. Després de la primera onada, en què dominava la por, el repunt de casos de la segona onada va provocar incredulitat. Ara mateix estem en un moment en què tothom ha anat aprenent de la situació i determinats aspectes, com ara la comunicació i la gestió, han millorat. És com si la societat hagués fet un màster. Continua havent-hi molt morts malauradament, però, malgrat tot, noto un cert optimisme basat en el fet que comencem a saber què funciona i què no. Les notícies sobre les vacunes hi ajuden i aquest optimisme podria esdevenir eufòria d'aquí a uns mesos, si tot acaba sortint bé.

LLUÍS VIGUERA: La Covid ha estat primer de tot un cop emocional molt fort per a la societat, en especial per a les persones directament afectades. En segon lloc, un gran revés econòmic. Es calcula que tancarà una de cada quatre empreses. Tanmateix, també està significat una ocasió per repensar moltes coses. La incertesa s'ha acabat consolidant com un element estructural en les nostres vides. Molt experts feia temps que parlaven en aquests

termes, però ho feien conceptualment i costava baixar-ho a terra. La Covid ho ha aconseguit fer de cop.

Penso que la pandèmia pot influir en decisions sobre l'estalvi, o de caire professional. Després de la primera onada molta gent ha pres decisions vitals importants. Comparteix l'optimisme d'en Germán, però amb certa cautela. Un aspecte positiu, que potser ha passat desapercebut, és que, malgrat la magnitud del cop, de molts problemes i de crítiques, la confiança en les institucions en general s'ha mantingut amb relació al que podria haver estat. El negacionisme, per exemple, al nostre país és anecdòtic.

LLUÍS MONSET: Ningú no pot negar que ha estat un xoc. No teníem memòria de l'última gran pandèmia i ara hem estat conscients que fa un segle el món en va patir una de catastròfica. Els epidemiòlegs ens diuen sovint que havíem oblidat fets històrics com aquest, però jo em pregunto per què ho van oblidar ells. La població no té per què estar en alerta. El poder públic, sí. És la seva obligació protegir la ciutadania.

Una altra pregunta que ens hem de fer és quina ha estat la utilitat de l'OMS en una situació com aquesta. Potser els governs poden afirmar que els ha agafat de sorpresa, però l'OMS no té excusa. Des del meu punt de vista, la resposta que ha tingut ha estat molt dolenta.

La societat ha donat una bona resposta, efectivament, i la segona onada ha estat un nou xoc encara que potser no sigui tan important com la primera. De cap de les maneres ens podem permetre una tercera onada. El fet que hi hagi moltes vacunes en marxa, evidentment, contribueix a l'optimisme que heu esmentat.



Com valoreu el paper que ha fet la sanitat privada en conjunt, durant la pandèmia?

SARA MANJÓN. Crec que ha estat un exemple molt bo d'integració i de cooperació.

GERMÁN BARRAQUETA. Tant els professionals sanitaris que eren a primera línia com els gestors ens hem oblidat de si la titularitat era pública o privada. El més important era salvar vides i actuar amb immediatesa. Per això es van acabar imposant la voluntat de servei i la generositat de les persones. Va ser un gran exercici de solidaritat en què va ser molt fàcil que tothom, centres públics i privats, s'entengués i cooperés amb l'autoritat sanitària. La informació va fluir entre tots els agents i sembla mentida que de vegades sigui tan difícil fer reunions quan durant aquest temps hem vist que, amb una simple trucada de telèfon, es resolien coses. Els sanitaris i els gestors no han pensat en quina

camisa portaven, sinó a atendre els pacients al millor possible.

LLUÍS VIGUERA. Hi estic completament d'acord. Per posar un titular, jo parlaria de «complement necessari» de la pública. L'actuació de la privada en aquesta pandèmia cal reivindicar-la públicament. Aquest clima antiempresarial que ha enterbolit el país els darrers anys, en general, ha acabat afectant la sanitat privada. Abans no calia dir que volíem ser un país *business friendly*. Ho érem. El Germán ho ha dit: la titularitat no ha comptat per a res, i la prioritització de les persones ha estat unànime.

LLUÍS MONSET. Vaig ser el primer sorprès amb la resposta perquè va ser increïblement eficaç i generosa a tots els nivells, a banda dels directament involucrats, que van ser les instal·lacions hospitalàries i els laboratoris. Es va posar tot l'esforç que calia i més: des de les feines més senzilles d'intendència passant per tot el personal, els gerents, fins a arribar sense cap dubte als propietaris dels centres.

Tot això no hauria estat possible sense una visió absolutament oberta per part del CatSalut i de tots els seus membres, cosa que ha permès coordinar esforços entre la pública i la privada. En 10 dies ens vam posar d'acord en pràcticament tot i la maquinària estava en marxa. Amb el pas del temps, el que hem fet s'explicarà com a exemple de com gestionar una crisi amb eficàcia. I d'aquí la sorpresa, perquè, com apuntava en Germán, en condicions normals, i ara en aquesta segona onada ens passa una mica, de vegades triguem setmanes per posar data per a una simple reunió.

Quines han estat les claus de la coordinació entre sanitat privada i pública per resoldre el dia a dia?

SARA MANJÓN. Les relacions dins de la comissió de proveïdors, que és on ens trobem amb les diferents patronals, van ser molt intenses. Però, a banda d'aquestes reunions, s'ha intentat mantenir una comunicació directa i oberta per resoldre qüestions puntuals. Això ha funcionat i ens ha permès tancar temes amb una sola trucada, encara que fos a hores intempestives.

LLUÍS MONSET. La veritat és que de seguida teníem respostes a les preguntes que fèiem i, a més, aconsegüem resoldre els temes en una situació complexa. En aquesta segona onada la veritat és que, com he comentat, potser triguem una mica massa a posar-nos d'acord perquè no tenim tanta pressió. Una qüestió que és importantíssima, i que el CatSalut va tenir clara des del primer moment, és que passada la primera onada no es

podia tancar l'activitat normal perquè si no, la tragèdia hauria estat molt pitjor. Cal felicitar el CatSalut perquè ho ha aconseguit amb intel·ligència.

LLUÍS VIGUERA. Crec que s'ha donat un gran exemple d'agilitat administrativa en els processos per fer realitat la famosa col·laboració publicoprivada. Això cal tenir-ho present per al futur. Quan hi ha objectius comuns i confiança mútua, tot és infinitament més fàcil.



Ha estat molt difícil convertir-se en centres hospitalaris dedicats pràcticament del tot a la Covid?

Què ha passat amb els malalts que no patien aquesta malaltia durant la crisi, especialment en els casos urgents i greus?

GERMÁN BARRAQUETA. No teníem cap pla que ens expliqués què havíem de fer en una situació com aquesta. Però en qüestió de dies vam deixar de tractar aquells pacients no-Covid que podien esperar per convertir l'hospital en un centre monogràfic. Això sí, en cap moment no vam deixar d'atendre pacients d'especialitats crítiques, com les cardiovasculars o les oncològiques.

Tècnicament, el canvi va ser complicat. Es van haver d'adquirir més equips i convertir blocs quirúrgics en àrees de teràpia intensiva, entre d'altres actuacions. Vam implantar ràpidament diverses pràctiques i ens vam quedar amb les que funcionaven més bé.

LLUÍS VIGUERA. Voldria posar l'accent en un problema de salut derivat

de la Covid del qual no es parla prou. Vaig llegir a la premsa que «la tercera onada serà mental». El tema de la salut mental l'hem tingut històricament menys atès del que caldria, i ara serà una allau, tant per l'afectació emocional directa de la pandèmia com per les conseqüències derivades de l'impacte econòmic. Cal que ens hi anticipem. Em consta que el CatSalut ho té molt present.

Quin paper han tingut les asseguradores durant la crisi sanitària?

GERMÁN BARRAQUETA. A les pòlisses, normalment, tot el que fa referència a l'assistència relacionada amb una pandèmia està en qüestió. Però, malgrat això, la resposta de les asseguradores ha estat generalment positiva a fi d'atendre tots els pacients, independentment del model que tinguessin de relació i d'autorització.

LLUÍS VIGUERA. Hi ha increments estructurals de costos que s'han d'integrar al nostre procés assisen-

cial, i cal reflectir-ho en les nostres relacions amb les asseguradores. No podem seguir tenint un sistema de primes molt baixes i guerres de preus perquè fan mal a tothom.

LLUÍS MONSET. Certament, les asseguradores atenent literalment a les pòlisses podrien haver dit que no els tocava una pandèmia, però això també té noms i cognoms. La senyora Pilar González de Frutos, presidenta d'UNESPA, va trigar poc a adonar-se que havia de donar un

senyal, en el sentit que les asseguradores no podien quedar-se a l'altra banda. Ràpidament van emetre una nota de premsa en què van dir que atendrien els pacients de Covid.

Però també és cert que en general he trobat a faltar que ens haguéssim posat d'acord en certes qüestions quan feia falta una resposta més uniforme per part del sector privat, que, no ho oblidem, és fonamentalment la suma del sector assegurador i del proveïdor.



Tant en els mitjans de comunicació com en algunes instàncies s'han sentit crítiques a la inclusió de la sanitat privada en la gestió de la pandèmia. Què els respondríeu?

SARA MANJÓN. De vegades es fan crítiques per no tenir tot la informació. El que es va criticar no és tant la col·laboració de la sanitat privada,

sinó els preus que es pagaven, per exemple per una UCI, però el que es pagava era el preu que té aquest equipament. Ni més ni menys. Per

als centres públics vam establir el mateix preu. En cap cas no hem tractat millor la privada que la pública. No hem fet tractes de favor.

Quina és la vostra experiència professional i personal de la pandèmia?

Quina reflexió voldríeu transmetre del que heu viscut?

SARA MANJÓN. És una experiència molt dura, però al final t'acostumes a tot. Hi ha hagut com un mantra que s'ha anat repetint i que és què cal fer per evitar que això segueixi creixent. El repte és anticipar-se a la propagació del virus. D'altra banda, hem tingut un objectiu comú tant les organitzacions com la ciutadania, i això ens ha fet forts. És tot un aprenentatge.

GERMÁN BARRAQUETA. M'agradaria que alguns fets que hem vist no els oblidéssim: la rapidesa en la presa de decisions, la posada en marxa dels serveis no presencials, la creació d'un entorn de confiança entre les persones, la humilitat de reconèixer els errors i la capacitat de liderar en temps de crisi.

LLUÍS VIGUERA. Professionalment, dos comentaris. Primer, si hi ha una veritable alineació amb un objectiu comú i es dona confiança, l'èxit està gairebé assegurat. Finalment, mo-

ments com aquests són com un examen sorpresa que arriba, i segons com t'agafi estàs preparat o no. I aquesta preparació no es pot improvisar; és la famosa cultura corporativa, que has de conrear amb els anys. Pel que fa a l'àmbit personal, vull posar en relleu una qüestió que és compartida per tots i que em preocupa: el cansament dels professionals. És un factor que cal tenir ben present ara i sobretot amb vista a l'any que ve.

LLUÍS MONSET. Com a experiència personal és la més desagradable de la meua vida. Les setmanes més crítiques van ser un malson al qual s'afegia la tristesa immensa de sortir al carrer i no veure ningú. Una reflexió que m'he fet arran d'això és com són de fràgils els nostres drets. A partir d'un moment determinat ja no teníem llibertat. Potser hi havia una justificació, però no per això deixava de ser col·pidor. Em preocupa que hi hagi ins-

tàncies socials i polítiques que vulguin aprofitar la pandèmia per fer retrocedir el sistema. Retrocedir per a mi vol dir fer-lo centralitzat i de manera uniforme. Precisament la lliçó que s'hauria de treure de tot plegat hauria de ser la contrària. Cal pensar en la complementaritat d'allò públic i d'allò privat i considerar-los part d'un sol sistema, de moment i pel que pugui venir.

El sistema sanitari no estava preparat per fer front a una pandèmia com aquesta. No carreguem les culpes al ciutadà o a les llibertats. Cal ser exigents amb els nostres governs i amb els organismes internacionals, com l'OMS, perquè facin un paper que no han fet, i amb la Unió Europea, que tampoc no ha donat gaires directrius. Els centenars de milers de morts que hi hagut mereixen que deixem de banda el sectarisme ideològic i ens esforcem a treure conclusions objectives i útils sobre el que ha passat.

FELIP MIRALLES

Director de la Unitat de Digital Health d'Eurecat

Un impuls definitiu a l'eHealth?



FELIP MIRALLES

És doctor en Enginyeria i Tecnologies Avançades per la Universitat de Barcelona (UB). Ha estat emprenedor i docent acadèmic, a més d'investigador, i ha liderat projectes de TIC tant en el sector públic com privat. Els seus interessos en el camp de la investigació abasten els models i la representació del coneixement sanitari, les interfícies multimodals, la intel·ligència ambiental, el telemonitoratge, la salut mòbil, els sistemes de suport a les decisions clíniques i la interoperabilitat.

L'eHealth o salut digital farà ara un salt exponencial en la seva implantació a gran escala perquè la tecnologia ja està madura i la crisi de la Covid-19 ha descobert de sobte la urgent necessitat de tenir-ne. La pandèmia ha fet evident com de necessàries són les noves eines i els nous mitjans per poder tractar els pacients en totes les seves fases, des de la prevenció de contagis, el diagnòstic precoç i la traçabilitat fins al seguiment remot, l'atenció domiciliària i les transicions del domicili a l'hospital i a la inversa per evitar col·lapses al sistema sanitari.

Per optimitzar la coordinació i la gestió de la salut, el desplegament a gran escala d'eines digitals i de telemedicina és un factor clau, ja que permet augmentar el contacte entre el pacient i el cuidador i els professionals de la salut, reservant i especialitzant el contacte presencial per a quan realment aportï valor. Del desplegament generalitzat de les eines d'eHealth en sorgirà un pacient expert i apoderat amb atenció continuada i uns metges capaços de prendre decisions més informades i precises, alliberant els uns i els altres de tasques rutinàries i de desplaçaments.

Les barreres que fins ara semblaven insalvables, com ara l'acceptació de les eines tecnològiques per part de professionals i pacients; qüestions ètiques i morals; seguretat, protec-

ció i privacitat de dades i comunicacions; models de gestió del canvi i models de negoci, sense obviar-ne la importància i complexa gestió, ara se superaran per adequar els nostres sistemes de salut al segle XXI i seguir millorant l'esperança, però sobretot la qualitat de vida de tots els ciutadans.

A Eurecat tenim experiència de més de 10 anys en múltiples projectes i casos d'ús. Fa més de cinc anys vam decidir-nos a implementar dos productes de telemedicina i teleassistència, eKenku i eKauri, respectivament, que s'han anat desplegant en diferents entorns, però que ens ha costat consolidar en un mercat encara poc receptiu. Mentrestant, hem seguit evolucionant models i tecnologies: el projecte Horitzó 2020 CONNECARE, que ha tingut uns resultats excepcionals i d'impacte immediat, ens ha permès validar tecnologia capdavantera en un estudi clínic conduït en quatre regions europees, entre les quals Lleida i la Dreta de l'Eixample de Barcelona. La maduresa tecnològica que estem assolint, l'estem aplicant a projectes d'innovació i transferència tecnològica a pràctica clínica habitual, com ara eVisió, per a l'atenció integrada oftalmològica; Paprika, un programa trimodal de prehabilitació quirúrgica; CKDSens, per a la diagnosi precoç i el seguiment d'afeccions renales, o WeTest+, que permet la valoració funcional de patologies que afecten la mobilitat.

AFORAMENT MÀXIM
DE 3 PERSONES
DINS DEL LOCAL

ACTUALMENT NO ESTÀ
PERMÉS ASSEURE'S A LA
BARRA, SEGONS DECRET
DE LA GENERALITAT

DISTÀNCIA
DE
SEGURETAT

EN AQUESTS MOMENTS
NO ESTÀ PERMÉS
UTILITZAR ELS BANYS

Ha fallat la comunicació?

**MARTA BELLÉS**

Redactora d'informatius
de Catalunya Ràdio,
especialitzada en salut
(opinió expressada a títol personal)

**CARMEN FERNÁNDEZ**

Delegada de l'àrea de salut de
Unidad Editorial a Catalunya

**EDURNE CUBERO**

Directora de màrqueting i
comunicació de Clínica Corachan

CONDUCCIÓ DEL DEBAT EN LÍNIA

**ODALYS PEYRÓN**

Cap de comunicació i
màrqueting de l'ACES

Els mitjans de comunicació han pogut seguir uns criteris i una línia informativa estables, o no hi ha hagut altre remei que anar-los adaptant al curs dels esdeveniments?

MARTA BELLÉS. Hem hagut d'adaptar-nos a molts canvis. Les primeres rodes de premsa explicaven que tot plegat era una grip poc important que no arribaria aquí i que, per tant, no s'havia d'anul·lar el Mobile, per exemple, que s'havia de fer per aquelles dates.

CARMEN FERNÁNDEZ. És veritat que vam començar sent molt incrèduls, i aleshores va arribar el primer cas, que

va ser el 31 de gener. El 14 de març comença el confinament i tots els periodistes van començar a buscar notícies sobre la Covid amb una competència brutal. Fins i tot nosaltres, que som premsa especialitzada, teníem dificultats per posar ordre a aquell tsunami informatiu. A més, les dades eren contradictòries: les de Catalunya no coincidien amb les del Ministeri. El problema de la credibilitat de les dades persisteix encara ara.

Es donava un volum d'informació excessiva i excessivament negativa?

MARTA BELLÉS. Al principi, com que tot era tan desconegut, potser sí que vam abocar molta informació. Connectàvem amb les rodes de premsa en directe i qui les escoltava en aquell moment estava exposat al mateix volum d'informació que els periodistes. Jo, a la ràdio, he intentat no alarmar, però havia d'explicar el que estava passant a les residències, que era prou alarmant. D'altra banda, molta gent, sobretot a Catalunya, estava desconcertada quan veia militars a les rodes de premsa. Tot plegat ha estat un excés. Gran part de les opinions que ens arribaven de la gent mostraven un gran desconcert i una falta de comprensió davant la contradicció de molts plantejaments.

CARMEN FERNÁNDEZ. La infor-

mació estava massa controlada i dirigida. A Catalunya trucaves a diferents instàncies i tothom t'adreçava a la Conselleria, que ho centralitzava tot. Les rodes de premsa eren horribles, amb una informació massa general durant molta estona i després poc temps per fer preguntes. No es podia aconseguir informació de qualitat. Necessitàvem fonts alternatives a l'Administració, però només n'hi havia dues: Metges de Catalunya i la CAMFiC. Un altre problema era la falta d'imatges, i les imatges són importantíssimes. No ens deixaven entrar als hospitals. Com podíem informar del drama que estàvem vivint? Si la gent no podia visualitzar tot això, era difícil després que complís les recomanacions. L'Administració es va equivocar.



MARTA BELLÉS. A les rodes de premsa els que havien de contestar esquivaven les preguntes i, com que eren telemàtiques, era difícil collar-los. Però els informadors es van espavilar buscant fonts als hospitals o en l'àmbit científic.

CARMEN FERNÁNDEZ. Per una banda, teníem la Conselleria fent unes rodes de premsa molt «enllau-nades» i, per una altra, Oriol Mitjà, al costat del president Torra, dient coses diferents de la Conselleria i

criticant-la. Els errors de comunicació han estat continuats.

EDURNE CUBERO. A les rodes de premsa, a banda de la Conselleria, s'hi afegien els parlaments de Pere Aragonès i Meritxell Budó i es feien interminables. Això, a més d'in-necessari, és ineficaç.

MARTA BELLÉS. Almenys aquí a les rodes de premsa tothom podia preguntar, perquè, segons m'han explicat, a Madrid cada dia triaven uns

mitjans i només aquests podien intervenir. La resta no. Ara a Catalunya les rodes de premsa han millorat i es fan unes compareixences molt més àgils. Suposo que es van adonar que dues hores i mitja de persones parlant és una opció que no funciona.

CARMEN FERNÁNDEZ. Les notes de premsa posteriors són un tema a banda: improvisades, mal escrites, amb falta de dades. I un altre tema que val la pena destacar són els monòlegs de Pedro Sánchez. Són l'anticomunicació.

La ciutadania ha rebut una comunicació entenedora?

MARTA BELLÉS. No sempre. El confinament va quedar molt clar a tothom, però després, quan es van establir diferents normes, hi havia moments on un no sabia ben bé què es podia fer i què no es podia fer.

EDURNE CUBERO. També hi va influir que, en cosa de poc temps, canviaven moltes informacions. Nosaltres vam instal·lar a tota la clínica uns vinils amb instruccions, en

aquell moment les mascaretes eren encara un interrogant. Després tot va canviar, i vam haver de modificar tots els vinils.

CARMEN FERNÁNDEZ. Quan s'acaba l'estat d'alarma i comença la desescalada va ser un campí qui pugui d'instruccions. Jo mateixa, que visc al centre de Barcelona, no sabia què havia de fer. Recordo haver publicat un article d'opinió en què demana-

va «pocs missatges, però claríssims».

EDURNE CUBERO. Nosaltres compartim dades amb el Departament de Salut cada dia i rebem també un informe amb l'evolució de les dades a la xarxa de Barcelona de tots els centres públics i privats. Suposo que el Departament de Salut les va voler centralitzar perquè no hi hagués missatges discrepants sobre aquestes dades.

Si haguéssiu pogut aplicar una bona fórmula comunicativa, en què hauria consistit?

MARTA BELLÉS. A partir d'un cert moment, quan es veia que la pandèmia era un fet, hauria calgut que la consellera informés al costat d'algué que en sabés molt. Per exemple, un Argimon. Només dues persones i separant els temes. Parlar de salut

i prou. I, si s'ha de parlar de mobilitat, doncs es fa una altra roda de premsa específica. Però no barrejar-ho tot.

Quant als missatges, caldria haver buscat la pedagogia des del primer

moment, sobre el virus, sobre els tests. I, sobretot, no defugir les preguntes.

CARMEN FERNÁNDEZ. Estic d'acord amb la Marta. I hi afegiria: preparar-se bé les rodes de premsa. Primer



cal començar donant dades homològables amb altres llocs, de manera que es puguin establir comparacions. Després de les dades, cal aportar quatre idees clau que ens permetin saber exactament què està passant. Més que polítics necessitem que parlin els experts. Volem saber si hi ha un comitè d'experts i qui en forma part. En el

moment més greu de la nostra història sanitària recent no pot ser que tinguem tanta gent comunicant tan malament.

EDURNE CUBERO. Crec també que triar dos portaveus clars hauria estat encertat. Pot ser que en una sola roda de premsa no es pugui explicar tot, ja

que aleshores cal escollir els missatges més importants d'un tema i explicar un altre bloc temàtic l'endemà. Sobre les notes de premsa, puc entendre que al principi hi hagués certes dificultats, però amb tants mesos hi ha hagut temps per organitzar-se. De fet, la pandèmia no s'ha acabat i tenim encara molt de temps per millorar.

Fins a quin punt des de l'àmbit polític s'ha generat un discurs de culpabilització de les persones per dissimular les mancances en la gestió?

Ha faltat autocrítica?

CARMEN FERNÁNDEZ. Carregar les culpes a la gent és fàcil, però no és just. Jo el que he vist és una majoria de persones que han complert les normes en tot moment. És veritat que hi ha festes descontrolades i que hi ha brètols, però malgrat tot la tònica general ha estat seguir les normes. També hi ha casos de persones que, per la seva situació socioeconòmica, encara que vulguin, se'ls fa difícil complir-les, per les seves condicions de vida.

EDURNE CUBERO. Jo també he vist molta responsabilitat, i tenia els meus dubtes a priori perquè som un país on a tothom li agrada molt socialitzar, però la gent ha entès que és un període on cal aguantar: pels nostres pares i avis i per nosaltres mateixos, és clar.

MARTA BELLÉS. Tinc dos fills joves i n'han estat molt conscients en tot moment. Es parla dels joves,

però hi ha gent que, quan no es podia, intentaven marxar de cap de setmana, i tenia una certa edat! Penso que si la majoria ha complert és perquè qui més qui menys ha conegut de prop algun cas. Pel que fa a l'autocrítica de l'Administració, no n'hi ha hagut gaire, però justament fa poc en una roda de premsa es va dir que «cal anar a poc a poc per no cometre els errors de l'estiu».

Trobeu alguna diferència entre la gestió que s'ha fet a Catalunya i la que s'ha fet a Espanya?

CARMEN FERNÁNDEZ. Tenen competències diferents. De tota manera, al final, no hi hagut tanta diferència pel que fa a la gestió. Les dues

administracions han comès errors. La politització no hi ha ajudat gens. Rodes de premsa que s'havien de centrar en qüestions tècniques es

feien servir per llançar-se els plats trencats els uns als altres. Ha estat molt trist i no hauria d'haver passat.



Els centres privats han pres la iniciativa de posar en marxa una comunicació molt reforçada per als empleats i clients. Què s'ha fet per garantir una comunicació fluida?

EDURNE CUBERO. Nosaltres vam crear una àrea de comunicació Covid en què estava implicat tot el personal i en què es va generar un ambient d'absoluta transparència sobre tot el que passava a la clínica: el nombre d'ingressats, les mancances d'equips i recursos, els canvis de protocol. El comitè de direcció marcava les directrius, però allà tothom hi tenia veu. Va ser una prova de fortalesa interna i ara, durant la segona onada, l'hem tornat a reactivar.

Un altre element de comunicació in-

terna que va funcionar molt bé van ser els missatges per donar ànims a tot personal davant de la situació i alleugerir la tensió i l'estrès. També vam rebre més de 100 cartes al dia per part dels nostres professionals i els nostres pacients. Les repartíem, en algun cas en paper. Va tenir molt d'èxit. També vam fer uns vídeos de rehabilitació adreçats específicament als pacients Covid.

En comunicació externa vam elaborar unes «píndoles de salut» per a les xarxes socials amb consells sobre

què es podia fer durant la pandèmia en diversos aspectes, com, per exemple, dieta i exercici. Cal esmentar igualment la posada en marxa d'un canal d'atenció telefònica amb una part psicològica i una part de consells mèdics, amb explicacions que no eren tan fàcils de trobar als mitjans de comunicació. D'altra banda, se'ns feien moltes demandes per les xarxes socials que hem intentat contestar amb agilitat i, naturalment, hem anat informant a través dels mitjans habituals, com la *newsletter* o la pàgina web.

És moment d'anar acabant el debat. Hi voleu afegir alguna reflexió?

CARMEN FERNÁNDEZ. Hem tingut més científics que mai treballant en un mateix tema. Però alhora ha sortit una gran quantitat d'informació de mala qualitat. A les redaccions ens arribaven «revistes depredadores» que han nascut amb la pandèmia i que no passen els controls de les publicacions acadèmiques serioses. La informació esbiaixada i interessada ha estat un problema per als periodistes. En una situació normal, per exemple, amb la vacuna de Pfi-

zer, mai de la vida no hauríem fet cas d'una nota de premsa. Pfizer és una gran empresa i segur que no tenim motiu per desconfiar de la nota en aquest cas, però una nota no és una publicació científica.

MARTA BELLÉS. Com a periodistes, ens toca molt destriar el gra de la palla. A la premsa pots rellegir, però a la ràdio hem de ser especialment curosos perquè no es pot anar enrere i els missatges han de ser molt clars.

Ens ajudaria que no ens controlessin i ens limitessin com ho han fet. Haurien de confiar més en nosaltres.

EDURNE CUBERO. M'agradaria que hi hagués més claredat i transparència en la informació, i potser que els encarregats de fer arribar els missatges al públic fossin persones de l'àmbit de la recerca. Al capdavant, l'objectiu és que la població estigui ben informada. No com ara, que un canal diu una cosa i un altre en diu una altra.

BRU AGUILÓ

Autor de l'informe *Una pandèmia a cegues*

Fotoperiodisme en temps de pandèmia



BRU AGUILÓ

És sociòleg i fotoperiodista. Té un màster en Mitjans, Comunicació i Cultura per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i un postgrau en Polítiques Públiques per a Ciutats Obertes per la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Aquesta peça beu de l'informe *Una pandèmia a cegues. Conseqüències del bloqueig fotoperiodístic durant les primeres setmanes de confinament per la Covid-19*, del qual n'és l'autor.

L'any 2013 el fotoperiodista Manu Brabo va guanyar un Pulitzer a la millor cobertura gràfica informativa de la guerra de Síria. Brabo va obtenir aquesta distinció per una feina que aquí no s'ha permès fer sobre l'estat del sistema sanitari durant el confinament, almenys durant les primeres setmanes de pandèmia. Des del 13 de març i fins a mitjan abril, el relat gràfic es va construir a partir de tres tipologies d'imatges: carrers buits, rodes de premsa i aplaudiments de reconeixement i homenatge a personal sanitari.

No es va permetre l'accés de professionals de la imatge a determinats espais sanitaris amb l'argumentari del dret a la intimitat, la prioritització de la gestió de la situació d'emergència i la impossibilitat de garantir la seguretat dels fotoperiodistes. Això és un bloqueig informatiu i una vulneració del dret a la informació. Un altre debat és si queda justificat pel context. I la resposta és que no.

La fotografia és una font de veracitat. Ofereix la possibilitat d'immortalitzar una realitat donada. La fa tangible i perceptible: la democratitza. Construeix memòria col·lectiva. Per extensió, construeix memòria històrica. Podem reflexionar sobre la Guerra Civil sense pensar en les fotografies de Gerda Taro i Robert Capa? O sobre les protestes de la plaça de Tian'anmen del 1989 o l'atemptat de l'11S a Nova York sense les imatges corresponents?

Quines seran les fotografies icòniques que representaran l'impacte de la

Covid-19 a casa nostra? A partir de quines imatges construirem memòria col·lectiva? Socialitzar el dolor, mostrar la realitat del que va passar i del que passa a centres sanitaris, residències, tanatoris, etcètera, evidència les conseqüències de l'impacte del virus. Evidència també les conseqüències de certa flexibilització o relaxació per part d'alguns sectors de la societat enfront de les mesures per evitar contagis. Evidència la lluita per la vida dels pacients i del personal sanitari.

Cal posar damunt la taula la responsabilitat social tant de departaments de comunicació com de periodistes i fotoperiodistes. Els mitjans de comunicació són una de les fonts d'informació clau sobre les quals els individus construeixen la seva percepció de la realitat. Alhora, el fotoperiodisme és un dels punts nuclears en les narratives dels mitjans de comunicació de masses. Coartar l'accés a la realització i/o publicació d'imatges és tallar les ales a la reflexió ponderada. Preguntar-nos a qui beneficien les imatges publicades —i les no publicades— comporta interrogar-nos sobre qui treu rèdit de la construcció del relat.

No és qüestió de cercar culpables. El que cal és «obrir el meló»: tenir els debats necessaris i compartir reflexions per tal de garantir el dret a la informació en el si d'una societat madura i democràtica, per evitar cobertures paternalistes —el «tot anirà bé»— i deshumanitzades —el bombardeig permanent d'estadístiques.

Dedicats al sector sanitari, ara més que mai



La missió de la nostra empresa, SEROM, és donar un servei de qualitat que respongui amb exactitud i eficàcia a les demandes dels nostres clients. La situació que vivim actualment, provocada per la crisi de la Covid-19, ha fet aflorar noves necessitats, sobretot en un dels nostres sectors més preuats: l'hospitalari.

Des del començament, vam voler donar resposta a la nostra missió i, conseqüentment, vam col·laborar amb diversos hospitals del territori català per ampliar-ne la capacitat i adaptar les instal·lacions a les noves necessitats creades per la pandèmia. Els primers exemples els vam tenir amb la Vall d'Hebron, l'Hospital Clínic i l'Hospital Sant Pau a Barcelona, i amb l'Hospital Can Ruti a Badalona. Hi vam treballar amb la màxima precaució i qualitat, mentre els centres donaven resposta a la urgència d'aquells primers mesos.

A la Vall d'Hebron, per exemple, vam transformar la cinquena planta de l'Hospital de Traumatologia, Rehabilitació i Cremats per convertir-la en una nova àrea per a l'atenció de pacients crítics amb Covid-19. En aquest espai s'hi van poder acollir fins a 80 llits de cures intensives. Aquesta intervenció, com totes, va ser un gran repte d'organització i adaptació dels espais, ja que tant l'obra com l'Hospital ens vam haver d'adaptar diàriament segons com evolucionava la corba de pacients ingressats.

El nostre objectiu és sempre respondre amb immediatesa i agilitat en tots els nostres projectes, sobretot davant de situacions d'emergència. Volem estar sempre a disposició per donar solucions i respostes ràpides davant de qualsevol necessitat d'adaptació o ampliació de les instal·lacions. Tot, amb una afectació mínima al ritme de feina dels centres.

Per tal d'aconseguir-ho, apostem activament per l'impuls de la digitalització i les metodologies d'innovació, com són el BIM i el LEAN, en què formem contínuament la nostra plantilla. També tenim experiència treballant amb contractes IPD (Integrated Project Delivery), un mètode d'execució conjunta de projecte i obra basat en l'eficiència i la participació de tots els col·laboradors.

En el marc d'aquesta tipologia de contractes, actualment estem fent dues intervencions a l'ICO Duran i Reynals i a la Vall d'Hebron, respectivament. En tots dos centres estem executant un projecte per a la creació de noves plantes d'hospitalitzacions polivalents transformables en unitats de cures intensives.

CREACIÓ D'HOSPITALS POLIVALENTS

El mes de setembre, SEROM, juntament amb una altra empresa del nostre grup, Calaf Constructora i CIMELSA vam ser adjudicatari de la construcció de l'Edifici Hospitalari Polivalent al Parc Sanitari Pere Virgili/Hospital Vall d'Hebron.

L'hospital forma part de l'estratègia ideada pel CatSalut amb l'objectiu enfortir el sistema sanitari català davant la crisi generada per la Covid-19, amb cinc nous espais hospitalaris polivalents. El projecte, que esperem acabar en un temps rècord de 20 setmanes, és de nova construcció i comptarà amb una planta baixa més tres plantes superiors. En total, 4.000 m² i més d'un centenar de llits. A més, un cop executat tindrà la capacitat d'adaptar els seus usos en només 24 hores.

Aquests *timings* tan ajustats s'aconseguiran gràcies a la construcció *off-site* (fora de l'obra) de gran part de l'estruc-

«El nostre objectiu és respondre amb immediatesa i agilitat en tots els nostres projectes, sobretot davant de situacions d'emergència»

tura i els acabats, que es transporten ja fabricats a l'obra, que avança paral·lelament. També gràcies a l'aplicació de tecnologies ja esmentades com la metodologia BIM, que permet la modelització de l'obra des del projecte i la creació d'un entorn col·laboratiu i els processos LEAN, com la sistemàtica Last Planner System.

L'organització interna i l'equipament d'aquest edifici hospitalari polivalent estan pensats per adaptar-se a la corba de contagis, assumint els pics amb màxima agilitat. En moments de treva, es pot destinar a altres usos compatibles i necessaris com a centre de formació, unitat d'hospitalització, laboratori, hospital de dia, centre de recerca o unitat de rehabilitació.

Aquest projecte reflecteix a la perfecció la nostra oferta al sector sanitari: presenta una elevada flexibilitat i adaptabilitat d'usos, s'adapta a les necessitats específiques de cada centre i incrementa la seguretat dels professionals i dels pacients. A més, ofereix una solució sostenible per atendre també necessitats futures.

Des de SEROM continuem treballant per oferir solucions reals i innovadores per tal de convertir-nos en el millor *partner* per revalorar les infraestructures sanitàries del territori català.



Veus de primera línia

L'ACES info ha conversat amb dos professionals que han estat al costat dels malalts de Covid-19 en els moments més crítics. Els textos que presentem, resumeixen les explicacions, les reflexions i les emocions que ens han transmès. Complementàriament, oferim la visió d'un expert sobre l'estrès patit pels sanitaris.



ÀNGEL CHARTE

Metge internista i cap del Departament de Medicina de l'Hospital Universitari Dexeus

TERROR ALS ULLS

El mes de febrer llegíem sobre la malaltia i érem conscients que venia un repte. El que no sabíem és que aquest repte es convertiria en frustració. Frustració per a nosaltres i per als malalts. Teníem un bombardeig d'informació farmacològica que canviava cada tres o quatre dies i la veritat és que no sabíem com tractar-los.

El clima que es va anar generant va transformar la frustració en tristesa. Cada matí era més dur arribar a l'hospital. I tot el meu equip compartia aquest sentiment. Això sí, ens donàvem suport entre nosaltres, i en aquest sentit vull recordar la valentia de les auxiliars i de tot el personal. Les morts eren dures en si mateixes, però sobretot perquè les persones

no es podien acomiadar dels seus familiars i amics. Tot plegat feia la sensació de desastre total.

Al centre tenim cirurgians molt reconeguts que han fet moltíssimes operacions difícils. Un dia mentre ajudava a portar la llitera d'un malalt de Covid a l'UCI, em vaig trobar amb un d'ells, que, en veure'm

atrafegat, em va preguntar: «Char-te, què fas?». «Doncs res —li vaig contestar—, acompanyar aquest senyor a l'UCI». Aleshores ens va ajudar a portar el malalt i, un cop el vam haver deixat, el cirurgià es va quedar tot absort. Per destensar la situació li vaig dir: «És difícil de portar la llitera?». I em va respondre: «No, és que he vist el terror als ulls d'aquesta persona».

ELS APLAUDIMENTS

Amb el temps hem après a tractar els malalts de manera empírica i a aconseguir millores. Per a les pneumònies de la Covid-19 fem servir corticoides amb una certa precisió i utilitzem aquest antiviral del qual s'ha parlat tant, el remdesivir. Hem hagut de ser una mica autodidactes. I això val també per als protocols hospitalaris.

Els professionals hem rebut un suport total del centre, però no sé si el tracte ha estat tan bo en tot el sistema sanitari del país. I no parlo de diners, sinó de sensibilitat, de suport moral i d'oferir prou mitjans.

Al mateix temps que a molts centres no hi havia respiradors, s'organitzaven els aplaudiments als professionals. I també, al mateix temps, a molts edificis del país apareixien pintades en què es podia llegir: «Marxa que ens infectaràs», perquè algun veí s'havia assabentat que al primer tercera hi vivia un sanitari. Som un país d'emocions del moment que no serveixen per a res. Quan ens han desconfinat, ens hem llançat en massa al carrer, oblidant-nos dels aplaudiments i de totes les mesures de seguretat.

El que necessiten els professionals de tot el sistema sanitari és un suport real, perquè el que hem viscut ens ha passat factura. Han sortit estadístiques en què es diu que un determinat percentatge de sanitaris



volen deixar la professió. A algú li sembla estrany?

PATOLOGIES QUE DESAPAREIXEN

Un fet que em va inquietar molt els mesos inicials de la pandèmia és que no rebíem ni infartats ni persones amb ictus o amb còlics nefrítics. Qualsevol patologia greu habitual va desaparèixer de cop. Amb els politraumatismes s'explica per la restricció de l'activitat i la disminució molt alta d'accidents, però és impossible que en sis mesos no haguem vist infarts.

L'únic que ha pogut passar és que la gent amb patologies greus, per por d'anar als centres sanitaris, s'hagi quedat a casa. La pregunta és: quantes morts hi ha hagut per aquest motiu? No ho sabem ni ho sabrem mai.

Això vol dir que la Covid-19 té un efecte afegit, que és deixar desemparada una part de la població. De fet ara, amb la segona onada, s'està començant a reproduir aquest patró una altra vegada.

«EXPERTS» I OPINADORS

Durant la pandèmia ens van «estalitzar». Vam rebre malalts de la

sanitat pública, i vull subratllar que jo, personalment, estic encantat d'haver-ho fet. La sanitat privada ha donat la talla durant tot aquest temps i ho segueix fent. Hem assumit entre un 35% i un 40% de la pressió assistencial per la Covid.

L'estructura directiva de la Quirón, com tot el personal, ho ha fet molt bé. En general, tinc un gran respecte envers totes aquelles persones que s'han trobat en la situació d'haver de prendre decisions difícils. El que em mereix menys respecte són els suposats experts mediàtics, que, en els pitjors moments, ens anaven dient el que havíem de fer, quan ells no havien vist ni un sol malalt de Covid. I pel que fa als opinadors que ni tan sols formen part l'àmbit sanitari, d'aquests ja no vull ni parlar-ne.

Malgrat tota aquesta tristesa i aquest desencís, hem d'estar esperançats. Demano a tothom que es cuidi i que faci servir la seva llibertat amb responsabilitat. I vull ser indulgent amb els polítics perquè ningú no estava preparat per això i tots hem fet el que hem pogut. Si s'han comès errades, ha estat per desconeixement.



DÉBORA ESCRIBANO

Infermera d'urgències de l'Hospital CIMA Sanitas

PREVISIÓ PER AL XOC

El centre ens va preparar abans que comencés tot. Ens van dir que hauríem d'afrontar una situació que no havíem viscut mai abans i, quan ens hi vam trobar d'un dia per l'altre, ho vam entendre de seguida.

Com a infermera has vist més d'una vegada que hi ha malalties que acaben malament, però no estàs acostumada a un determinat volum de morts. Jo veia ingressar 5 o 6 persones al meu torn i l'endemà, quan tornava, ja no hi eren. Quan això passa, la por hi és, però més que per nosaltres per la possibilitat de contagiar les nostres famílies.

En aquells moments inicials, intercanviaves impressions amb companyes que treballaven en hospitals grans i t'adona-

ves que l'impacte en aquests centres era molt més important. M'explicaven que hi havia pacients que es morien abans de rebre els resultats de les proves i poder ser traslladats a l'UCI.

PODRIEN SER ELS NOSTRES PARES

Les infermeres ens vam implicar amb els pacients i patíem molt per ells quan vèiem que empitjoraven. Suposo que, en veure molta gent entre 40 i 70 anys, els identificaves amb els pares i amb els germans. Et preocupaves tant, que quan tenies un moment tranquil a Urgències, t'acostaves a l'UCI per veure com evolucionaven.

Els moments en què, just abans d'intubar-lo, el malalt feia una videotrucada a la família per acomiadar-se, et colpien. I després hi havia la gent que

no tenia absolutament ningú, que et feien sentir una estranya barreja d'impotència i d'injustícia.

Quan s'esmenten les cures, un pensa, per exemple, a fer una bona hidratació de la pell o les analítiques que toquen, però la qualitat de l'atenció va més enllà. És captar allò que el malalt et vol dir amb el llenguatge no verbal o seure amb ell un quart d'hora per parlar, si la seva situació ho permet.

AMB TRAÏDORIA

Aquesta malaltia actua amb traïdoria. Vaig viure un cas molt particular en aquest sentit. Un senyor de 48 anys estava ingressat ja feia uns dies i se li va fer una visita per veure si se n'anava cap a casa. Era just quan havia baixat la incidència de la Covid i ens podíem

permetre tenir-lo en observació. Estava força recuperat; l'únic que li passava és que encara tenia la febre. Doncs bé, 12 hores després es va morir.

Un altre cas va ser el d'un senyor que feia una setmana que estava diagnosticat i que es va presentar a Urgències un matí perquè continuava tenint febre. Li vam posar el saturador d'oxigen i estava a 96, per tant era normal. Però a mesura que passaven les hores, la saturació va anar baixant, fins que va haver d'entrar a l'UCI.

També feien patir les estranyes percepcions d'algunes persones. Un dia ens va arribar a Urgències un home que deia que només es trobava una mica malament i en mirar-li la saturació d'oxigen, estava a 85. Això vol dir que pràcticament s'estava ofegant! I quan l'hi vaig preguntar, em va contestar: «Però si no em costa respirar».

IRRESPONSABLES

El fet d'haver viscut tant de patiment fa que t'emprenyis davant les irresponsabilitats. Quan veus, per exemple, persones que no són capaces de respectar la distància ni a la cua per pagar al súper. No se n'adonen, que



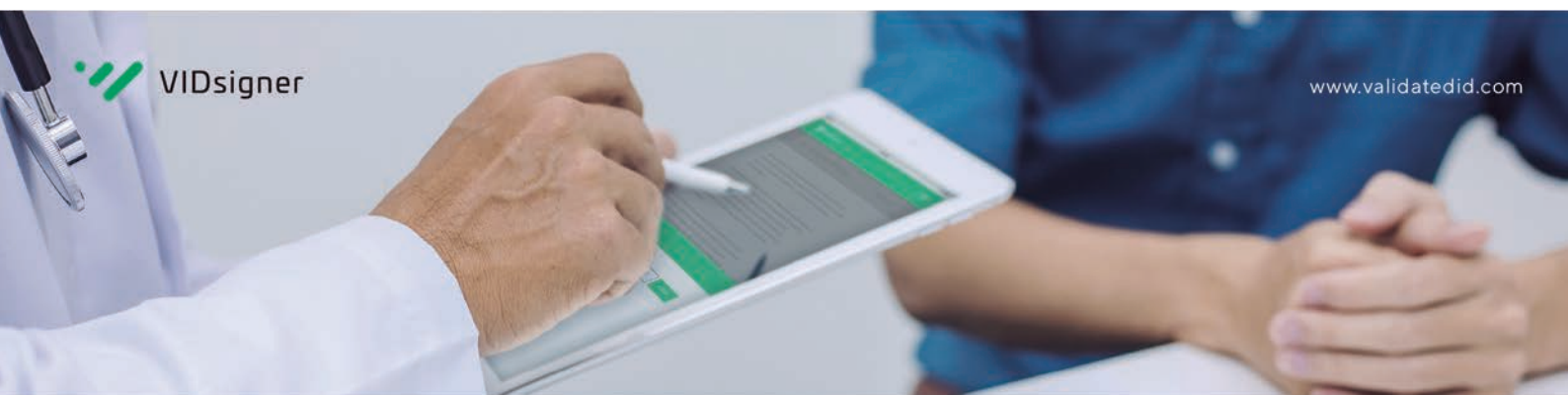
pel fet d'enganxar-se a la teva esquena, la caixa no anirà més ràpid?

Puc entendre que hi hagi gent que no sigui capaç de comprendre la dimensió real del problema. El que em costa més, però, és que a algú que ha vingut sense mascareta a Urgències, li donis tots els arguments de per què n'ha de portar i que et digui que no se la posarà perquè l'angoixa.

I després tenim els que diuen que «això és una gran mentida». A aquests em nego directament a qualificar-los.

Psicològicament estem cansats i desgastats. Pots estar estressat un temps, però si aquesta situació s'allarga massa, al final t'acaba afectant. La part positiva és que n'hem après molt i l'experiència adquirida a la primera onada ens està servint ara per a la segona.

La inseguretats inicial respecte als contagis, per exemple, ja no la tenim. Ens sentim superprotegits. De fet, gairebé tots els professionals que s'han contagiat, ho han fet fora del centre.



LES PERSONES SÓN EL PRIMER

SIGNATURA ELECTRÒNICA DE CONSENTIMENTS INFORMATS I D'ALTRES DOCUMENTS RELLEVANTS ALS CENTRES DE SALUTS I SERVEIS SOCIALS.

VIDSigner és la solució de signatura electrònica que s'integra amb el seu programa de gestió i que permet gestionar de manera molt més eficient els documents que requereixen la signatura de pacients i facultatius, com els formularis d'admissió o els consentiments informats.

VIDSigner, desenvolupat per Validated ID, és el servei de signatura electrònica amb més nombre d'integracions en el sector salut.



GUILLERMO MATTIOLI

Degà del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya

«La nostra ment no tolera la incertesa»

Quines serien les causes més habituals dels trastorns relacionats amb la Covid-19? La incertesa davant el futur? La por del contagi? El confinament?

Sí, totes aquestes. La nostra ment no tolera ni la incertesa ni la ignorància. Si no tens un futur clar, tampoc tens un present. I la pandèmia, més el confinament, més totes les precaucions, més tot el que no se sap, i ja no diguem el trist espectacle dels polítics, només pot generar sentiments

d'impotència, avantsala de l'angoixa, que arriba quan sentim que no estem a l'altura.

Quins trastorns específics pateixen els professionals sanitaris?

Les persones que treballen a la sanitat estan abocades a prioritzar els altres per davant d'elles mateixes. I en situacions crítiques, com ara guerres, terrorisme o catàstrofes, aquest biaix s'incrementa i pot donar lloc a angoixes, però també a

creativitat. Generem inventiva i millors reflexos, que de vegades arriben a cercles viciosos d'autoexigència, avantsala del *burnout*, tan típic en professions d'ajuda i que expressa un SOS. En si mateix, això no és una patologia. Ans al contrari, es tracta de reaccions positives davant de situacions greus. És quan arriba la calma que s'incrementa el risc d'aparició de símptomes, és a dir, de patiment acompanyat d'interrogants autocrítics.

La presa de decisions crítiques, com ara la prioritització de pacients, seria probablement un dels aspectes que més malestar pot causar?

Les i els professionals sanitaris ja vivim normalment «surfejant» dilemes ètics, generats de vegades pels avenços tècnics i d'altres per qüestions extrasanitàries, com ara les retallades econòmiques. I, a banda de tot això, ens trobem amb pacients que, per no morir sols, només s'aferren al professional, que, de cop i volta, es veu fent de familiar de la persona que agonitza. Altres vegades també sentim la necessitat tècnica i humana de blindar-nos davant del patiment del pacient, en un estretament transitori i parcial del focus, per tal de poder continuar fent la nostra feina.

Es poden prendre mesures preventives?

En general suposo que sí. Crec que és un tema que pertoca als dissenyadors de polítiques sanitàries. En qualsevol cas, els psicòlegs i psicòlogues hi tenim molt a aportar, i ja hi ha hagut iniciatives molt interessants, com el Projecte HU-CI (humanitzant les UCI), liderat per un grup de metges/esses i infermers/eres intensivistes, amb la participació de professionals de la psicologia, que, entre altres mesures, proposen que hi hagi atenció psicològica a les UCI, tant per al personal sanitari com per a pacients i familiars. Durant la primera onada de la pandèmia, aquest programa va ser implementat a sis hospitals catalans i a d'altres de la resta de l'Estat.

Podrien quedar seqüeles a llarg termini entre els professionals?

A llarg termini no es pot dir perquè tot depèn, no només de l'estímul, sinó també de la personalitat prèvia, del temps passat «a la trinxera», de les tendències resilients de cada persona, de les situacions viscudes, etcètera. El programa Galatea, en el qual participa el COPC i que brinda assistència psicoterapèutica a perso-

nal sanitari i social, és un bon observatori de l'evolució de les seqüeles que quedaran d'aquesta emergència en els professionals. Durant l'estat d'alarma, la Fundació Galatea va arribar a atendre uns 450 professionals de la sanitat i els serveis socials afectats per l'atenció a primera línia de la Covid-19.

Quines són les teràpies o les tècniques que millor poden ajudar els professionals sanitaris?

L'atenció de la pandèmia ha necessitat i ha atorgat un gran paper a la psicologia de les emergències i de l'acompanyament al dol, i presumiblement donarà pas a un increment a l'atenció del trauma i de l'estrès posttraumàtic. Responent a encàrrecs de l'Administració local, des del COPC vam fer el servei d'assistència telefònica, amb una línia específica per atendre professionals sanitaris, així com un seguit de guies i recomanacions dirigides a aquest col·lectiu, a més d'atenció en grups d'acompanyament al dol, a la conciliació laboral en feines telemàtiques. I continuem dissenyant serveis innovadors no existents encara a les carteres de serveis.

Què està suposant la pandèmia per al vostre col·lectiu? En què ha variat l'exercici de la professió?

La pandèmia ha agreujat una situació preexistent. Espanya és un gran consumidor de psicofàrmacs i, a falta d'atenció psicològica, la prescripció

psicofarmacològica esdevé encara més el recurs predominant del metge de capçalera i dels serveis de salut mental. La psicoteràpia, per la seva banda, que ja era majoritàriament una pràctica privada, incrementa la seva resposta a aquesta necessitat d'atenció psicològica de la ciutadania.

Tot i que aquesta activitat privada va ser i és molt castigada naturalment per les restriccions de mobilitat, és la que està cobrint de manera molt majoritària les necessitats d'assistència psicoterapèutica de la població i, molt especialment, de la població que no vol o no reacciona als psicofàrmacs. Durant el confinament, el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya va oferir a la ciutadania un servei d'assistència telefònica, assistit per professionals de l'àmbit d'emergències, que va atendre milers de trucades de persones desbordades per la situació.

La reacció de la professió a les restriccions de mobilitat ha estat l'increment de l'assistència telemàtica, per videoconferència. Aquest increment ha permès mantenir els tractaments, tot i que hi ha una minva important en la qualitat de la relació d'ajuda. Molts pacients toleren acceptablement aquesta reducció i d'altres no, però és cert que els tractaments es poden fer igualment i els i les professionals estem aprenent a treure lliçons d'aquesta simplificació relacional.

Gestionar durant la crisi

Cinc responsables de centres i un arquitecte expliquen la seva visió de la pandèmia

JOAN SALA SANJAUME

Director territorial d'HM Hospitales

«Sense la sanitat privada la situació hauria derivat cap a un col·lapse molt greu»

La crisi sanitària ha afectat tot el grup de manera diferent segons les característiques de cada centre. HM Delfos és un hospital general amb altes prestacions d'equipaments i alta complexitat. HM Sant Jordi també és general, però té una complexitat mitjana, i l'Hospital HM Nens és monogràfic. Tanmateix, hi ha hagut decisions que han estat comunes per als tres centres.

Els protocols s'han hagut de canviar o adaptar en dos grans àmbits: el mèdic i el logístic. El repte era important i la resposta ha estat excepcional. Professionals de diferents especialitats s'han relacionat per poder gestionar la crisi tan bé com han pogut. S'han fet canvis molt difícils que, sense aquesta situació, serien impensables. I, si tot ha funcionat, és perquè absolutament tothom han remat en la mateixa direcció: metges, infermeres, personal de neteja, administratius.

Al començament la protecció dels sanitaris va passar per una etapa curta de disparitat de criteris, però ben aviat els protocols es van unificar. Quant als visitants, aquí s'ha hagut de treballar més perquè no tothom té l'experiència ni el coneixement per entendre com d'important és la protecció. Es van viure alguns dels moments més durs: la impossibilitat de veure els familiars ingressats.



Jo diria que en aquesta crisi, per fer un símil amb el món acadèmic, la sanitat privada s'ha doctorat. Tenim un valor indiscutible, per activitat, per nombre de professionals i de pacients, per la complexitat que gestionem. En la pandèmia això ha aflorat com mai.

Es pot ignorar la realitat o tenir opinions ideològiques disperses, però els resultats són indiscutibles. Tots els analistes coincideixen a dir que hem estat determinants. Sense la privada la situació hauria derivat cap a un col·lapse molt greu.

Els polítics han comès errors, igual que els científics i altres col·lectius. I qui no n'ha comès? La situació era inesperada i nova. M'agrada valorar la reacció a les

disfuncions i aquí tots ens hem de posar bona nota perquè hem sabut rectificar. Alguns han dit que canviar de criteri continuament és una debilitat, però jo ho veig com una fortalesa! Cal ser benèvol amb tots els actors, i d'aquí uns anys, quan ho veiem amb una certa perspectiva, ens adonarem que ho hem fet millor del que pensem ara.

Potser quan el tema de la Covid-19 hagi passat, la gent ho oblidarà tot de seguida. Però crec que els professionals haurem de reflexionar amb la mirada a llarg termini. Per exemple, la nova arquitectura sanitària haurà de pensar en espais polivalents que es puguin transformar fent petits canvis modulars d'una manera ràpida i, sobretot, reversible.

JOAN NADAL

Gerent del Centre oftalmològic Institut Català de Retina – Barcelona

«Vam muntar unes urgències especials 24 hores ateses majoritàriament pels caps de servei»

Com a centre monogràfic la pandèmia ens ha afectat menys perquè no hem tingut pacients de Covid-19 per tractar. Això sí, hem atès persones amb Covid que presentaven patologies oculars que no podien esperar, com, per exemple, un desprendiment de retina.

Cap al 15 de març vam decidir que només atendríem urgències i casos inajornables. Al cap d'uns dies la Generalitat va aprovar un decret que d'alguna manera validava aquesta decisió. Vam muntar unes urgències especials 24 hores ateses pels caps de servei. No perquè el personal d'urgències habitual no hi estigués capacitat, sinó perquè amb el mínim personal es poguessin atendre els casos complexos de cada especialitat. El nostre gran objectiu era que no es compliquessin les patologies dels pacients.

Aquest equip d'urgències va ser molt proactiu. Es dedicava a repassar sistemàticament l'historial dels pacients i trucava a aquells que tenien pendents qüestions importants per resoldre. Així, es van poder fer les cirurgies prioritàries i les ajornables es van reprogramar i es van fer posteriorment un cop aixecat l'estat d'alarma. Com que el volum d'intervencions va baixar molt, en teníem prou amb un respirador, de manera que els que no utilitzàvem els vam cedir a hospitals públics.



Ateses les circumstàncies vam haver de fer un ERTD de força major que va afectar el 70% de la plantilla i vam implantar el teletreball. Vam anar reincorporant el personal segons les necessitats i quan l'ERTD va arribar al final tot el personal es va acabar de reincorporar. A mesura que els treballadors arribaven, els fèiem les proves pertinents per saber qui havien passat la Covid-19 i si hi havia algun positiu.

Hem estat molt curosos amb la protecció, tant del personal sanitari com dels pacients i visitants. A banda dels protocols habituals de mascareta i higiene, hem instal·lat panells de metacrilat a recepció, a les sales d'espera, als despatxos i als office, on cal treure's la mascareta per menjar. En aquest sentit, hem rebut la certifica-

ció Applus+ de protocols d'Higiene i Control. Però potser una de les mesures que més ha cridat l'atenció és la construcció de tres carpes al pati exterior. La finalitat ha estat acollir aquells acompanyants de pacients que no era necessari que entressin a l'edifici. Cal afegir que a l'interior del centre vam reduir l'aforament un 50%.

El coronavirus ens ha fet pensar en l'arquitectura i la distribució dels espais. Tanmateix, si no es construeix un edifici nou, això és difícil de modificar. En canvi, sí que es pot incidir en la tria dels materials d'elements ja existents. Per exemple, se sap que la persistència del virus SARS-CoV-2 és molt més llarga a l'acer que al coure. Penso que caldria aprofundir en aquesta mena de qüestions.

ANNA FREIXES

Apoderada del Centre de Medicina Correctiva

«La rehabilitació en línia ha permès evitar la densificació als nostres centres»

Durant el primer confinament vam haver de tancar dos mesos. La facturació va baixar entre un 10% i un 20%. Els centres de rehabilitació vam arribar a un acord amb el CatSalut que ens ha permès rebre ingressos com si tinguéssim activitat. La majoria de mútues també es van avenir a apujar una mica les tarifes per raó de les despeses extraordinàries que hem tingut. Crec que podem salvar l'any.

Molts casos els atenem a domicili. Més de la meitat de la plantilla —unes 100 persones— la tenim fent visites als pacients. També oferim molts serveis en línia. Alguns han de ser necessàriament així, com és el cas de la logopèdia, perquè les classes s'han de fer sense mascareta.

Pel que fa als exercicis de rehabilitació en línia estan tenint molt bona acceptació. A més, ens han permès evitar la densificació als nostres centres —un total de vuit al Vallès— incrementant l'espai entre pacients.

Els protocols els vam tenir clars des del primer moment. Vam ampliar les hores de neteja i ens vam proveir de guants, mascaretes i tot el que calia. El mes de març els



materials estaven a uns preus impagables: una mascareta podia arribar a 1,5€. Tant mascaretes com guants costaven el doble que ara i hi havia una certa escassetat. Afortunadament, al cap d'un mes, els preus van començar a ser més raonables i el proveïment va tornar a funcionar bé.

Els pacients han anat tornant a poc a poc. Això sí, per seguretat, treballem amb un 60% de l'aforament. Estem rebent també nous pacients. Són de dues tipologies: d'una banda, persones que la pública no

ha pogut atendre i han aprofitat que tenien una mútua per venir, i, de l'altra, persones que s'han fet d'una mútua en veure les dificultats d'atenció a la sanitat pública. A més, alguns centres de rehabilitació han tancat i els clients s'han adreçat a nosaltres.

Si torna a venir una altra pandèmia, estarem més ben preparats. Sabrem reaccionar més ràpid i no partirem de zero. De tota manera, és un escenari que no em vull plantejar. Amb el que tenim ara ja n'hi ha ben bé prou.

JAVIER SANTOLARIA

Director mèdic de la Clínica de Molins de Rei

«Al principi l'Administració ens demanava moltes dades i ens ofería poques solucions»

Certament, al principi no estàvem preparats, però un cop muntat el sistema d'aïllament i aplicats els protocols tot va funcionar perfectament. Respecte als protocols tant el Departament com el Ministeri oferien unes guies, si bé al final els vam anar creant nosaltres mateixos tenint molt en compte les característiques del centre, que és sociosanitari i té hospital de dia.

Tot i que estàvem ben protegits, va ser inevitable que entre el personal hi hagués por del contagi, i vam haver de dir que no calia anar sobreprotegits. Les mesures eren bones i suficients: mascaretes, rentat de mans, bates i davantals, prova a qualsevol empleat amb símptomes o que hagués tingut contacte estret amb algun positiu, separació entre llits, etc. Es van establir àrees Covid per als pacients positius. Al juliol vam organitzar una xerrada per explicar al personal que les coses s'estaven fent bé. I la prova és que en cinc mesos només vam tenir un cas intern.

Quan la crisi va arribar, feia pocs mesos que m'havia incorporat. Sense saber òbviament el que ens esperava, ja tenia decidit fer canvis importants. En lloc de centralitzar la fisioteràpia en un sol espai a la planta baixa, vam habilitar unes unitats per fer aquesta activitat a cada planta. La decisió es-



tava orientada a optimitzar el temps dels fisioterapeutes, però durant la pandèmia va anar molt bé per fer els aïllaments i evitar els contactes entre les persones que utilitzaven les diferents unitats.

Al començament el material va arribar tard. Vam tenir problemes amb els equips de protecció individual perquè no ens en subministraven. Vam haver d'improvisar uns davantals fets amb bosses d'escombraries i recordo haver portat la mateixa mascareta una setmana seguida. Durant un temps l'Administració ens va estar demanant

dades contínuament, però, a canvi, ens ofería poques solucions. Afortunadament, això va millorar després.

Tot el que està passant ens ha de fer reflexionar molt. A la majoria dels pacients joves els operen d'apendicitis i l'endemà ja són a casa. En el cas d'una persona de 90 anys el postoperatori pot ser complicat i comporta molta atenció sanitària. Els hospitals grans podrien quedar alliberats en part d'aquesta atenció si s'invertís en mitjans humans i materials en els sociosanitaris a fi de convertir-los en hospitals geriàtrics. Així s'estalviarien recursos.

ESTER CORRALES

Directora mèdica de Creu Grogà

«Els arquitectes hauran d'imaginar nous espais i nous circuits»

Quan va començar la pandèmia l'activitat assistencial va davallar, però a diferència d'altres centres semblants al nostre, vam decidir no tancar les portes. No podíem negar l'assistència als pacients i havíem d'ajudar la sanitat pública, que estava desbordada.

Només vam tancar els serveis no essencials, però també n'hi havia d'altres, com oftalmologia, que sovint no es podien ajornar. Ens vam comunicar per telèfon o en línia amb els pacients, i això va ajudar a discernir si el cas podia esperar o no. L'avenç en telemedicina ha estat espectacular: hem fet en un any el que potser ens n'hauria costat vuit.

Els mesos de juliol, agost i setembre han estat de plena activitat. La gent va deixar de banda la por inicial i va tornar a venir, també pensant que si hi havia una segona onada ja s'haurien pogut visitar.

El nostre centre més important, el de Creu Grogà Calella, té cinc plantes i 3.500 m², però tot i que disposem de molt espai, vam decidir muntar una carpa annexa a l'edifici, de 40 m², per millorar la seguretat. És aquí on fèiem les proves de la Covid-19, i si algú tenia símptomes sospitosos, se'l derivava també a la carpa. El personal, sobretot els metges més grans,



ens van agrair molt aquesta iniciativa. Afortunadament no hem hagut de patir pel material, ja que quan vam veure el que passava a Itàlia, amb el gerent vam decidir comprar tot el que necessitàvem i vam instal·lar mampares de vidre a molts espais.

La previsió és essencial. En aquest sentit les autoritats haurien pogut comptar més amb la sanitat privada per fer les proves PCR. Tot el que ha passat hauria de servir per millorar la relació publicoprivada. M'agrada com ho han fet a Alemanya. Un institut científic de referència ha liderat la gestió i els polítics li han fet cas. N'hauríem de prendre nota.

La pandèmia ens ha de fer pensar. Certament, si en vingués una altra, estaríem molt més ben preparats, però hem de replantejar-nos moltes coses, com, per exemple, l'arquitectura dels centres. No pot ser que s'estigui morint un familiar i no t'hi puguis acomiadar. Això es podria resoldre estructuralment. Nosaltres, que tenim un servei d'urgències molt important, necessitaríem una sala d'espera compartimentada per evitar contagis.

Els arquitectes hauran d'imaginar i crear nous espais i nous circuits per als fluxos de persones. Els centres del futur seran diferents.

FRANCESC PERNAS

Arquitecte, president de CASA SOLO

«L'arquitectura sanitària no s'ha d'abordar a correuita en moments de crisi»

L'arquitectura d'un centre sanitari pot influir en la capacitat de respondre millor o pitjor a una crisi sanitària?

L'única resposta efectiva a una crisi sanitària només la poden donar les persones i els mitjans, no els espais. Dit això, la qualitat arquitectònica dels centres sanitaris és un aspecte que cal potenciar i tenir sempre present. És una ajuda, i no només en temps de crisi, que permet treballar millor als professionals i escurça les estades dels pacients. Els moments de crisi són de «o tot o res» i l'entorn físic pot ajudar a minimitzar els enrebancs.

Un bon disseny d'espai i circulacions, ergonòmic i, sobretot, unes bones instal·lacions (elèctriques, mecàniques, de ventilació o de gasos medicinals) aporten valor. D'altra banda, que els centres disposin d'algunes zones lliures a l'entorn o de recursos pròxims adaptables, ja siguin hotels o pavellons esportius, s'ha demostrat que és eficaç per descongestionar algunes unitats i donar una resposta més adequada.

Quines lliçons podríem aprendre de la irrupció de la pandèmia amb relació a l'arquitectura dels centres sanitaris?

L'arquitectura dels centres sanitaris, en general, ha respost de manera adequada a la irrupció de la pandèmia. Quan es tracta de prestar assistència, els professionals s'hi bolquen totalment i tenen una gran capacitat d'abstracció amb relació als espais.



Els hospitals militars de campanya en serien una bona mostra. Malgrat tot, és evident que hi ha lliçons que cal aprendre del que s'ha viscut.

Amb l'envelliment de la població un alt percentatge de llits dels hospitals d'aguts estan ocupats per pacients que poden ser traslladats a centres amb menys complexitat diagnòstica i de tractament. Els hospitals d'aguts s'haurien de destinar només a pacients aguts. Això implica que les habitacions de les unitats d'hospitalització estàndard han de tenir una millor dotació d'instal·lacions que facilitin una atenció més intensiva.

Millorar els fluxos volumètrics de gasos medicinals, sobretot l'oxigen, o les prestacions elèctriques i de comunicacions —tant d'intranet com de fibra òptica— és important, com ha

quedat demostrat durant la primera onada. Les dimensions de les habitacions quant a col·locació dels llits ha de ser suficient per intubar qualsevol pacient, i amb els 3,50-3,60 m que s'acostumen a adoptar generalment, quasi sempre és possible.

S'ha de seguir buscant ambients cada vegada més humanitzats, amb confort, llum natural i domesticitat, i que estiguin connectats a espais exteriors, on sobretot el personal pugui reduir la càrrega d'estrès que produeixen les situacions de risc. Els espais exteriors a l'abast poden ser també de gran ajuda per instal·lar-hi àrees temporals de suport, que les empreses i la indústria del país haurien de proporcionar en règim de lloguer.

Caldrà adaptar els centres actuals que no ho estiguin, i pensar en el dis-

seny dels futurs, en sectors fàcilment aïllables. Aquesta estratègia no és gens difícil; fins i tot ja hi ha normatives existents. Això conduirà, sempre que la disponibilitat de terreny ho permeti, a adoptar tipologies baixes i esteses amb possibilitat de creixement, en lloc de les altes i concentrades amb multiplicitat d'ascensors. La presència de la robòtica també serà un factor que caldrà considerar.

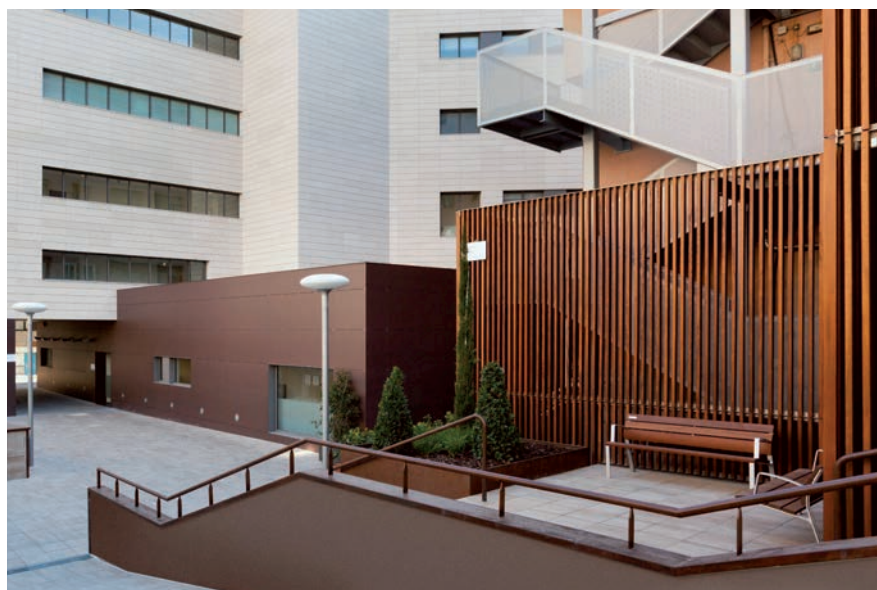
Els espais diàfans, com grans sales d'espera, biblioteques o aules de formació, hauran de tenir una mínima dotació d'instal·lacions mèdiques per ser usats en cas de necessitat, i s'haurà d'evitar —com sol passar habitualment— que siguin fagocitats per la voracitat d'ocupar espai buit que té l'activitat hospitalària de suport.

Aquestes són algunes de les línies de treball i recerca positives, i no només per a situacions de catàstrofes o de brots epidèmics. Amb la seva posada en pràctica ho seran també per al funcionament habitual dels centres. Si les actuacions estan ben planificades, no caldrà fer grans inversions en les situacions d'emergència que hi pugui haver en el futur.

L'arquitectura dels centres sanitaris ha de ser producte de la reflexió i no s'ha d'abordar a correuita en moments de crisi. Cal una bona planificació de manera sostinguda i actualitzada en el temps. El que es pot aprendre de tot el que ha passat és que cal revisar alguns estàndards i dissenyar amb vista al futur, no només per la pandèmia.

Què en pensa, de la irrupció de les construccions prefabricades?

No proporcionen les mateixes condicions, això és evident. Però no hi ha cap raó perquè condicionin l'atenció mèdica. Com he assenyalat abans, la base de la bona assistència, i sobretot de la d'emergència, són els profes-



«Cal buscar ambients cada vegada més humanitzats que estiguin connectats a espais exteriors on sobretot el personal pugui reduir la càrrega d'estrès»

sionals, els equips i els recursos que tenen a disposició.

Les construccions prefabricades i els annexos temporals en centres existents han estat una bona opció. Però no ha de ser mai una línia de treball que vagi en detriment de la millora constant del sistema de centres sanitaris, tant públic com privat.

La política de les construccions sanitàries no ha de perdre's en aquestes solucions temporals o específiques per a algunes malalties. La història ja ho ha demostrat.

Té sentit ampliar els hospitals existents per una situació que potser no es torna a repetir en molts anys? No hi ha perill de sobredimensionar?

Les propietats de l'activitat hospita-

lària són comparables a les d'un gas. Tendeixen a ocupar tot el volum de què disposen. Això fa que els hospitals sempre estiguin ocupats al 100%. Si els dones més espai —sigui o no necessari—, al cap de poc temps l'ocuparan. Per tant, crec sí que es corre el perill de sobredimensionar.

Fer nous hospitals o ampliacions permanents dels existents per la pressió d'una pandèmia és un error per dos motius. Primer perquè els recursos són limitats i les prioritats —hi hagi o no hi hagi pandèmia— són unes altres: increment dels recursos humans del sistema i de mitjans fungibles. I en el cas de l'aparició d'un nou virus: tests i rastreig per evitar la transmissió comunitària. En segon lloc, perquè no es disposa del personal necessari —ni en nombre ni en preparació— per atendre els nous dispositius.

ORIOl AMAT

Catedràtic d'Economia Financera i Comptabilitat per la UPF

Efectes econòmics de la Covid en la sanitat privada



ORIOl AMAT

És catedràtic d'Economia Financera i Comptabilitat per la Universitat Pompeu Fabra (UPF), vicedegà del Col·legi d'Economistes de Catalunya, i vicepresident de l'Associació Catalana de Comptabilitat i Direcció (ACCID). És també autor de diversos llibres de comptabilitat i finances, que han estat traduïts a diferents llengües. Igualment, ha estat conseller de la Comissió Nacional del Mercat de Valors i membre de Consell Assessor per a la Reactivació i el Creixement (CAREC) de la Generalitat de Catalunya.

La Covid-19 està provocant canvis disruptius en gran part dels sectors econòmics. D'acord amb un estudi recent que hem realitzat, el 78% de les empreses catalanes està veient com es redueixen les vendes i els beneficis. De fet, la majoria de les empreses de la quasi totalitat dels sectors està generant pèrdues molt importants. Aquest no és el cas de la sanitat, on, en molts casos, està augmentant l'activitat.

Però la Covid també està impactant de manera molt rellevant en la sanitat. Vegem algunes conseqüències rellevants:

- Com que el sistema sanitari no ha estat dissenyat per donar resposta a crisis sanitàries com la de la Covid-19, la pandèmia ha portat al límit el sistema i els professionals que hi treballen. En molts casos, la capacitat (mitjans materials i humans) s'ha vist superada per les circumstàncies.
- Hi ha molts costos que s'han disparat, especialment els costos per evitar el risc de contagi o el tractament a les persones contagiades.
- Durant la pandèmia, moltes persones han cancel·lat revisions mèdiques i tractaments. Segons McKinsey, als Estats Units s'ha cancel·lat el 40% de les visites que es tenien programades i un 12% de les persones que necessiten atenció mèdica no han de-

manat cita o no han rebut tractament. Això pot generar costos més elevats en el futur.

L'impacte final d'aquestes conseqüències dependrà molt del temps que tardin a arribar vacunes i tractaments efectius. I, amb vista al futur, el sector sanitari pot anar millor o pitjor en funció de la resposta que es doni a reptes com els següents:

- Quan se superi la Covid caldrà atendre seqüeles en les persones que l'han patit.
- L'allargament de l'esperança de vida i el cost creixent de molts medicaments i tractaments mèdics posen en tensió les finances públiques.
- En els pròxims anys caldrà reclutar i formar molts més professionals de la salut i oferir unes condicions de treball dignes.
- Ara hi ha un elevat consens social en el sentit que el pressupost públic ha d'invertir més en salut i ciència, però cal veure com es materialitza aquesta voluntat, ja que hi haurà molta pressió per tractar de controlar el deute públic.

Són reptes complicats. Per això, una alternativa que ha de guanyar pes és la col·laboració publicoprivada. Així podem aconseguir que millori la salut de la població sense posar en risc les finances públiques.



Shutterstock

Què ens diu la recerca

Catalunya disposa d'un dels ecosistemes de ciències de la vida i d'innovació en salut més avançats d'Europa. Conegut amb el nom de BioRegió, aquest conjunt format per més de 1.200 empreses i 89 entitats de recerca representa el 7,3 % del PIB i el 6,6% de l'ocupació.

«Tot aquest potencial ens està ajudant en la lluita contra la Covid», assenyala Jordi Naval, el director de Biocat, la fundació publicoprivada creada el 2006 per promoure i coordinar el sector de ciències de la vida i la salut. «Ara mateix tenim un pool d'hospitals d'alt nivell on s'estan efectuant assajos clínics amb diversos medicaments i vacunes», afegeix.

A Catalunya hi ha capacitat científica i potencial per ser capdavaners en aquest àmbit, com ho demostren les investigacions que es porten a terme en institucions com l'IrsiCaixa o l'Hospital Clínic. «No obstant això —subratlla Jordi Naval—, sense un suport públic decidit per la recerca, combinat amb instruments que facilitin la translació d'aquesta investigació cap a la seva industrialització, ens podem trobar que en pocs anys hem perdut el tren de la innovació en salut».

VACUNES, ESCENARI PLURAL

De moment són dues empreses nord-americanes les que estan assolint els millors resultats en el

desenvolupament de la vacuna contra la Covid-19. Cal tenir en compte que, per a aquest objectiu, s'han abocat uns esforços, una rapidesa d'acció i una inversió de recursos sense precedents en el camp de la medicina.

La vacuna de Pfizer-BioNTech i la de Moderna poden significar un gir en la pandèmia, «però sempre que l'estratègia de vacunació sigui l'adequada i hi hagi una taxa de vacunació elevada», segons el director de Biocat. Això dependrà d'una producció suficient de vacunes, d'una estratègia de distribució adequada i de la confiança del públic.

Molts governs ja estan anunciant plans de vacunació. Una vegada les vacunes hagin estat aprovades per les autoritats sanitàries —l'European Medicines Agency (EMA), en el nostre cas—, en queda garantida la seva seguretat i eficàcia. Si bé aquests plans han rebut algunes crítiques, Jordi Naval considera que «les dades inicials d'eficàcia semblen molt prometedores i és assenyalat iniciar una campanya de vacunació amb el que tenim ara».

En qualsevol cas, tot apunta que anem cap a un escenari plural pel que fa a les vacunes. Probablement, en els pròxims mesos veurem l'aprovació d'altres vacunes, com les d'Oxford-AstraZeneca, Janssen, Sanofi, Cansino o Sinovac. «No es pot descartar que fins i tot algunes puguin millorar l'elevada taxa d'eficàcia de les de Pfizer-BioNTech i Moderna», indica Jordi Naval. Tot i que aquestes dues tenen una elevada taxa d'eficàcia i seguretat, encara hi ha incògnites per resoldre, com ara la capacitat de producció i distribució (conservació en fred), la durada de la resposta, la necessitat d'una dosi de record o l'adequació per franges d'edat particulars.

«El que és clar és que les primeres vacunes han estat desenvolupades per companyies biotecnològiques joves (és el cas de BioNTech i Moderna) o per grups acadèmics ben finançats i que treballen des de fa anys en aquest àmbit (el cas de la Universitat d'Oxford). A casa nostra no hem tingut l'impuls previ per poder tenir un paper important en aquesta cursa. No per falta de talent, sinó per falta de múscul i de suport públic i privat en els darrers 20 anys», explica el director de Biocat.

«De tota manera —afegeix— la vacuna Ruti per a la Covid-19 continua tenint sentit perquè potencia el sistema immunitari de les persones



JORDI NAVAL

«Si les dades de milions de pacients haguessin estat disponibles en repositoris interoperables arreu del món, a hores d'ara ja sabríem quines persones estan més en risc i quins fàrmacs funcionen millor, i hauríem guanyat molt de temps»

i pot conferir una protecció general contra diferents infeccions».

NANOTECNOLOGIA I ORGANOIDES

Els diagnòstics són un altre factor essencial en la gestió de la pandèmia, i un dels reptes més importants en aquest àmbit és guanyar velocitat i precisió. En aquest sentit, l'Institut Català de Nanociència i Nanotecnologia (ICN2) està treballant en una nova tecnologia de diagnòstic molt avançada i escalable.

Es tracta d'un dispositiu basat en nanotecnologia de biosensors òptics que permetrà la detecció del coronavirus en uns 30 minuts, directament de la mostra del pacient, sense la necessitat de fer proves en laboratoris clínics centralitzats. Aquest avenç s'emmarca en el projecte CONVAT, en el qual participen diversos països i que està liderat pel Grup de Nanobiosensors i Aplicacions Bioanalítiques de l'ICN2. «La investigació ha estat reconeguda per la revista de refe-

rència *Nature Biotechnology* com una de les línies més prometedores en la millora del diagnòstic de la Covid-19», assenyala Jordi Naval.

Aquest projecte de recerca té per objectiu estendre's més enllà de la pandèmia actual i del diagnòstic humà. El dispositiu biosensor podria ser utilitzat per a l'anàlisi de diferents tipus de coronavirus presents en animals reservori, com ara els ratpenats, per tal d'observar i controlar les possibles evolucions d'aquests virus i prevenir futurs brots.

Els tractaments contra la Covid-19 estan demostrant una eficàcia limitada. Davant aquesta situació és imperatiu incrementar el nombre de proves. Una manera de fer-ho sense posar en risc els pacients és amb els organoides. Es tracta de cultius tridimensionals derivats de cèl·lules mare que presenten una estructura i un funcionament similars als òrgans humans.

«En aquests moments, a Catalunya, tenim diferents grups treballant amb organoides, però n'hi ha un a l'Institut de Bioenginyeria de Catalunya que està utilitzant organoides fets amb cèl·lules pulmonars que permet provar molts fàrmacs alhora i estudiar possibles teràpies», detalla Naval.

UN TALÓ D'AQUIL·LES

Si bé el sistema de recerca de la Bio-Regió està responent a la pandèmia aprofitant al màxim les seves capacitats, té un taló d'Aquil·les que el director de Biocat vol posar en relleu: «No estem fent prou ús del gran volum de dades d'historials clínics de pacients que tenim. Hauríem de ser capaços d'investigar entre aquestes dades per descobrir noves informacions sobre els efectes dels medicaments, els factors de risc i altres aspectes que ens serien molt útils».

Es tracta d'un problema que no és tecnològic, sinó jurídic i sobretot de voluntat. «Vivim encara en la mentalitat del segle xx», assenyala Jordi Naval. «Ara mateix a Catalunya —recorda— hi ha un repositori públic de dades de la sanitat pública i després hi ha les dades de la sanitat privada, però no disposem de dades obertes per poder aprofitar aquest enorme potencial».

La visió d'aquest problema transcendeix l'àmbit local, ja que amb dades obertes i amb un model d'encriptació per anonimitzar convenientment, un investigador de Hong-Kong o d'Anglaterra podria validar una hipòtesi fent servir les dades del nostre país. I això seria possible també a l'inrevés.

«Estic convençut que, si les dades de milions de pacients haguessin estat disponibles en repositoris interoperables arreu del món, a hores d'ara ja sabríem quines persones estan més en risc i quins fàrmacs funcionen millor, i hauríem guanyat molt de temps», conclou Jordi Naval lamentant que l'ús del *big data* estigui restringit.

DADES PER GESTIONAR

Les dades estan sent protagonistes de la pandèmia, per la seva absència, com remarca Jordi Naval, o, des d'un altre punt de vista, per la seva presència massiva. Ho sap molt bé Clara Prats, investigadora del Grup de Recerca de Biologia Computacional i Sistemes Complexos de la UPC: «Al març vam signar un conveni amb la Comissió Europea per fer un seguiment de la pandèmia i un altre amb l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) per elaborar uns informes de la situació diària a Catalunya i per construir eines com ara diagrames de risc i índexs de rebrot i eines que són útils per a la gestió».

Però, fins a quin punt les dades recollides cada dia reflecteixen la realitat? «No és una pregunta per un sí o per un no, ja que la resposta depèn del moment», indica Clara Prats. I ho precisa: «Pel que fa als contagis, a l'inici les PCR es feien en casos greus perquè no hi havia capacitat; ara s'han estès molt i, per tant, disposem d'una imatge més fidel del que està passant».

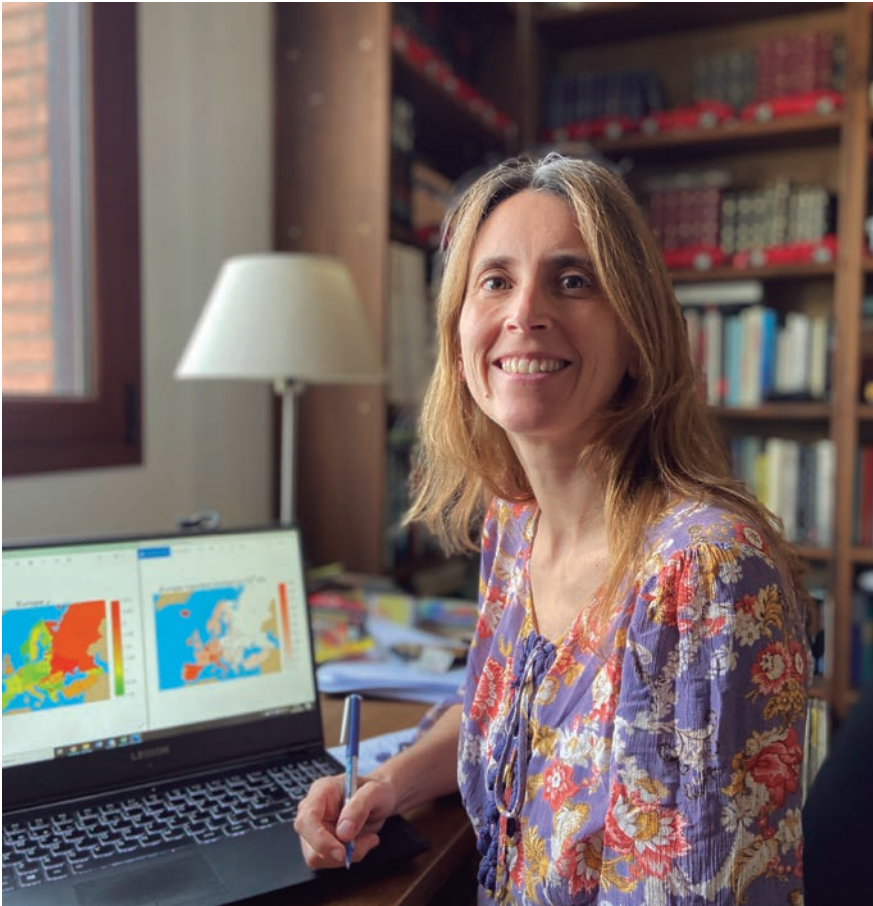
Si es volen fer comparatives sobre contagis entre un seguit de mesos, cal tenir en compte l'existència d'aquest obstacle. «En canvi, quan parlem d'hospitalitzacions, aquí sí que es poden comparar els diferents moments», aclareix Prats. També és possible establir comparatives entre els efectes del confinament en diferents països, però sent molt curós amb les particularitats de les estadístiques nacionals.

PREDIR LA SETMANA QUE VE

Per al Grup de Recerca de Biologia Computacional i Sistemes Complexos de la UPC, el repte de la pandèmia ha estat enorme. «Havíem estudiat malalties infeccioses però amb una visió temporal d'anys. Ara es necessiten dades per fer prediccions per a la setmana que ve», recorda la investigadora.

Les prediccions són un terreny delicat. Unes dades incompletes poden donar lloc a un error, o en paraules de Clara Prats, «com més fiables són les dades, més ho són les prediccions». Les limitacions de les dades han de ser un element que cal tenir en compte a l'hora de contextualitzar les prediccions.

«Com a expert, has d'explicar quines han estat les observacions de base i, en funció del que es tingui, hauràs d'explicar també que les dades seran més o menys fiables i, sobretot, cal recordar que una predicció a dues o tres setmanes pot donar un número,



CLARA PRATS

«Cal recordar que una predicció a dues o tres setmanes pot donar un número, però més enllà d'aquest temps no hi ha xifres concretes, sinó tendències»

però més enllà d'aquest temps no hi ha xifres concretes, sinó tendències», apunta Prats.

REFLEXIONS PER AL FUTUR

La ciència està contribuint a una millor gestió present i futura de la pandèmia, però, a banda del problema pendent de l'anàlisi de les grans dades, hi ha marge per seguir millorant? Jordi Naval creu que sí, sempre que l'estratègia passi per focalitzar: «Els primers mesos de

la pandèmia calia posar en marxa moltes línies d'investigació alhora perquè se'n sabia molt poca cosa. Ara, les empreses i els centres de recerca han de prioritzar aquelles línies que estan més a prop d'oferir resultats tangibles».

En el marc de la BioRegió s'ha creat un grup de treball, la Xarxa Covid, que incorpora 80 unitats de recerca de diferents centres, amb una transversalitat inèdita que ha

portat a compartir molta informació. «En la majoria dels casos són investigadors que mai havien interaccionat abans», destaca Jordi Naval. «Aquest model col·laboratiu ha estat una de les troballes positives de tot aquest procés i té molta importància amb vista al futur», afegeix.

L'emergència sanitària a escala mundial també està servant per plantejar-se si les grans línies de recerca estan ben escollides. «Els nous marcs de recerca europeus funcionen per a grans missions que fan de paraigua als projectes —explica Jordi Naval— i s'hi poden trobar temes com ara els oceans o el canvi climàtic, que evidentment són rellevants, però les pandèmies no s'havien inclòs a cap gran missió».

Si és té en compte que el perill d'una pandèmia havia estat advertit des de diferents instàncies científiques els darrers anys, és lícit preguntar-se pels criteris amb què es defineixen els àmbits d'interès. «Sense anar més lluny, el 2017 es va publicar un *paper* en què s'afirmava que només era qüestió de temps que un coronavirus saltés dels ratpenats als humans», assenyalava el director de Biocat.

Una altra qüestió que està damunt la taula és quina és la influència real de les opinions científiques. «Però cal fer atenció, perquè no tots estem d'acord», adverteix Clara Prats. «El que és important —continua— és triar i fer arribar correctament els missatges essencials i per això l'equació formada per ciència, sanitat, cultura i política no es pot resoldre sense la comunicació. A banda de bons científics, necessitem persones que sàpiguen explicar molt bé a la població allò que necessita saber».



JÚLIA VERGARA-ALERT

Investigadora del programa de Sanitat Animal de l'IRTA

«Entre un 60% i un 65% de les malalties infeccioses que patim són transmeses per animals»

Aquesta pandèmia s'hauria pogut evitar amb decisions polítiques al país d'origen sobre la gestió de la biodiversitat?

En part, sí. La destrucció d'hàbitats naturals combinada amb la poca regulació del comerç d'animals i amb una interacció de diverses espècies animals amb moltíssima gent, afavoreix enormement les zoonosis.

No hem donat a les zoonosis la importància que tenen?

Entre un 60 i un 65% de les malalties infeccioses que patim són transmeses per animals. Les zoonosis, i jo com a veterinària ho veig, s'han menystingut clarament.

Teníem la guàrdia abaixada?

De coronavirus respiratoris en tenim

cada hivern i, per tant, a priori no s'esperava un gran impacte. Aquest d'ara és el tercer gran coronavirus amb força virulència, i es pensava que tindria un comportament similar als altres dos, que són més difícils de transmetre però presenten més signes clínics i són més mortals. La MERS-CoV, per exemple, té un 35% de mortalitat.

JÚLIA VERGARA-ALERT
És investigadora del programa de Sanitat Animal de l'IRTA. Treballa al Centre d'Investigació en Sanitat Animal (CReSA), situat al campus de la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha fet diverses estades a altres laboratoris internacionals i els últims 10 anys ha centrat la seva recerca en malalties emergents zoonòtiques: des del virus de la grip fins als coronavirus altament patògens.

D'altra banda, l'augment dels viatges i dels intercanvis en l'última dècada ha tingut un paper fonamental en la transmissió del virus. La globalització ha estat decisiva.

L'OMS va fer tot el que calia en els moments claus?

Al 2009 va sorgir a Mèxic l'anomenada *grip porcina* i l'OMS la va declarar pandèmia, i tothom la va criticar per haver-ho fet massa aviat. Però la veritat és que es va fer un molt bon pla de contingència. Al 2020, amb la Covid-19, en canvi, es va arribar tard. Quan el virus era només a la Xina, hi havia una certa incredulitat entre els científics, però quan va saltar a Itàlia, la reacció ja va ser de dir: «Què estem esperant per declarar-la pandèmia?». Aquesta declaració ho canvia tot a l'hora d'emprendre certes actuacions.

Vostè col·labora amb aquesta organització.

Amb el professor Joaquim Sagalés, catedràtic de la UAB, formem part del grup d'estudi de models animals amb relació a la Covid-19. Ens reunim setmanalment amb experts per parlar dels avenços que fem en aquest camp, que està relacionat amb la comprensió de la transmissibilitat del virus, el tractament i el desenvolupament de vacunes. Fins ara hem descobert que el millor model animal per estudiar la Covid-19 són els hàmmsters, ja que viuen la malaltia com un pacient humà moderat. També fem servir ratolins transgènics.

És més fàcil arribar a un tractament o a una vacuna?

El tractament sempre és més fàcil. L'avantatge és que s'utilitzen un seguit de fàrmacs que ja es fan servir per a altres malalties i, per tant, ja han estat aprovats. Però cal millorar molt encara. El remdesivir, per exemple, té una certa eficàcia, però no al 100%; és injectable i això no és el més pràctic.

Quins són els factors més rellevants en la recerca de la vacuna?

Primer cal decidir què es tria com a diana perquè la vacuna funcioni. Nosaltres sabíem que la proteïna S dels virus anteriors de la família del coronavirus (la que li dona la forma de corona) és molt immunogènica.

Aquest és un avantatge que permet construir una estratègia i avançar. Cal veure també quina és la millor formulació per aconseguir el resultat desitjat, i aquí hi ha hagut moltes plataformes d'investigació que estaven dedicades a altres virus que s'han posat al servei de la recerca de la Covid-19. Però, malgrat aquesta bona base de partida i aquesta celeritat, un factor limitant pel que fa al temps són les fases de proves en persones. Un aspecte encoratjador és que hi ha unes 200 recerques de vacunes en marxa arreu del món. De totes aquestes, n'acabaran sortint al mercat molt poques.

I la vacuna ideal, quina seria?

La que protegís tota la població i que no s'hagués d'anar canviant cada any, i que fos esterilitzant. Sovint una vacuna ens protegeix d'un virus, però no impedeix que el puguem transmetre. És interessant que ho impedeixi.

El fet que hi hagi tantes vacunes en recerca al mateix temps és molt bo. Potser la primera que sortirà al mercat evitarà que emmalaltim, però no que puguem transmetre la malaltia. En canvi, la següent ja podrà tenir en compte aquest segon aspecte. S'haurà d'anar afinant, però no oblidem que la norma general perquè pugui sortir una vacuna està al voltant dels 10 anys, i aquí el temps s'escurçarà enormement.

Quina importància té la qüestió dels efectes secundaris?

Per exemple, si durant dos o tres dies pots tenir una mica febre, i a canvi guanyes protecció davant del coronavirus, no hi ha dubte. Però hi ha altres efectes que, si són més greus, ja no podem ni posar a la balança. Per això serveixen els assajos clínics, que han fet que s'aturin algunes vacunes.

Mentre les «grans solucions» no arriben, per on passen les solucions immediates?

Diagnòstics i *screenings* massius de les poblacions de més risc. El que ha fet Corea del Sud.

Podrem treure bones lliçons de la pandèmia?

Haurem après algunes coses, segur, però la societat tendeix a oblidar-ho tot molt aviat. Això és una reflexió general, si bé cal reconèixer que en aquesta segona onada hi ha aspectes que estan funcionant millor que en la primera.

Els científics ja fa temps que advertim de la importància d'invertir en recerca. Ara s'està avançant tant perquè està havent-hi un finançament extraordinari i molt és privat.

CETIR ASCIRES

Nou test genètic PCR



► Un nou test genètic PCR permet fer 7.000 proves diagnòstiques diàries de la Covid-19. Aquesta prova de diagnòstic precoç i altament sensible ha estat desenvolupada pels laboratoris Ascires Sistemes Genòmics, amb la col·laboració del servei de Microbiologia de l'Hospital Clínic Universitari de València. La prova, capaç de diagnosticar possibles contagis per coronavirus en menys de tres hores, es fa mitjançant la tècnica d'anàlisi molecular múltiple de PCR a temps real (RT-PCR), i detecta els dos gens associats a la Covid-19 a partir d'una petita mostra biològica del tracte respiratori. El disseny, en forma de kit, en facilitarà l'ús i la distribució als centres hospitalaris. Cada kit compta amb un joc de reactius, suficient per dur a terme l'anàlisi en qualsevol hospital o laboratori de diagnòstic. Per a la creació d'aquest test, la companyia ha destinat un laboratori amb bioseguretat de nivell 2 (BSL-2), equipat segons les indicacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS). La prova de detecció per a la Covid-19 pot fer-se als centres hospitalaris indicats per part de les autoritats sanitàries. A més, es pot sol·licitar a la xarxa de clíniques del grup Cetir Ascires.

Intel·ligència artificial contra el coronavirus

Intel·ligència artificial i medicina unides per millorar el tractament del coronavirus. Aquest és l'objectiu d'un equip de metges i enginyers de Cetir Ascires, responsables de desenvolupar la primera plataforma bioinformàtica orientada a la diagnosi i al control de la SARS-CoV-2. Una tecnologia que va més enllà i que permet la detecció i el seguiment personalitzat dels casos més complexos, així com una anticipació en la presa de decisions que pot ser vital per al pacient.



Aquest sistema, anomenat COVIDTools, utilitza algorismes per traduir en dades quantificables tot tipus d'imatges clíniques, obtingudes d'anàlisis genètiques i proves com les radiografies, les ressonàncies magnètiques i el TC de tòrax. Gràcies a l'aplicació específica d'aquesta tècnica, coneguda com a radiòmica, els metges podran disposar d'informació molt més detallada dels afectats per coronavirus, fet que facilita tant el diagnòstic inicial com l'elecció del tractament més adequat. ■

**DESENVOLUPEM SOLUCIONS
INTEGRALS, PER A UNA MILLOR
QUALITAT ASSISTENCIAL**

**CARDONER
GROUP**

**CONSTRUCTORA
DEL CARDONER**



EUGIN

Estudi pioner sobre òvuls i la Covid-19



► Un estudi fet per un equip d'investigadors dels laboratoris d'Eugin a Barcelona, i publicat a la revista científica *Human Reproduction*, ha analitzat per primera vegada els òvuls de dones diagnosticades amb la Covid-19 sense detectar-hi presència de virus. Aquesta troballa, pionera a escala mundial en el camp de la reproducció assistida i de la fertilitat, revela que no es donaria infecció vertical mare-fetus a través dels òvuls. La investigació, liderada per la directora científica del Grup Eugin, Rita Vassena, es basa en l'estudi d'un total de 16 òvuls de dues dones asintomàtiques que es van sotmetre a estimulació ovàrica controlada i van donar positiu a la infecció per SARS-CoV-2 amb PCR el dia de l'extracció dels ovòcits. Si bé cal esperar una confirmació científica independent i a més gran escala, aquesta recerca obre la porta a poder donar continuïtat als tractaments de fecundació in vitro tot i situacions de pandèmia com l'actual. ■

FUNDACIÓ FINESTRELLES

Gran èxit de l'*streaming* de la gala benèfica contra la Covid-19



► La Fundació Finestrelles ha celebrat el 45è aniversari amb el concert benèfic anual, dedicat enguany a la Covid-19. Seguint les indicacions generals de l'Administració sanitària i, per un criteri de prudència, la gala es va retransmetre de manera exclusiva per *streaming*. Tot i les dificultats, l'acte va ser tot un èxit: més de 450 persones van seguir-lo des de casa en directe a través d'internet. Es va presentar *L'Òpera és medicina*, obra creada, dirigida i presentada per Marcel Gorgori, i representada pel baríton Toni Marsol, el tenor Carles Cosías, la soprano Isabella Gaudí i al piano Josep Buforn. Va ser un homenatge a tots els que lluiten cada dia per la salut i el benestar. L'actuació es pot visualitzar al canal de YouTube Fundació Finestrelles. La recaptació total de l'acte anirà destinada al fet que els usuaris de la Fundació Finestrelles, persones amb discapacitat intel·lectual, puguin gaudir al llarg de l'any d'activitats que ajudin a millorar la seva estimulació cognitiva. ■

INSTITUT CATALÀ DE RETINA

Certificat de protocols d'higiene i control davant de la Covid-19

► Arran de la situació produïda per la crisi sanitària, les mesures de neteja, higiene, control i organització han estat reajustades en tots els àmbits a l'Institut Català de Retina (ICR). L'empresa ha desenvolupat nous protocols d'higiene i control amb la finalitat de facilitar la reincorporació del personal i l'acollida als pacients. Per aquesta raó, l'ICR ha rebut la certificació Applus+ de protocols d'higiene i control. Aquesta certificació estableix les directrius i bones pràctiques que han de dur a terme les organitzacions públiques i privades en l'àmbit de la higiene i el control. A partir aquí analitza els protocols d'empresa mitjançant una auditoria i finalment una comissió de certificació en verifica l'adequació.

La certificació obtinguda valida les mesures aplicades a tots els centres ICR, algunes de les quals són la incorporació de punts específics de rentat de mans, la senyalització de la distància mínima, el control d'aforament o l'espai exterior reservat a acompanyants. També verifica l'ús de pantalles protectores, el seguiment diari de l'estat de salut dels treballadors i l'ús d'equips de protecció individual per a tots els professionals. ■



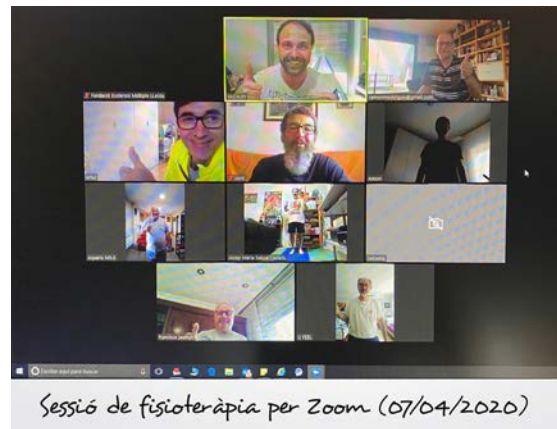
FUNDACIÓ ESCLEROSI MÚLTIPLE

La telerehabilitació ha arribat per quedar-se

► L'aparició de la pandèmia va capgirar els serveis de la Fundació Esclerosi Múltiple (FEM). Uns serveis que sempre s'havia dit que només es podien oferir de manera presencial, com la logopèdia o la fisioteràpia, per posar dos exemples, s'havien de fer on-line. De la nit al dia, tots els serveis presencials es van convertir en telemàtics.

Es van activar les sessions de tractament en línia via videoconferència. Una altra acció que es va dur a terme de manera pràcticament immediata, va ser l'actualització del web de la Fundació amb un apartat específic sobre coronavirus i esclerosi múltiple, i alguns professionals van començar a fer vídeos amb consells bàsics per superar aquells dies.

La majoria dels professionals i usuaris de la FEM han vist com la telerehabilitació no només ha permès donar assistència i continuïtat en temps de la Covid-19, sinó que ha facilitat l'accés a les persones que viuen lluny. Actualment, el servei presencial es combina amb l'on-line i hi ha pacients que han optat per utilitzar tots dos sistemes. ■



FUNDACIÓ ACE

Un 78% de les visites per telemedicina

► La Fundació ACE ha adaptat el model d'atenció al context provocat per la pandèmia per tal de garantir la protecció, la prevenció i la seguretat dels seus professionals i les persones que cuiden, i assegurar la continuïtat de l'atenció a les persones i les famílies. El procés d'adaptació de la Fundació ACE ha estat publicat a la revista *Journal of Alzheimer's Disease*.

Després de la declaració de l'estat d'alarma i un cop activades les consultes telemàtiques, es va registrar una caiguda sobtada en el nombre total de visites: mentre que al gener i febrer del 2020 la Unitat de Memòria va fer una mitjana de 657 visites setmanals, en la setmana posterior a l'inici del confinament es van fer 254 visites, és a dir, un 60% menys. Després d'aquest descens inicial, l'activitat a la Unitat de Memòria va ser capaç d'assolir en sis setmanes —abans del 24 d'abril—, el 78% de l'activitat regular, cosa que mostrava una tendència a assolir la normalitat, amb 514 visites setmanals, i s'acostava, així, a la xifra prèvia al brot.

L'entitat, que va haver de tancar la Unitat d'Atenció Diürna i aturar l'activitat presencial de la Unitat de Memòria, va reformular tota l'organització per implementar la telemedicina i seguir brindant els seus serveis als pacients, familiars i cuidadors. ■

HOSPITAL HM DELFOS

L'Hospital HM Delfos estrena urgències

► Aquest centre de referència d'HM Hospital de Barcelona estrena noves instal·lacions per al servei d'urgències. La remodelació d'aquest espai forma part de l'actualització de l'hospital prevista en el pla director dissenyat pel Grup HM i ha significat una inversió d'11 milions d'euros. En els pròxims mesos, també estarà a punt la nova Unitat de Cures Intensives (UCI).

Les noves urgències d'HM Delfos compten amb la cobertura permanent d'una Plataforma de Servei de Diagnòstic Radiològic, que inclou ecografia polivalent, TAC, ressonància magnètica, medicina nuclear i PET-TAC, amb tecnologia d'última generació. Així mateix, destaquen els dispositius de la Unitat de Radiologia Intervencionista i la Sala d'Hemodinàmia, indispensable per a l'atenció integral de la patologia cardíaca i neurològica que ho necessiti. També disposen d'un laboratori d'anàlisi clínica dotat de les últimes tècniques disponibles al mercat. ■



CLÍNICA BOFILL

SYnC, centre de desenvolupament infantil i juvenil



► La Clínica Bofill ha posat en marxa un nou centre especialitzat en el desenvolupament infantil i juvenil a Girona Sud, a la carretera Barcelona. Ofereix una atenció especialitzada a infants i adolescents de 0 a 18 anys amb dificultats en desenvolupament cognitiu, diversitat funcional, trastorns del son, addiccions, patologies alimentàries i nadons prematurs, des d'una perspectiva multidisciplinària i comunitària. L'àmbit d'actuació dels professionals que atenen el servei se centra en la família, incloent-hi el suport necessari en l'entorn educatiu, social i laboral. ■

Publicacions especialitzades

► *Fibril·lació auricular* és el primer número d'una sèrie de publicacions centrades en l'àmbit mèdic i destinades als metges generalistes anomenada *Cuadernos de la Clínica Bofill*. La fibril·lació auricular és una alteració del ritme cardíac i aquest manual recopila informació sobre aquesta alteració basada en assaigs clínics significatius, per donar resposta a una ràpida actuació i oferir tractaments o diagnòstic als malalts. Aquest treball és el fruit d'un grup de professionals mèdics coordinats pel metge especialista en medicina interna de la Clínica Bofill Girona Centre, el doctor Juan Francisco Campo. ■



ELS PREMIS D'INVESTIGACIÓ CIENTÍFICA DOCTORALIA ANNALS OF MEDICINE CELEBREN LA SEVA PRIMERA EDICIÓ

Doctoralia, *marketplace* de salut a escala mundial, ha convocat la primera edició dels premis Doctoralia Annals of Medicine, amb la intenció de reconèixer la tasca d'investigació dels professionals de la salut de la plataforma.

La convocatòria inclou dues categories: una de destinada als professionals de la salut registrats a la plataforma, i la segona a estudiants de medicina i residents. Ambdues categories reconeixeran el millor estudi d'investigació dins l'àmbit sanitari publicat a una revista científica registrada (en format imprès o *on-line*), i desenvolupat totalment o parcialment pels participants entre el 01/09/2020 i el 31/08/2021.

Els articles seran revisats per un comitè d'experts de diferents àrees, format per la doctora Anna Casas Ros, metge general i fundadora de Scientific Big Data Group; la doctora Montserrat Droguet Puigdomènech, cap del servei d'Otorrinolaringologia a l'Hospital HM Sant Jordi; la doctora Eva Poveda, responsable del Grup d'Investigació Virologia i Patogènesi de l'Institut d'Investigació Sanitària Galícia Sur (IISGS), i el doctor Frederic Llordachs, llicenciat en Medicina i MBA, expert en gestió sanitària i màrqueting, i cofundador de Doctoralia.

Els articles premiats obtindran una beca per poder seguir publicant els seus continguts científics durant sis mesos per un preu reduït a 50€ per article, atorgada per la plataforma Scientific Big Data Group.

Per veure les bases legals i ampliar informació sobre la convocatòria, els interessats poden visitar la web dels premis Doctoralia Annals of Medicine.



**Premios
de investigación
científica**

HOSPITAL UNIVERSITARI DEXEUS

Nova unitat multidisciplinària de tractament del dolor



► El Departament d'Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor (DARYD) de l'Hospital Universitari Dexeus, liderat pel doctor Ricardo Valdés, ha posat en marxa la nova Unitat de Tractament del Dolor basada en l'abordatge multidisciplinari de la patologia del pacient i en un tractament personalitzat.

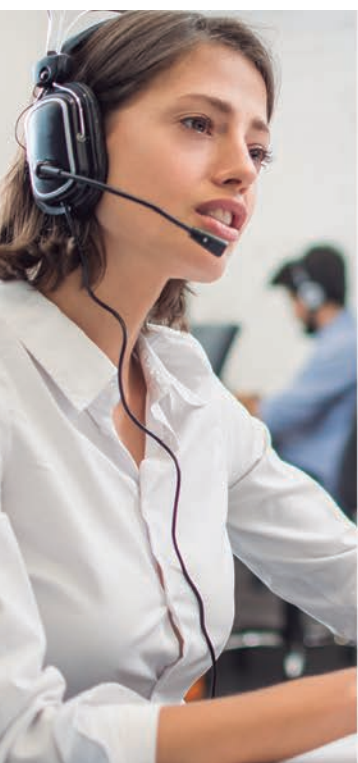
En aquesta unitat s'ofereixen alternatives terapèutiques específiques amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida i la capacitat funcional a persones afectades per dolor crònic, és a dir, el dolor que persisteix més de dos mesos. La unitat compta amb la col·laboració de diferents especialistes, com ara psicòlegs, neurofisiòlegs, neuròlegs, traumatòlegs, neurocirurgians, reumatòlegs, acupuntors i fisioterapeutes, entre d'altres. ■

CLÍNICA CORACHAN

Acord de col·laboració amb la UAB

► La Clínica Corachan i la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) han arribat a un acord de col·laboració en matèria acadèmica, docent i de recerca en l'àmbit de les ciències de la salut. L'acord pretén fomentar les relacions entre ambdues parts, especialment en les matèries de ginecologia i obstetrícia, i oncologia, sense excloure qualsevol altra especialitat mèdica o quirúrgica que la Clínica Corachan proposi.

També inclou el foment del debat i l'intercanvi d'informació a través de publicacions, jornades i congressos, i documentació tècnica, així com la col·laboració en el desenvolupament de programes de màster propi, de diplomes de postgrau i de cursos d'especialització en Ciències de la Salut, i la realització de les pràctiques dels estudis de Ciències de la Salut impartits per la UAB. ■



CALLmed
Atención Telefónica Personalizada

Soluciones para un servicio de atención telefónica estable y continuado.

El objetivo es el de conseguir que todas las llamadas de pacientes sean atendidas, obteniendo la mejor eficacia y productividad en los procesos de alta/modificación o baja la hora de visita que el paciente desee.

Teléfono: **933 906 700**
www.callmed.net

OFERTA para Socios de ACES: Diseño y alta de Servicios Gratuita en contrataciones durante el mes de Diciembre y Enero 2021

- Cobertura garantizada de las llamadas desbordadas de manera personalizada de Lunes a Viernes de 08:00 a 21:00 en catalán, castellano, inglés y francés.
- Cobertura Robotizada durante noches y fines de semana con información de horarios, urgencias, etc.
- Transferencias de llamadas a profesionales o departamentos.
- Reprogramaciones.
- Comunicación nuevos profesionales y/o servicios.
- Confirmaciones de visitas.

CONVENIS



CONSTRUCCIONES BOSCH PASCUAL

Construcciones Bosch Pascual és una empresa familiar que va iniciar la seva trajectòria sota la direcció de l'enginyer industrial Francisco López-Pinto Ruiz, i ha guanyat un lloc destacat dins el sector de la construcció gràcies als seus estàndards en la qualitat de l'execució. La companyia aposta per les persones com a base de la competitivitat i, específicament, pel servei al client. La seva metodologia de gestió dels contractes es basa en una anàlisi profunda de cada projecte.



CONSTRUCTORA DEL CARDONER

Constructora del Cardoner està formada per un equip de professionals amb més de 30 anys d'experiència en el sector, que treballa per donar sempre un servei de gran qualitat. L'empresa cuida cada detall en totes les seves realitzacions, siguin d'obra nova o de reforma d'edificis, i busca la manera de progressar contínuament, amb tècniques i processos innovadors i materials de qualitat a fi de situar les seves obres a l'avantguarda.



CALLMED

És un equip de suport telefònic per als centres qualificat per atendre els pacients de manera professional i efectiva. Està preparat per dissenyar el millor flux de trucades amb l'objectiu que aquestes siguin ateses per la persona adequada en el moment adequat. L'enginyeria de processos fa possible que els fluxos de trucades es corresponguin amb els recursos disponibles.

RENOVACIONS

RANDSTAD

Randstad Professionals Healthcare posa a l'abast de les empreses un equip de consultors especialitzats per a la selecció del millor talent. Algunes de les posicions en què s'especialitza en sanitat són: direcció d'hospital, direcció d'infermeria, direcció mèdica, medicina, odontologia, infermeria i consultoria comercial. Pel que fa a salut laboral: direcció de servei, coordinació de salut, medicina, infermeria i fisioteràpia. I en l'àmbit sociosanitari: direcció de centre, coordinació del servei i equip tècnic sociosanitari.

VOPI4

VOPI 4 és una empresa fundada el 1990 que es dedica a l'obra civil i industrial i a la urbanització. Al llarg de l'any 2021 seguirà patrocinant les activitats més rellevants de l'ACES.

encontramos el
mejor talento

en perfiles
de salud.

randstad
healthcare.





ÀNGEL CASTIÑEIRA

Professor titular del Departament de Societat, Política i Sostenibilitat a ESADE

«Aquell que sigui un defensor dels drets i les llibertats, ara té raons per patir»

Tres drets afectats per la pandèmia són el dret a la lliure circulació, el dret a la llibertat de reunió i el dret a la privacitat. Hi ha perill que amb l'excusa d'aquesta situació hi hagi una restricció permanent de la nostra llibertat amb el nom de nova normalitat?»

Evidentment que sí. En el meu departament, que està format per filò-

sofs, sociòlegs i politòlegs, analitzem quines conseqüències tindrà l'efecte de la pandèmia al món i una d'elles és el retorn del poder dels estats. En l'àmbit econòmic serà un retorn del keynesianisme. Molts neoliberals que deien que l'Estat no havia d'intervenir, ara ho reclamaran per ajudar a reactivar l'economia. En l'àmbit polític, el grau de control de

les persones s'haurà d'incrementar per fer el seguiment de la pandèmia, i això implicarà més poder policial. Aquell que sigui un defensor dels drets i les llibertats, ara té raons per patir.

Quan un té picor i es grata, no ho fa una sola vegada, agafa gust de gratar-se i hi torna! De la mateixa

ÀNGEL CASTIÑEIRA

És doctor i llicenciat en Filosofia i Ciències de l'Educació per la Universitat de Barcelona. Director de la Càtedra LideratgeS a ESADE. També dirigeix el programa Pensar el Lideratge d'Executive Education de l'ESADE Business School.

manera, els governs poden agafar el gust als estats d'alarma i als tocs de queda, i els poden tornar a fer servir diverses vegades perquè no hi ha resposta per part de la ciutadania.

Però seria injust dir només això. Hi ha un altre plat de la balança. Cal que siguem conscients de la situació que vivim i de la necessitat d'establir algunes mesures. En democràcies avançades hauríem de ser capaços, en un diàleg permanent entre governs i ciutadania, d'explicar quin tipus d'accions cal prendre —de manera reversible— quan està en joc la vida de les persones.

A la Xina o a Singapur, on tothom obeeix, no és el mateix que, per exemple, a Nàpols, on es pot generar una batalla campal per segons quines decisions es prenguin. Però

això no vol dir que a Nàpols es faci una defensa dels drets i les llibertats, sinó que es tracta més aviat de dir: «Jo vull fer la vida que em doni la gana». Igualment, les persones que els mossos aturen perquè se salten les normes tampoc defensen les llibertats, sinó més aviat les ganes que tenen d'anar de festa.

Suïssa va anunciar la prioritització a les UCI de persones amb possibilitat de recuperació, si hi havia saturació per coronavirus. Les societats occidentals es vanten de certs trets d'identitat i un d'ells és ser societats del benestar per a tothom. Amb aquest tipus de decisions no estem contradient la nostra identitat?

La pandèmia ha accelerat i agreujat uns dilemes en la salut pública que no són d'ara. Als països anglosaxons, ja des de l'època de Margaret Thatcher, es va establir que aquelles persones que fossin fumadores compulsives, i que no vulguessin deixar de ser-ho, tinguessin menys preferència a l'hora de ser operats de cor o de càncer, en comparació amb aquelles que, trobant-se en la mateixa situació, haguessin deixat de fumar.

La salut pública té problemes ètics. Ha d'intentar atendre tothom sempre amb recursos escassos, i quan ho són especialment, per una pandèmia o per una guerra, els criteris de prioritització lògicament s'accentuen. Suïssa es caracteritza precisament per ser un estat molt democràtic. Si utilitzen el criteri de donar prioritat a aquelles persones que tenen una perspectiva de vida més llarga, els de 80 anys o més quedaran en un segon nivell. Certament, aquí hi ha alguna cosa que interiorment ens grinyola. Ens fa pensar en el que ha passat en els geriàtrics al nostre país. En tot cas, la bona notícia és que, afortunadament, a Catalunya, la tradició de bioètica als nostres hospitals està molt arrelada. Aquests di-

lemes no desapareixeran, i ningú no diu que siguin fàcils. L'única manera d'afrontar-los és amb racionalitat i amb consens social.

Alguns països asiàtics han donat proves de més eficàcia i eficiència en la gestió de la pandèmia. És això una evidència de la decadència d'Occident?

Àsia encara té fresca en la memòria l'epidèmia de la SARS del 2002 i, a més, institucions i ciutadania estan ensinistrats per respondre a aquestes situacions. Occident no només no va preveure l'impacte de l'onada, sinó que en el fons aquí es pensava, amb una mica de supèrbia, que no ens afectaria. Però això no prova cap decadència. S'ha estat estudiant aquests mesos quins països ho fan fet bé i quins no, i entre els que ho han fet millor, figuren països liderats per dones, i molts d'ells són del món occidental! La cancellera Angela Merkel, que presideix un estat molt gran, federal i complex, s'ha coordinat perfectament amb tots els *länder*.

Al nostre país hem patit una crisi de lideratge?

La gestió no ha anat bé. S'han donat pals de cec enfront a una realitat que desconexíem i això és justificable, però només fins a un cert punt. En el primer brot ho era, en el segon ja no. En aquests moments Espanya passa per ser un dels països que ha gestionat pitjor la crisi. El *Frankfurter Allgemeine* ha arribat a preguntar-se si Espanya és un estat fallit. En el cas de Catalunya hi ha un marge de dubte perquè no hem tingut tot el poder per fer el que calia a la nostra disposició. És molt difícil gestionar la complexitat quan des de les institucions no hi ha confiança entre els seus responsables. És greu que la tensió territorial no permeti la coordinació i és molt greu que l'oposició consideri que «com pitjor, millor». A Europa ningú no ho entén.

Virus Free System de Nofer

El primer tractament capaç d'eliminar la SARS-CoV-2, causant de la Covid-19, aplicat en productes de la gamma Nofer en què l'usuari toca l'article

DEFINICIÓ I QUALITATS DEL PRODUCTE

Què és?

És un recobrint (pintura en pols epoxipolièster polimeritzada a 170 °C/polímer) aplicable a superfícies especialment no poroses, com ara l'acer inoxidable, que elimina progressivament la presència de virus. El fabricant d'aquesta substància és japonès. El tractament de la barreja d'aquest producte derivat de la plata i que el converteix en un recobrint polimèric, es fa aquí, a Espanya.

Quin aspecte té?

Aquesta capa protectora és transparent. Hem desestimat colors cridaners que el puguin diferenciar perquè poden ser problemàtics en banys de cert nivell estètic o de disseny, o simplement no agradar. Si bé és transparent, l'aplicació dota l'acer inox setinat d'un acabat una mica diferent, ja que el fa una mica fosc, donant-li un color com de «titani». Si posem un element d'inox setinat amb un altre de tractat amb aquesta pintura, el canvi de color és evident, ja que és més fosc i una mica més brillant, i li dona un acabat més elegant.

Quines qualitats té?

Amb aquesta aplicació, la superfície tractada serà capaç d'eliminar progressivament qualsevol tipus de virus, entre els quals la SARS-CoV-2, causant de la COVID-19. Aquesta capacitat desinfectant és permanent en el temps. Disposarem de certificats de reconeguts laboratoris independents que corroboraran que els productes tractats amb aquest element són capaços de reduir dràsticament la proliferació de qualsevol virus que pugui caure a la superfície.

Bacteris i virus

En general al mercat i en particular al món sanitari ja hi ha des de fa temps productes «antibacterians». Cap, però, no és capaç d'eliminar la SARS-CoV-2. El coronavirus és un virus, no un bacteri, i només el sistema Nofer (o d'altres de similars que fins ara encara no han aparegut) pot evitar la propagació a través del contacte amb els objectes d'ús quotidià d'un bany públic.



APLICACIONS EN LA GAMMA DE PRODUCTES NOFER

El coronavirus es pot transmetre per contacte amb superfícies que hagin estat infectades per una persona portadora. Aquesta substància pot aplicar-se en aquelles referències de la gamma Nofer en què l'usuari entra en contacte amb l'objecte:

- **Barres de suport a PMR:** La línia més clara d'aplicació. L'usuari toca i se subjecta a les barres, i ho fa durant un temps d'exposició considerablement llarg.
- **Accessoris de bany:** L'usuari se subjecta a la barra de la dutxa durant una estona, però a la resta d'elements el contacte és menor: porta-rotlles, got de raspalls de dents, barra per a tovalloles, etc. En aquests casos el contacte existeix, especialment amb l'escombreta, la barra, el tovalloletràctil, etc.
- **Polsadors d'accionament d'eixugamans, dispensadors de sabó, etc.**
- **Sanitaris inox:** rentamans, inodors, urinaris, fonts d'aigua freda, etc.
- **Aixetes.**
- **Assecadors:** Aquesta substància s'aplica de manera diferent en materials plàstics, i és també efectiu.
- **Diversos:** papereres higièniques, seients inclinables, etc.



INSTAL·LACIONS PER **SUPERAR** QUALSEVOL CRISI

CONTACTA'NS

info@serom.cat



Edifici Hospitalari
Polivalent, Parc Sanitari
Pere Virgili



Quiròfans Oftalmològics
de l'Hospital Clínic



www.serom.cat



[/serom](https://www.linkedin.com/company/serom)



CONFIEU LA SALUT *en nosaltres*



medicina de laboratori

www.laboratoriodeanalisisclinicos.com
www.labmdb.com www.labcatbio.com www.abolab.es

OBERT ELS 365 DIES DE L'ANY