

Hospital Universitari Vall d'Hebron: gestión de la COVID-19

Jaume Ribera Miguel Cebrián
Mihalis Markakis Mariona Esquerdo
Weiming Zhu Laia Arnal

A principios de junio del 2020, el director gerente del Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH), el Dr. Albert Salazar, expresaba su satisfacción por la gestión que su hospital había podido realizar durante la crisis de la COVID-19, que ya parecía estar bajo control, y su preocupación sobre la gestión pos-COVID, que presentaba una serie de retos y oportunidades para su centro.

El Dr. Salazar había comenzado a ocupar la plaza de gerente del hospital a finales de junio del 2019, y el inicio de la pandemia de la COVID había llegado cuando el HUVH se preparaba para la elaboración de su nuevo plan estratégico (2021-2025). Tras pasar los momentos más críticos de la pandemia, estaba seguro de que la estrategia de futuro del hospital sería diferente.

“La consecuencia de la COVID debe ser una evolución transformadora del modelo organizativo asistencial apoyado en dos conceptos: (1) el territorio, la necesidad de trabajar cualquier proyecto en colaboración con todos los agentes de aquel; y (2) internamente, potenciar los equipos multidisciplinares, ya que la COVID nos ha demostrado que el trabajo conjunto entre especialidades, entre estamentos, conjuntamente médicos y personal de enfermería, etc., rompiendo los silos tradicionales, compartiendo conocimiento, es capaz de conseguir resultados en términos de atención al paciente muy superiores. Ninguno de estos elementos es nuevo, pero la COVID los ha hecho mucho más visibles, y ahora tenemos que ser capaces de aprovecharlos en la transformación del hospital”.

Caso preparado por los profesores Jaume Ribera, Mihalis Markakis y Weiming Zhu, Miguel Cebrián, asistente de investigación, y Mariona Esquerdo y Laia Arnal, respectivamente, Business Development Project Manager and Director at the Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Febrero del 2021.

Los casos del IESE están diseñados para fomentar el debate en clase y no para ilustrar la gestión adecuada o inadecuada de una situación determinada.

Este caso se ha escrito con la colaboración del CRHIM (Center for Research in Healthcare Innovation Management), IESE.

Copyright © 2021 IESE. Para pedir copias de este documento diríjase a IESE Publishing en www.iesepublishing.com, escriba a publishing@iese.edu o llame al +34 932 536 558.

No está permitida la reproducción total o parcial de este documento, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o por otros medios.

Última edición: 23/2/21

El Hospital Universitari Vall d'Hebron

El origen del HUVH se remonta a 1955, año en el que se inauguró el Hospital General Vall d'Hebron, que fue el primero construido en España por el seguro obligatorio de enfermedad (SOE), creado en 1942. Más tarde, en 1966, se puso en marcha la Escuela de Enfermería, y

“en 1967 se inauguraron dos hospitales más y una clínica: el Hospital de Traumatología y Rehabilitación, el Hospital Maternal y la Clínica Infantil. En las décadas siguientes, estos centros se ampliaron en espacio y servicios, y también creció su potencial docente. Fue entonces cuando emergieron las necesidades de sacar adelante proyectos de investigación en el ámbito de la salud.

La investigación en Vall d'Hebron se consolidó en 1994, con el nacimiento del Vall d'Hebron Instituto de Investigación, y logró el impulso definitivo 10 años más tarde, cuando se inauguró un edificio específico dedicado a laboratorios de investigación en el campus. En el 2005, la investigación creció con el Vall d'Hebron Instituto de Oncología, especializado en la investigación del cáncer.

Más tarde, en el 2012, se inauguraron las nuevas instalaciones del Centro de Esclerosis Múltiple de Cataluña, que se consolidó como un centro único dedicado a esta enfermedad, ampliando así los servicios y estudios en torno a ella, que, hasta entonces, se habían desarrollado en el Servicio de Neuroinmunología Clínica del hospital. Con todo este potencial, se vio la necesidad de agruparse y trabajar de una forma todavía más coordinada.

A principios del 2020, el HUVH tenía 1.154 camas hospitalarias, una capacidad de 56 camas de adultos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y un área de influencia directa de 430.000 habitantes (directos) y más de 2.000.000 indirectos. Una media de 50.000 personas pasaba a diario por el hospital, compuesto por 22 edificios, en los que trabajaban cerca de 9.000 profesionales, 531 residentes y 2.000 investigadores en 85 grupos de investigación; realizaba unos 1.300 ensayos clínicos y proporcionaba formación en 47 especialidades y en investigación biomédica. En el año 2019, prestó atención sanitaria a alrededor de 1.200.000 pacientes (niños y adultos), atendió 204.537 urgencias, realizó 35.467 intervenciones quirúrgicas y 319 trasplantes, generó 67.646 altas y recibió 923.403 visitas en consultas externas. Era el hospital más grande de Cataluña y el segundo de España”.¹

Para una revisión de los hitos más importantes de la historia del HUVH, véase el **Anexo 1**.

La pandemia de la COVID-19

A lo largo de la historia, nada ha sido más letal para la humanidad que las enfermedades infecciosas. En un artículo publicado en *BBC Future* (Nuwer, 22 de noviembre del 2018), un siglo después de que la mal llamada “gripe española” causara entre 50 y 100 millones de muertos en todo el mundo, el autor afirmaba que era solo una cuestión de tiempo que resurgiera una cepa similar. Considerando que la población mundial se había multiplicado por cuatro en el último siglo, un brote parecido al de 1918 podría causar más de 250 millones de muertes. El artículo apuntaba que, aun cuando existían medicamentos para combatir estas gripes, no había suministros suficientes ni para tan solo cubrir a Estados Unidos, el país más rico del planeta.

¹ Val d'Hebron. "Historia." Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus. Last modified June 17, 2019. <https://www.vallhebron.com/es/el-campus/historia>.



Más recientemente, el mundo había sufrido los brotes de la gripe asiática en 1957, la gripe de Hong Kong en 1968 y la gripe H1N1pdm09 (*swine-flu*) en el 2009. Esta última se inició en Estados Unidos y se propagó rápidamente por el mundo (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, s. f.b). Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estimaron entre 105.000 y 575.000 las muertes causadas por esta pandemia (Roos, 27 de junio del 2012), una cifra, en promedio, 15 veces superior al número de fallecidos confirmados por pruebas de laboratorio. A nivel mundial, se calculó que el 80% de las personas que fallecieron por el virus de la H1N1pdm09 tenía menos de 65 años.

El 31 de diciembre del 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue informada de casos de neumonía de causa desconocida en la ciudad de Wuhan (China). Las autoridades chinas identificaron un nuevo coronavirus como su causa el 7 de enero del 2020 y lo denominaron, temporalmente, "2019-nCoV". Los coronavirus (CoV) son una gran familia de virus que provocan enfermedades que abarcan desde el resfriado común hasta otras más graves. Un nuevo coronavirus (nCoV) era una nueva cepa que no se había identificado previamente en humanos. El nuevo virus se denominó posteriormente "virus COVID-19".

El 11 de marzo del 2020, el rápido aumento del número de casos fuera de China llevó al director general de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, a calificar el brote como una pandemia. Para entonces, se habían notificado más de 118.000 casos en 114 países y se habían registrado 4.291 muertes.

El primer caso en España se detectó el 31 de enero, en La Gomera (Islas Canarias), y en Cataluña, el 25 de febrero. El Gobierno español decretó el estado de alarma y el confinamiento de la población a partir del 14 de marzo. Sin embargo, estudios posteriores detectaron un exceso de más de 8.000 casos de gripe en España en el periodo del 4 de febrero al 20 de marzo, lo que parecería indicar que podrían haber existido casos de la COVID-19 antes del primer detectado. El **Anexo 2** muestra la cronología de los hechos relevantes en la expansión del coronavirus, con énfasis en la situación en España.

A mediados de marzo de 2020, la Oficina Regional en Europa de la OMS se había convertido en el epicentro de la epidemia, informando de más del 40% de los casos confirmados a nivel mundial. A partir del 28 de abril, el 63% de la mortalidad mundial como consecuencia del virus se localizaba en el Viejo Continente. El **Anexo 3** muestra la evolución la pandemia en distintos países del mundo y en España.

Para la detección del coronavirus, se utilizaban diversas técnicas en microbiología, pruebas moleculares virales (indicaban si se tenía la infección activa) y pruebas serológicas de anticuerpos (mostraban si se había tenido la infección durante un tiempo suficiente como para generar anticuerpos). Sin embargo, según el Dr. Tomàs Pumarola, jefe del Servicio de Microbiología del HUVH, la realidad era más complicada que lo que reflejan los libros de texto y no siempre era fácil detectar el coronavirus. Para una descripción más detallada de las pruebas de detección, véase el **Anexo 4**.

Los pacientes de COVID-19 presentaban unas manifestaciones clínicas muy diversas. Si bien se desconocían las causas de dicha variabilidad, se apuntaba a la edad, al grupo sanguíneo, al sexo, etc. Los pacientes podían clasificarse en estas categorías:

- Asintomáticos —eran los casos más problemáticos, porque transmitían la enfermedad sin ser conscientes de que la tenían—.