



Secció Crítica de la Societat Catalana
d'Anestesiologia Reanimació i Terapèutica del Dolor

DOCUMENTO DE CONSENSO

ANÁLISIS DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN DE CATALUÑA DESTINADOS A LA ATENCIÓN AL ENFERMO CRÍTICO DURANTE LA CRISIS Covid-19 Y PROPUESTA DE ACTUACIÓN ANTE FUTURAS CRISIS SANITARIAS.

Barcelona, mayo 2020

Societat Catalana de Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor
(SCARTD)

La pandemia por la enfermedad ocasionada por el coronavirus SARS-Cov2, llamada Covid-19, que ha afectado a todo el Estado i a Catalunya, ha precisado un incremento de camas de pacientes críticos de los hospitales catalanes muy por encima de sus capacidades habituales; sobre todo si cuantificamos exclusivamente las Unidades vinculadas a los Servicios de Medicina Intensiva (UCI). Inicialmente se excluyeron de este cómputo de camas en las Unidades de Reanimación, Unidades de Críticos postquirúrgicos, UCI Quirúrgica o UCI de Anestesia, según la nomenclatura recomendada por la "Sociedad de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor" (SEDAR), adscritas a los servicios de Anestesiología. En estas unidades ingresan habitualmente pacientes críticos postoperatorios programados o urgentes, enfermos traumáticos y otros tipos de enfermos críticos según necesidad y peculiaridades de los hospitales^{1,2}.

Con el número de camas del Servicios de Medicina Intensiva no se podía dar respuesta a esta crisis y entonces se pidió, desde las Direcciones de los centros hospitalarios, la colaboración de los Servicios de Anestesiología y Reanimación y de otros servicios (neumología, cardiología etc.).

La formación recibida y el manejo diario de los pacientes quirúrgicos, muchos de ellos críticos y sometidos a cirugías complejas, da a todos los anestesiólogos la competencia y capacitación para el manejo del paciente en cualquier situación crítica y por tanto, están excelentemente cualificados en el manejo de la vía aérea, diferentes modalidades de ventilación mecánica invasiva, monitorización invasiva avanzada y soporte vital avanzado, aspectos básicos necesarios para el manejo de la enfermedad por Covid-19³⁻⁶. Asimismo, un subgrupo importante de los anestesiólogos de los Servicios de Anestesiología y Reanimación son expertos en cuidados críticos (que dedican toda su carrera profesional y horario laboral en este tipo de paciente, de manera completamente equivalente al Servicios de Medicina Intensiva, focalizándose más en el paciente crítico postquirúrgico).

La evolución en los últimos años los hospitales de agudos hacia instituciones destinadas a pacientes quirúrgicos hace que las plantillas de personal de los Servicios de Anestesiología y Reanimación sean de las más amplias de los hospitales. Su papel creciente en la atención perioperatoria de los pacientes los hace expertos en el manejo de los aspectos médicos de los pacientes quirúrgicos, cada vez con patologías más complejas.

La situación de la actual crisis sanitaria producida por la pandemia Covid-19 inevitablemente conlleva el paro de toda esta actividad quirúrgica electiva para centrar

los esfuerzos sanitarios en los pacientes COVID-19. Esta acción, será necesaria ante cualquier tipo de emergencia sanitaria que pueda aparecer en un futuro. Todo el hospital se centra necesariamente en la emergencia sanitaria. Así, la rápida actuación de los Organismos Sanitarios Oficiales y de los órganos de gobierno de los hospitales en posponer la cirugía electiva no oncológica, ha permitido la disponibilidad de personal experto para atender a pacientes críticos de Covid-19, simplemente aplicando un cambio de orientación de la mayoría de especialistas cualificados del Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Los Hospitales y los Servicios de Anestesiología y Reanimación disponen de estructura y espacios en los hospitales para atender a los pacientes quirúrgicos: Las Áreas Quirúrgicas, equipadas con dispositivos la alta tecnología, destinadas fundamentalmente al manejo del paciente quirúrgico, que pasan desapercibidas por las administraciones hospitalarias y Sanitarias al no formar parte de las camas "administrativas" de los centros. En muchos centros, todavía no son reconocidas oficialmente como Unidades de Críticos, a pesar de que disponen, tal como establecen las recomendaciones de la Sociedad Europea de Anestesiología (ESA)^{1,2}, de los mismos recursos que las unidades de intensivos. Esta falta de visibilidad administrativa afecta específicamente, a determinadas Unidades de Reanimación, a las Unidades de Recuperación Post Anestésicas (URPAs) y a los propios quirófanos. La realidad es que muchos hospitales de Cataluña han atenuado el impacto de esta crisis sanitaria gracias a estas unidades.

Sumando las camas de UCI / críticos / reanimaciones quirúrgicas y URPAs, vinculadas a los servicios de Anestesiología y Reanimación, posiblemente igualan o superan el número de camas de críticos al servicio de las Unidades de Medicina Intensiva de los hospitales catalanes. La incorporación de estas estructuras, ya dotadas de recursos materiales y personal cualificado a la crisis, ha permitido el crecimiento exponencial del camas de cuidados críticos y poder dar una adecuada respuesta a la crisis sanitaria provocada por el Covid-19

La demanda de camas hospitalarias (en general), para el tratamiento de pacientes Covid-19 ha superado cualquier predicción, pero el punto clave que evitó el colapso sanitario de camas de cuidados críticos ha sido la incorporación de las áreas quirúrgicas en el tejido Sanitario de los Hospitales de Cataluña, gestionados por los Servicios de Anestesiología y Reanimación. No es pues de extrañar, que el incremento exponencial del número de camas de críticos haya venido básicamente de la mano del Servicios de Anestesiología y Reanimación y de la implicación en la crisis de plantillas enteras de estos servicios, sin menospreciar a muchos otros especialistas, además de los intensivistas, con los que se ha trabajado conjuntamente y de manera multidisciplinaria,

como neumólogos, cardiólogos, neurólogos, internistas, pediatras, cirujanos, etc., que también han colaborado, tanto en personal como con algunas áreas de cuidados críticos y semicríticos, en dar solución a la pandemia.

Para poder evaluar la implicación real en Cataluña de los servicios de Anestesiología y Reanimación en esta pandemia, se diseñó una encuesta online con un total de once preguntas. La encuesta fue enviada a todos los Jefes de Servicio de Anestesiología y Reanimación de los centros hospitalarios de titularidad pública y privada de Cataluña, a través de la Sociedad Catalana de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor (SCARTD). Los datos que presentamos corresponden a la muestra de respuestas recogidas entre los días 30/04/2020 y 06/05/2020. Hay representados un total de 41 centros hospitalarios del territorio, tanto públicos como privados, de diversa complejidad: terciarios, secundarios y comarcales.

Las preguntas realizadas fueron las siguientes:

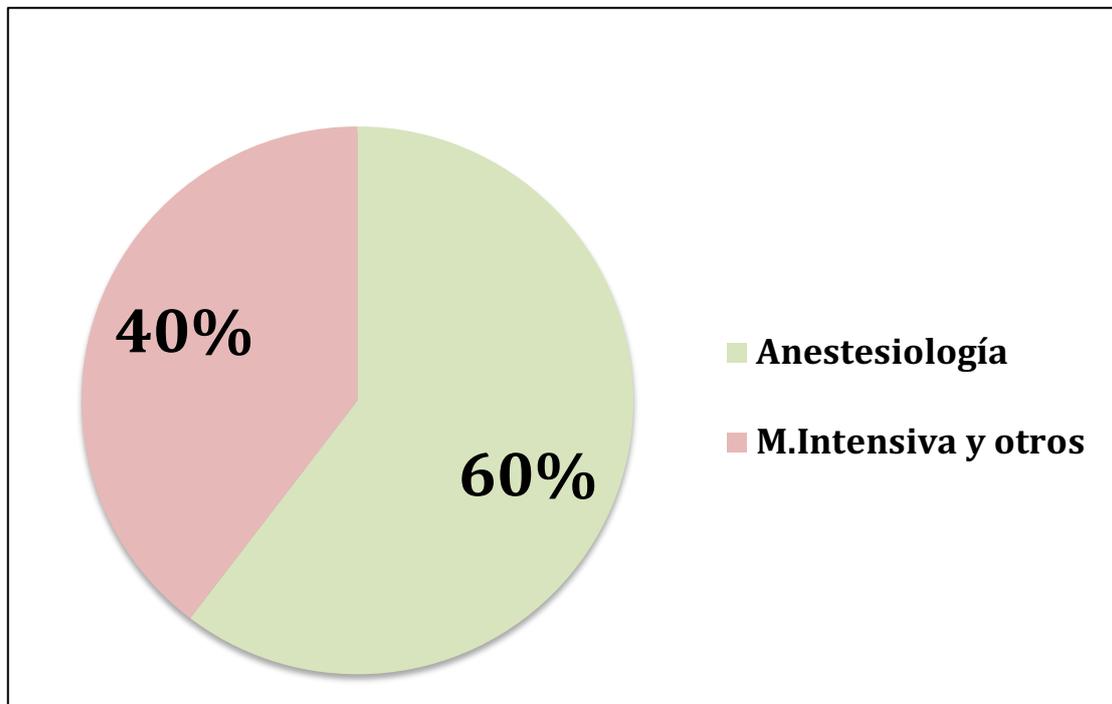
1. Nombre del centro hospitalario.
2. De cuántas camas de críticos disponía el servicio de Medicina Intensiva durante la época pre-COVID.
3. De cuántas camas de críticos reconocidos administrativamente disponía el servicio de Anestesiología y Reanimación durante la época pre-COVID.
4. Número TOTAL de camas de críticos (gestionados por cualquier especialidad y en cualquier ubicación) habilitadas para asumir la pandemia (enfermo crítico Covid-19 y no Covid-19).
5. Numero de camas de críticos de que ha dispuesto el Servicio de Anestesiología durante la crisis Covid-19 para asumir enfermo crítico (tanto Covid como NO-Covid). INCLUYENDO TODAS las áreas sea URPA / QUIRÓFANOS, etc.
6. Camas de críticos que se han habilitado en áreas de URPA / RECOVERY.
7. Camas de críticos que se han habilitado en QUIRÓFANOS.
8. Papel (rol) del Servicio de Anestesiología en la atención al paciente crítico (Covid y NO Covid) en las áreas tales como URPA / Quirófanos.
9. Número total de Anestesiólogos de Staff del Servicio.
10. Número de Anestesiólogos del Servicio que han trabajado en dispositivos Covid de críticos.
11. Necesidad de cambiar el sistema horario del Staff a un trabajo por turnos de 12h o similar.

Cens recursos asistenciales Anestesiología COVID-19

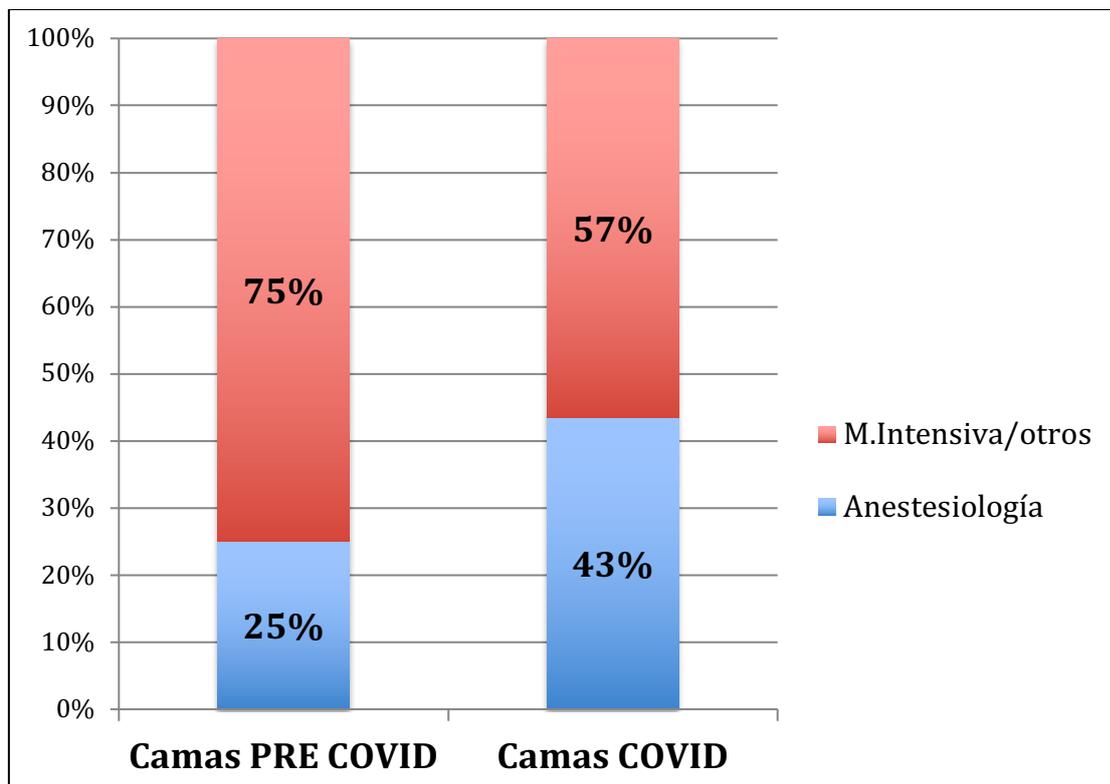
12. Papel (rol) que ha desarrollado el Servicio de Anestesiología y Reanimación en el manejo de la vía aérea del paciente Covidien-19 en cada centro.

Resumen gráfico de los resultados relevantes:

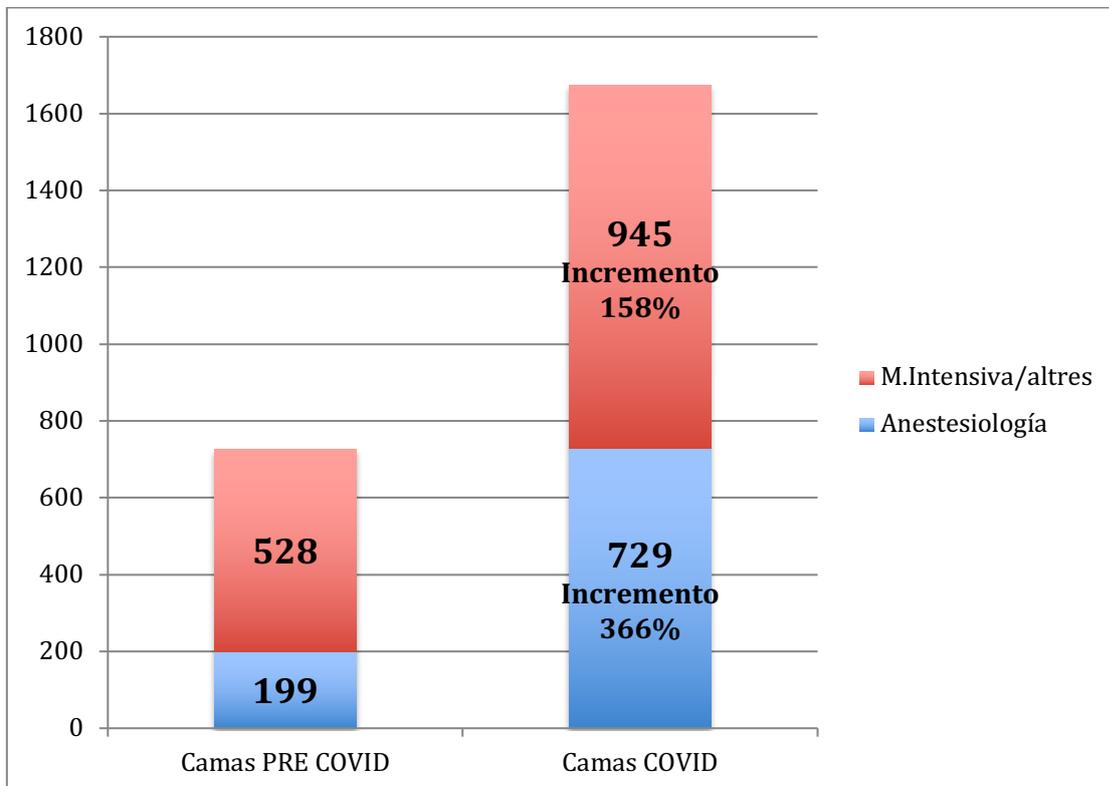
TOTAL CAMAS CRÍTICOS PRE-COVID	796
Incremento camas CRITICOS COVID	878
Incremento camas CRITICOS COVID (%)	110%
Incremento <i>Anestesiología</i>	530 de 878 (60%)
Incremento <i>M.Intensiva y otros</i>	348 de 878 (40%)



	Camas críticos PRE COVID (% respecto total)	Camas críticos COVID (% respecto total)
Anestesiología	199 de 796 (25%)	729 de 1674 (43%)
M. Intensiva/otros	597 de 796 (75%)	945 de 1674 (57%)
TOTAL	796	1674

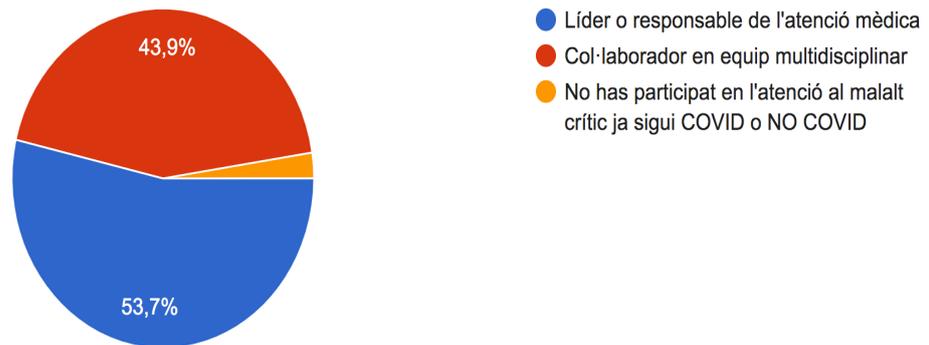


	Camas críticos PRE COVID	Camas críticos COVID
Anestesiología	199	729 (incremento 366%)
M. Intensiva/otros	597	945 (incremento 158%)
TOTAL	796	1674



El papel del Servicio de Anestesiología en la atención al paciente crítico (COVID y NO COVID) en las áreas tales como URPA/Quirófanos, etc. en tu centro ha sido:

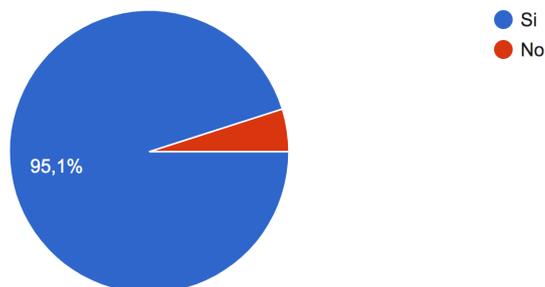
41 respuestas



- Líder o responsable de la atención médica
- Colaborador en equipo multidisciplinar
- Tu servicio NO ha participado en la atención al paciente crítico ya sea COVID o NO COVID

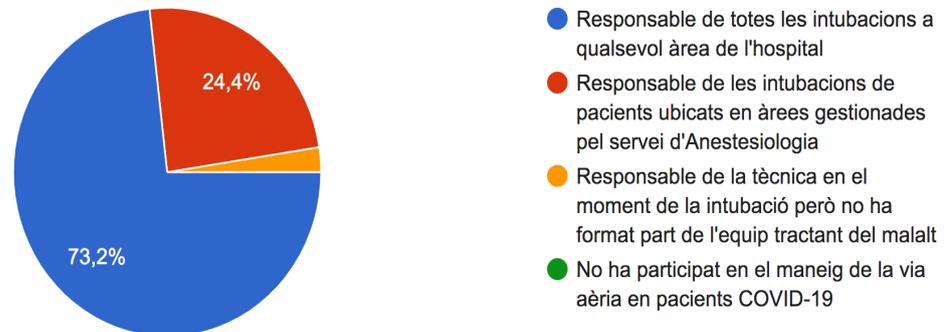
Has tenido que cambiar el horario del Staff del Servicio a turnos de 12h o similar?

41 respuestas



¿Qué papel ha desarrollado el Servicio de Anestesiología en el manejo de la vía aérea del paciente COVID-19 en tu centro?

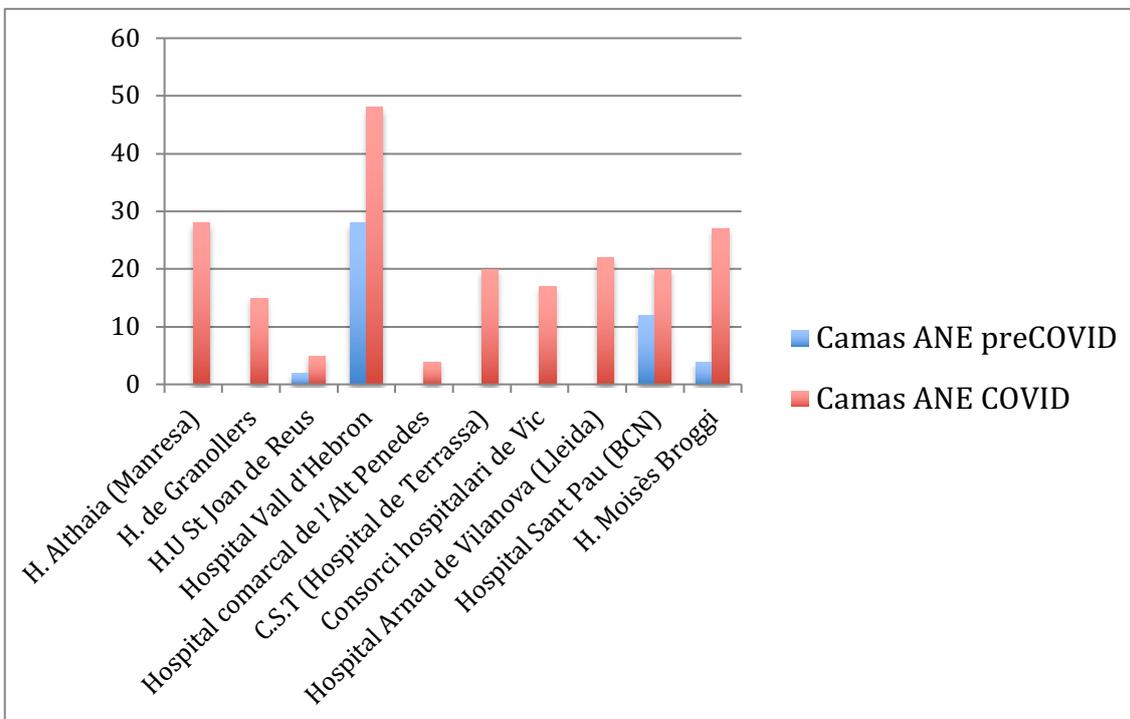
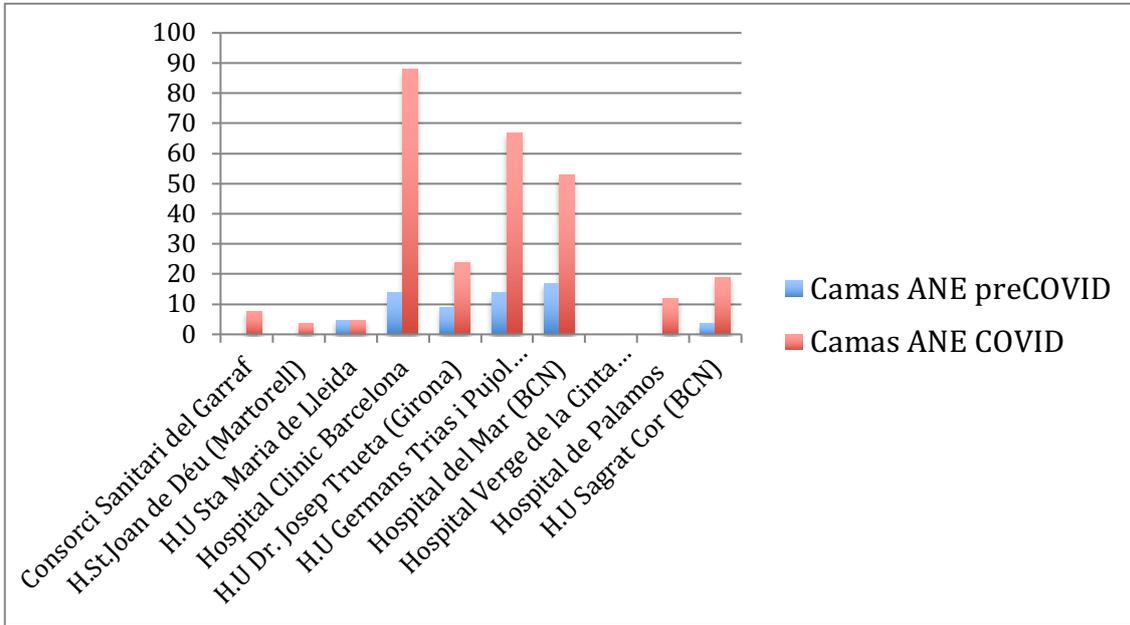
41 respuestas



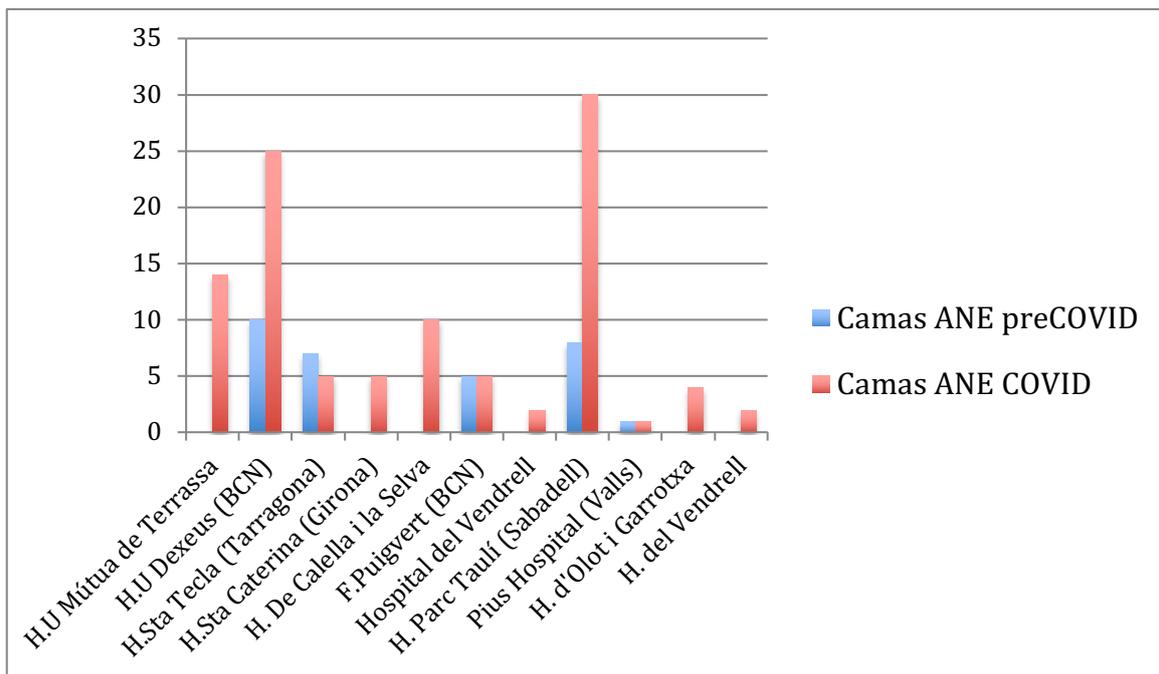
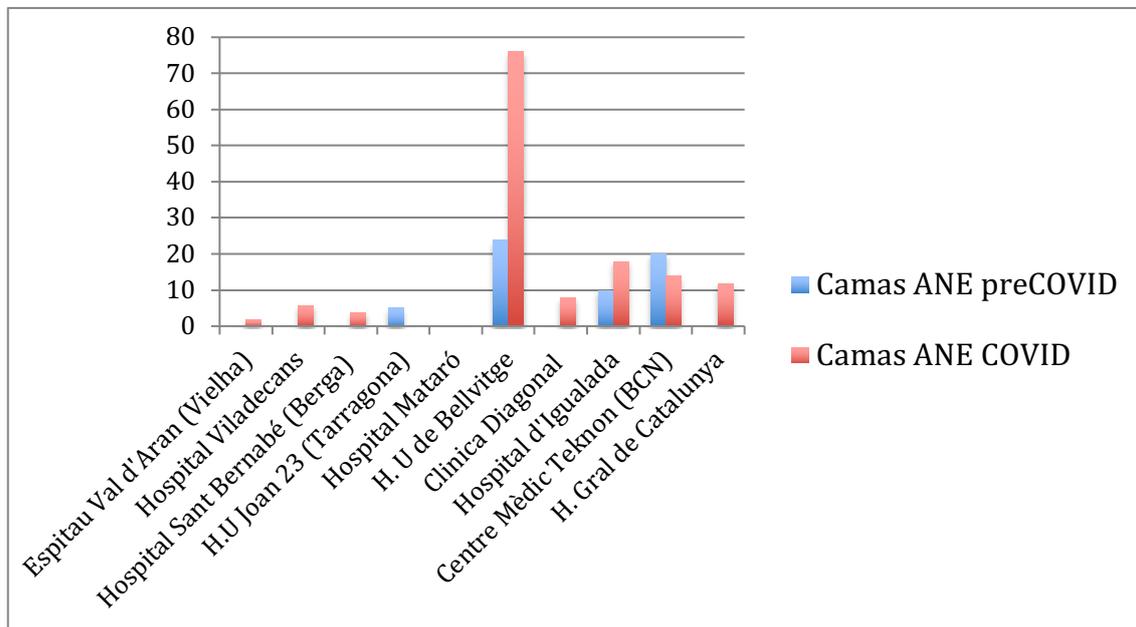
- Responsable de todas las intubaciones en cualquier área del hospital
- Responsable de las intubaciones de pacientes ubicados en áreas gestionadas por el Servicio de Anestesiología y Reanimación
- Responsable de la técnica en el momento de la intubación pero NO ha formado parte del equipo tratante del paciente
- NO ha participado en el manejo de la vía aérea en pacientes COVID-19

Cens recursos assistencials Anestesiologia COVID-19

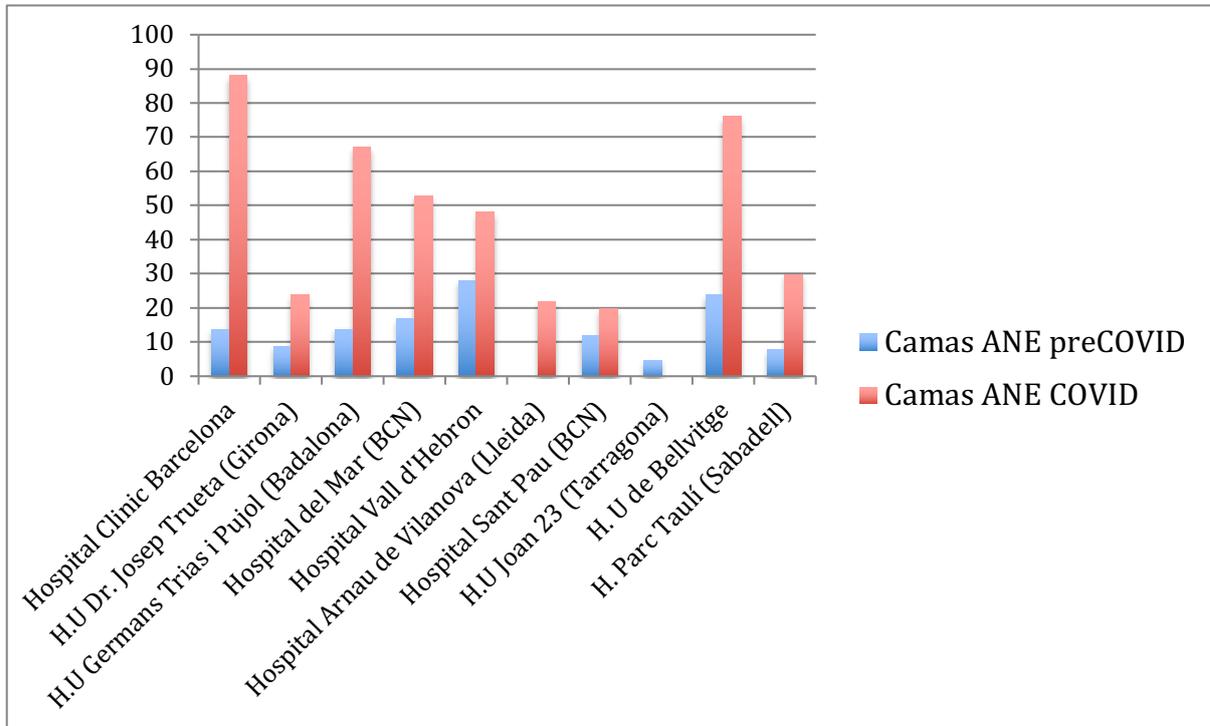
Detalle del incremento hospitalario de las camas de pacientes críticos a cargo de los Servicios de Anestesiología y Reanimación de los hospitales antes de la pandemia (camas ANE preCOVID) en comparación con las camas de críticos gestionados durante la pandemia (camas ANE COVID).



Cens recursos assistencials Anestesiologia COVID-19



Resumen de los hospitales de 3r nivel de Catalunya



Las principales conclusiones que se pueden extraer de esta encuesta son las siguientes:

1. El total de camas para pacientes críticos oficialmente disponibles antes de la pandemia Covid-19, era de 796 en los hospitales encuestados. De ellas, 199 (25%) estaban administrativamente asignadas a los Servicios de Anestesiología y Reanimación de estos hospitales
2. Ante la pandemia Covid-19, las camas destinadas a la atención de pacientes críticos pasó de 796 a 1674 (Incremento del 210%), de las cuales 729 camas de críticos (43% del total) fueron atendidas y lideradas por los Servicios de Anestesiología y Reanimación.
3. La participación de los anestesiólogos en la atención de pacientes críticos Covid-19 ha sido masiva en todos los hospitales encuestados. En el 53,7% de los centros evaluados, los anestesiólogos han sido líderes / responsables de la atención médica y, en el resto de los casos, colaboradores en equipos multidisciplinarios.
4. Para el ejercicio de estas responsabilidades, los miembros de los Servicios de Anestesiología y Reanimación han modificado sus horarios de trabajo y se han situado como máximos responsables, en todo el hospital, en técnicas y habilidades de riesgo máximo de contaminación, como es el manejo de la vía aérea.
5. El número total de anestesiólogos de los hospitales analizados destinados a dispositivos de tratamiento de la Covid-19 ha sido de 732, lo que representa un 67% de todas las plantillas de anestesiólogos. El 33% restante ha sido destinado a atender la cirugía urgente y / o inaplazable.

Planificación ante posibles nuevas situaciones de crisis sanitaria. (Repunte de la infección por Covid-19 u otras).

Últimamente se está planificando cómo se debería afrontar un nuevo rebrote de Covid-19 y, por las informaciones recibidas, parece que las soluciones políticas van encaminadas a incrementar las estructuras hospitalarias de pacientes críticos de forma permanente. Esta solución, que puede parecer sencilla sobre el papel, pensamos no es realista ni sostenible desde los hospitales. No hay espacios reales para incrementar estructuralmente estos Servicios o, si existen, implicarían un coste adicional estructural y de personal que una vez pase la crisis sería completamente inasumible e innecesario, no existiendo una demanda real asistencial estable que lo justifique.

La crisis del Covid-19 nos ha enseñado que la solución tiene que venir dada por estructuras y personal que tengan capacidad de polivalencia, es decir, que se active o desactive en función de este incremento de la demanda, aprovechando el personal cualificado y las estructuras ya existentes^{7,8}. En esta ocasión ha sido posible en gran parte por los Servicios de Anestesiología y Reanimación, que como se ha comentado, disponen del espacios y del personal cualificado polivalente, con disponibilidad inmediata a los cambios estructurales según las necesidades asistenciales, de forma eficaz y eficiente.

El simple reconocimiento administrativo por parte de los Hospitales y de las administraciones Sanitarias de estas áreas con capacidad polivalente de la Área quirúrgica (Unidades de Reanimación quirúrgicas, unidades de recuperación postanestésica (URPA)⁷ representaría un incremento significativo de las camas de críticos de los hospitales. Este reconocimiento administrativo puede tener implicaciones a nivel de ratios de personal, fundamentalmente de enfermería, registros de actividad, tanto por las historias clínicas como por las estadísticas de los centros y tener sistemas de control de la calidad asistencial, pero sin duda, pensamos que el incremento de camas estructurales limitadas a pacientes críticos de servicios intensivos, supondría un aumento del gasto que obligaría a una dotación extraordinaria de personal, equipamientos y fungibles específicos todo ello de elevado coste.

Otro aspecto fundamental para asegurar una respuesta eficaz y eficiente ante un nuevo rebrote de la Covid-19 (o de cualquier otra contingencia similar) es la organización de equipos multidisciplinares en otros niveles asistenciales que no están representados en la encuesta realizada y en los resultados aportados.

Por la experiencia acumulada en estas últimas semanas sabemos que, aproximadamente un 9% de los pacientes que ingresan en el hospital afectados de neumonía por Covid-19 requerirán, en pocas horas, atención en el área de críticos. El resto de pacientes que ingresaran de urgencia - 91% - harán su evolución clínica en las plantas de hospitalización. Es en estas áreas de hospitalización donde vale la pena dedicar los máximos de protocolización multidisciplinaria y aplicar herramientas tecnológicas de Semicríticos con el fin de minimizar el porcentaje de pacientes que fracasen terapéuticamente y requieran ingreso en críticos, no supere valores superiores al 2%-3% de los ingresados.

Así pues, una de las principales enseñanzas de la epidemia COVID-19 es la importancia de interrelación profesional entre especialistas de medicina crítica: intensivistas, anestesiólogos, cardiólogos, etc., con los profesionales de urgencias y hospitalización, así como con la medicina crítica extra hospitalaria (SEM).

Únicamente con estas soluciones costo-efectivas, mediante el reajuste de recursos en los hospitales, estaremos preparados para afrontar nuevas crisis de una manera sostenible; sean relacionadas con la Covid-19 como por otras circunstancias como otras pandemias, catástrofes, accidentes de múltiples víctimas, etc.

Desde la Sociedad Catalana de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, queremos poner a disposición del Departamento de Salud, de las Instituciones sanitarias y de la propia Sociedad, nuestros conocimientos, disponibilidad y recursos, para poder hacer frente a cualquier situación crítica presente o futura, dando la seguridad de poder ofrecer una asistencia transversal, polivalente, eficaz y eficiente de alta calidad.

En base al estudio realizado concluimos y proponemos desde la SCARTD:

1.- La respuesta dada por las Áreas quirúrgicas durante esta crisis inicial por la pandemia Covid-19 ha permitido evitar el colapso del sistema sanitario catalán. Proponemos se reconozcan administrativamente, por parte de los centros hospitalarios, todas las camas de las Unidades de Reanimación y un número determinado de camas de URPA. Así, podrán formar parte del cómputo de camas de críticos disponibles en cada centro y en conjunto del sistema sanitario⁷.

2.- La respuesta e implicación de los profesionales de los servicios de Anestesiología y Reanimación ha sido global, redirigiendo su labor asistencial en el ámbito de críticos donde es un profesional cualificado y experto. Esta flexibilidad y capacidad de adaptación debe ser considerada en el futuro como elemento estratégico para encarar futuros retos⁸. Proponemos que, por su especialización en el paciente crítico, los especialistas en Anestesiología y Reanimación estén representados en los órganos asesores de la administración en este ámbito.

Referencias

- 1.- Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. 2010. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- 2.- Monedero P, Paz-Martín D, Cardona-Pereto J, et al. Cuidados Intensivos de Anestesia: recomendaciones de la Sección de Cuidados Intensivos de la Sociedad Española de Anestesiología. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2017; 64 (5): 282-285. Disponible en: https://www.sedar.es/images/site/CUIDADOS_INTENSIVOS-SEDAR.pdf
- 3.- Programas Formativos de Especialidades en Ciencias de la Salud. Anestesiología y Reanimación. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en : https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/Anestesiologia_y_Reanimacion.pdf
- 4.- UEMS/EBA 2013/18. Training Requirements for the Specialty of Anaesthesiology, Pain and Intensive Care Medicine. European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training. https://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0004/44428/UEMS-2013.18-European-Training-Requirements-Anaesthesiology.pdf
- 5.- Anaesthesiology Section of UEMS (EBA UEMS).European Training Requirement ETR in Anaesthesiology. From the Standing Committee on Education and Professional Development (EPD) of the Section and Board of Anaesthesiology. ETR Anaesthesiology 2018. <http://www.eba-uems.eu/resources/PDFS/EPD/ETR-Anaesthesiology-2018.pdf>
- 6.- S. Kietai, A. Blank and E. De Robertis. Medical training in anaesthesiology. Updated European requirements. Eur J Anaesthesiol 2019; 36:473-476
- 7.- Unidades de Críticos. Real Decreto 69/2015, de 6 de octubre, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. BOE. Núm. «BOE» núm. 35, de 10 de febrero de 2015 Referencia: BOE-A-2015-1235. Texto consolidado. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/02/06/69/con>

8.- Khanna AK, Siddiqui S, Kaufman M, Grecu L. Anesthesiologist Intensivists: Adding Value to a Hospital System. ASA Monitor. 2019; 83 (5):18-20. Disponible en: <https://monitor.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2731651>

Autores:

Junta de la Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor (SCARTD)

Rosa Ma Villalonga Vadell. Presidenta.
Xavier Sala Blanch. Vicepresidente.
Jaume Roigé Solé. Secretario.
Xavier Garcia Eroles. Tesorero.
Carles Morros Viñoles. Vocal primero.
Ricard Valero Castell. Vocal segundo.
Marc Bausili Ribera. Vocal Web.
Ana Pedregosa Sanz. Vocal de docencia.
Gerard Sergi Angeles Fite. Vocal de residentes.

Jefes de Servicio, Responsables de Unidades de críticos de Anestesiología y Reanimación de Catalunya

Santiago Abreu Paradell. Jefe de Servicio. Hospital d'Igualada.
Ramón Adalia Bartolomé. Responsable unidad de críticos. H. del Mar – Parc de Salut Mar.
Astrid Álvarez Pérez. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Sagrat Cor.
Núria Amigó Bonet. Jefe de Servicio. Pius Hospital de Valls.
Rosa Asbert Sagasti. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Mútua Terrassa.
Francesca Barbal Badia. Jefe de Servicio. Hospital Sant Rafael.
Albert Carramiñana Dominguez. Unidad de críticos. Hospital Clínic.
Jordi Castellnou Ferré. Jefe de Servicio. Hospital Verge de la Cinta.
José Antonio Bernia Gil. Jefe de Servicio. Consorci Sanitari de Terrassa.
Federico Carol Boeris. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Parc Taulí.
María José Colomina Soler. Unidad de críticos. Hospital Universitari de Bellvitge.
Antonio Chamero Pastilla. Jefe de Servicio. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès.
María Victoria del Moral García. Jefe de Servicio. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Dolors del Pozo. Jefe de Servicio. Hospital Universitari Santa Maria.
Fernando Escolano Villén. Jefe de Servicio. Hospital del Mar – Parc de Salut Mar.
Pere Esquius Jofre. Jefe de Servicio. Hospital Sant Joan de Déu – Manresa.
Carlos Ferrando Ortolá. Responsable Unidad de críticos. Hospital Clínic.
Carlos García Marqueta. Jefe de Servicio. Fundació Privada Hospital de Mollet.
Carmen Hernández Aguado. Jefe de Servicio. Hospital Universitari Josep Trueta.
Daniel Hernando Pastor. Jefe de Servicio. Fundació Puigvert.
Núria Isach Comallonga. Jefe de Servicio. Hospital General de Granollers.
Xenia Isern Domingo. Jefe de Servicio. Hospital Comarcal Sant Bernabé.
L. Cesar Jaramillo Carrión. Jefe de Servicio. Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella.
Maylin Koo García. Responsable Unidad de críticos. Hospital Universitari de Bellvitge.
Marta Lacambra Basil. Jefe de Servicio. Hospital General de Vic.
Juan José Lázaro Alcay. Jefe de Servicio. Hospital Sant Joan de Déu – Barcelona.
Javier Mailan Bello. Hospital Universitario Quirón Dexeus.
Susana Manrique Muñoz. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

Cens recursos assistencials Anestesiologia COVID-19

Graciela Martínez Palli. Jefe de Servicio. Hospital Clínic.
Lluís Martínez Jérez. Jefe de Servicio. Hospital Municipal Badalona.
Josep Masdeu Castellví. Jefe de Servicio. Hospital Moisès Broggi.
Jordi Mercadal Mercadal. Unidad de críticos. Hospital Clínic.
Antonio Montero Matamala. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Arnau de Vilanova.
Onel Morales Torres. Jefe de Servicio. Hospital de Palamós.
Ma Lluïsa Moret Ferron. Jefe de Servicio. Hospital Plató.
Enrique Moret Ruiz. Jefe de Servicio. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.
Lluís Muñoz Falcón. Jefe de Servicio. Hospital Sant Joan de Déu – Martorell.
Miriam de Nadal Clanchet. Responsable Unidad de críticos. Hospital Universitario Vall d'Hebrón.
Pere Miquel Ortells Nebot. Jefe de Servicio. Fundació Hospital de l'Esperit Sant.
Antoni Prat Vallribera. Jefe de Servicio. Hospital Asepeyo. Sant Cugat del Vallés.
Fernando Remartinez Fernandez. Jefe de Servicio. Consorci Sanitari del Garraf.
Pilar Roca Campos. Jefe de Servicio. Hospital Sant Pau i Santa Tecla.
Julian Roldan Osuna. Jefe de Servicio. Hospital General de Catalunya.
Antoni Sabaté Pes. Jefe de Servicio. Hospital Universitari de Bellvitge.
Pilar Sala Francino. Jefe de Servicio. Hospital Universitari Sant Joan.
Judit Saludes Serra. Jefe de Servicio. Hospital Universitari Joan XXIII.
Enric Samsó Sabe. Unidad de críticos. H. del Mar – Parc de Salut Mar.
Eugeni Sarmiento Meneses. Jefe de Servicio. Hospital Sant Jaume d'Olot.
Josep Maria Soto Ejarque. Jefe de ámbito. Servicios especializados y Extraordinarios. SEM.
Albert Tomas Torrelles. Jefe de Servicio. Hospital Comarcal Sant Bernabé.
Antonio Tomás Esteban. Jefe de Servicio. Hospital Transfronterer.
Montserrat Yuste Graupera. Jefe de Servicio. Consorci Sanitari del Maresme.