

**LA PRIMERA ONADA DE LA
COVID-19 A LES ILLES BALEARS:
REFLEXIONS GENERALS,
ANÀLISI DE DADES I REPERCUSSIONS
SOBRE LA TERCERA EDAT**

La primera onada de la COVID-19 a les Illes Balears: reflexions generals, anàlisi de dades i repercussions sobre la tercera edat

Ferran Dídac Lluch i Dubon

Resum

El 2020, com el 1918 al segle passat, romandrà a la memòria col·lectiva com l'any en què una pandèmia vírica colpejà, violentament i inesperadament, tota la humanitat.

Una pandèmia que va sorprendre una societat, sobretot els països amb més desenvolupament econòmic i tecnològic, acostumada a viure en un entorn que li garantia elevades esperances de vida, en creixement continuat i sense ensurts sanitaris.

Aquesta situació canvià radicalment en pocs mesos. Al mes de gener arribaren les primeres notícies d'una nova malaltia que afectava una llunyana regió xinesa. Semblava, aleshores, que no havia d'arribar mai, i ens explicaren que es tractava d'un nou coronavirus que segurament podria causar poques conseqüències més que un refredat comú o una grip lleu. Al mes de febrer, es detectaren problemes sanitaris al nord d'Itàlia (abans se n'havien detectat tres casos importats) i, tot i que el risc sanitari semblava molt més proper i real, atesa la xifra creixent d'ingressos hospitalaris i el greu estat de molts d'afectats (i les primeres defuncions), encara es confiava en la possibilitat de gestió i control dels primers casos que es detectessin a l'Estat espanyol. Malgrat tot, encara s'actuava com si el virus no fos capaç de generar un embat epidèmic significatiu. Així, sense que fos detectat, el virus es difongué per Europa i per l'Estat espanyol, i, quan les autoritats sanitàries se n'adonaren, ja hi havia difusió comunitària. Això provocà la declaració de l'estat d'alarma, que es perllongà des de l'anunci el 14 de març fins a l'inici de la nova normalitat el dia 21 de juny. Durant aquest període, hi hagué una fortíssima tensió i pressió sobre el sistema sanitari, es decretà el confinament sistemàtic de tota la població i començà una paralització de l'economia mai experimentada en tota la història de la humanitat.

Aquest virus ha afectat amb una intensitat particular les persones de més edat de la nostra societat; no tan sols s'han detectat moltes persones infectades en aquests grups d'edat, sinó unes taxes d'afectació especialment intenses que han determinat una xifra important d'ingressos hospitalaris en planta i en UCI, així com uns nombres elevats de defuncions. Així mateix, la situació ha esdevingut especialment greu en els establiments residencials geriàtrics, que han viscut la COVID-19 amb una intensitat i una problemàtica excepcionals. També els col·lectius assistencials, el personal sanitari i sociosanitari, han estat colpejats per elevades taxes de contagi.

Després de l'onada epidèmica patida per l'Estat espanyol i les Illes Balears, s'ha entrat en l'anomenada «nova normalitat», un període de vigilància sanitària i de mesures de control que s'hauran de modular en funció dels contagis detectats i en què mesures com la higiene de mans, la distància social i l'ús de la màscara han esdevingut fets habituals de la vida quotidiana. Els rebrots ja s'han reproduït, i a final de juliol distints

Estats han prohibit o restringit els viatges o han posat novament en quarantena els viatgers d'algunes regions o de la totalitat de l'Estat espanyol. De tot això en parlarem al llarg d'aquest article.

Resumen

El 2020, como el 1918 en el siglo pasado, permanecerá en la memoria colectiva como el año en que una pandemia vírica sacudió, violenta e inesperadamente, toda la humanidad.

Una pandemia que sorprendió a una sociedad, sobre todo en los países con unas tasas de mayor desarrollo económico y tecnológico, acostumbrada a vivir en un entorno que le garantizaba una elevada esperanza de vida, en continuo crecimiento y sin sorpresas sanitarias negativas.

Esta situación cambió radicalmente en pocos meses. En el mes de enero llegaron las primeras noticias de una nueva enfermedad que afectaba a una lejana región china. Parecía, entonces, que no llegaría jamás, y se nos explicó que se trataba de un nuevo coronavirus que parecía que podría causar pocas consecuencias más que un resfriado común o una gripe leve. En el mes de febrero, se detectaron problemas sanitarios en el norte de Italia (antes se habían detectado tres casos importados allí) y, a pesar de que el riesgo sanitario parecía mucho más próximo y real, dada la cifra creciente de ingresos hospitalarios y el grave estado de muchos afectados (y las primeras defunciones), todavía se confiaba en la posibilidad de gestionar y controlar los primeros casos que se detectasen en el Estado español. A pesar de todo, todavía se actuaba como si el virus no fuese capaz de generar un embate epidémico significativo. Así, sin que fuese detectado, el virus se difundió por Europa y por el Estado español, y, cuando las autoridades sanitarias lo detectaron, ya había difusión comunitaria. Ello provocó la declaración del estado de alarma, que se prolongó desde su anuncio el 14 de marzo hasta el inicio de la nueva normalidad el día 21 de junio. Durante este periodo se experimentó una fortísima tensión y presión sobre el sistema sanitario y se produjo el confinamiento sistemático de toda la población y una paralización de la economía jamás experimentada en toda la historia de la humanidad.

Este virus ha afectado con una intensidad particular a las personas de más edad de nuestra sociedad, detectándose no solo muchos infectados en estos grupos de edad, sino unas tasas de afectación excepcionalmente intensas que han determinado una cifra importante de ingresos hospitalarios en planta y en UCI, así como una cifra elevada de defunciones. Además, la situación ha sido especialmente grave en los establecimientos residenciales geriátricos, que han vivido la COVID-19 con una intensidad y una problemática importantes. También los colectivos asistenciales, el personal sanitario y sociosanitario, han presentado unas altas tasas de contagio.

Después de la ola epidémica sufrida por el Estado español y las Islas Baleares, se ha entrado en la denominada «nueva normalidad», un período de vigilancia sanitaria y de medidas de control que se tendrán que modular en función de los contagios detectados y en el cual medidas como la higiene de manos, la distancia social y el uso de la mascarilla se han convertido en habituales de la vida cotidiana. Los rebrotes ya se han producido, y, a finales de julio, distintos estados han prohibido o restringido los viajes o han puesto nuevamente en cuarentena a los viajeros de algunas regiones o de la totalidad del Estado español. De todo ello hablaremos a lo largo de este artículo.

1. Algunes reflexions sobre la pandèmia i el comptatge de casos de COVID-19

Vivim en un món interconnectat que ens permet accedir, gairebé a temps real, a les informacions de qualsevol punt del món. Aquest és un fet innegable. Però aquesta unió digital no vol dir que el món funcioni de manera unívoca, que tothom que tingui accés a Internet visqui la mateixa realitat. De fet, no és ni de bon tros així. No té res a veure la situació d'un país africà amb la de Nova York, tot i que en aparença pugui tenir més impacte l'epidèmia a Nova York que en una gran part dels països africans. Tampoc no té molt a veure la situació d'un ciutadà de Nova York o de la resta dels Estats Units amb la dels països europeus, o la que ens és més propera: la d'Espanya. La situació socioeconòmica és molt distinta a cada país; i les mesures que es poden prendre, també. No és el mateix viure en un Estat on hi ha mecanismes de protecció social, en què la gent pot percebre ajudes de desocupació i on hi ha una bona assistència sanitària, que viure en Estats on no hi ha dret a la sanitat universal (EUA), ni recursos ni mecanismes de protecció social, ni tampoc capacitat sanitària per atendre les necessitats sanitàries habituals. En molts d'indrets del món no és, simplement, possible posar mesures estrictes d'aïllament social i de confinament, ja que la gent, si no treballa, no cobra i no té res per menjar. En molts d'indrets no tenen recursos tecnològics ni econòmics per dedicar-se a fer proves als malalts, ni tenen equips de protecció individual per al personal sanitari, i menys encara per a la població general. És evident que en molts llocs no tenen capacitat per mantenir unes estadístiques fiables dels efectes de la pandèmia actual. Val a dir, però, que en aquests països, sense que ningú no en faci el mínim cas, moren centenars de milers de persones cada any per malalties que a la nostra societat es podrien combatre sense que els mitjans de comunicació no en facin gairebé mai referència. Per tant, hem d'entendre que, en alguns casos, la nova malaltia no significa cap novetat per a ells: només una nova modalitat de defunció a la qual enfrontar-se.

Tot i això, assistim a intents de comptabilitzar a escala mundial els efectes de la pandèmia. Hi ha aplicacions que ofereixen, aparentment en temps real, el recompte

de casos i defuncions arreu del món i una comparació o classificació entre països, com si es tractés d'una competició esportiva. Unes dades amb moltes mancances i relativa fiabilitat condicionades, a més, pels canvis de criteri en el comptatge dels mateixos organismes al llarg del temps, però les úniques de què disposem.

Què succeeix, però, amb les dades més properes? Ens centrarem en el que ha succeït a l'Estat espanyol, bàsicament.

Quan es produeix una defunció, s'ha de fer constar la causa de la mort. Així s'ha fet d'ençà de l'existència dels registres civils. Això, però, que sembla molt senzill, no ho és tant. Jo record, analitzant llibres dels registre de principi del segle XX, que una causa de mort freqüent era «aturada cardiorespiratòria», i és una causa de pes. Tothom és mort si el cor deixa de bategar i deixa de respirar. Però quina en va ser la causa? El mateix succeeix avui en dia. En alguns casos és evident: el pacient es trobava en una fase terminal diagnosticada d'una malaltia prèvia (p. ex., un tipus concret de càncer, una malaltia degenerativa...), però, fins i tot en aquests casos, què passa si la mort ha succeït durant el moment epidèmic? La resposta és que, de vegades, a efectes estadístics, no es pot saber. I no es pot saber perquè es comptabilitzen els casos en què s'han fet tests, en què s'ha sotmès el pacient (si encara era viu) o el difunt (si era *post mortem*) a proves per determinar la causa de la mort. Això, en moments àlgids d'una fase epidèmica, en què els serveis sanitaris són desbordats per les necessitats assistencials diàries i en què manquen material i recursos personals per dedicar a les investigacions *post mortem*, expliquen que hi pugui haver subregistres.

Ara bé, hi ha unes altres tècniques, molt senzilles, que ens permeten oferir una visió quantitativa diferent però complementària de la realitat. Aquesta tècnica resulta simplement de la comparació de la mitjana de defuncions esperada amb la que realment es produeix. És aquest un mètode infal·libre? No, tampoc no ho és. No garanteix que les diferències de mortalitat siguin en un 100% atribuïbles a l'epidèmia declarada, però, si més no, indicaria un màxim dels efectes causats. Així, al final del període analitzat, disposaríem d'unes estadístiques de casos de defuncions «oficials» i d'unes dades de morts totals (que aquestes sí que es coneixen amb precisió als països desenvolupats), que es poden comparar amb les sèries de dades d'anys anteriors. Així, es pot disposar d'un interval entre els «mínims» oficials i les dades màximes deduïdes de les sèries de mortalitat general. A l'Estat espanyol hi ha un sistema de vigilància de la mortalitat diària (MoMo) de l'Institut Carlos III que ens permet comparar la mortalitat «esperable» en situacions normals amb la mortalitat registrada. Així, en determinats moments, s'ha conclòs que la mortalitat per COVID-19 seria molt superior a la dels registres oficials, basada en casos confirmats mitjançant proves. Jo diria que són fonts de dades complementàries i que les dues són vàlides per determinar l'abast dels efectes de la COVID-19.

Dit això, també m'agradaria destacar que els diferents «recomptes» de les defuncions causades per l'epidèmia són el resultat de la capacitat dels serveis sanitaris per dur a terme aquestes proves i que venen, al seu torn, marcades per la capacitat dels recursos humans, la disponibilitat d'equips tècnics i d'altres subministraments i que no és un intent, com a vegades es diu, de manipular la realitat.

I què podem dir de les altres informacions disponibles? Bé, disposem d'informació sobre ingressos hospitalaris generals, d'UCI i d'altres hospitalàries, i de casos de coronavirus.

Les dades d'ingressos hospitalaris, generals i d'UCI per la malaltia epidèmica actual són molt fiables, atès que en aquests casos s'han fet les proves per detectar la malaltia a l'hospital amb les tècniques més precises per determinar-ne la causa. El mateix podem dir de les dades d'altres per curació o per defunció d'aquests pacients.

I què hem de dir dels casos? Si les xifres de defuncions generals (les hospitalàries són en principi ben determinades, però sempre hi podria haver algun cas de defunció d'un pacient per una altra causa que hagués mort contagiats per coronavirus a l'hospital però sense que li haguessin fet la prova, malgrat que es podria discutir quina n'havia estat la causa) s'han de manejar amb certa precaució, les dels casos encara s'han de prendre amb moltes més precaucions. De fet, els que ens diuen que hi ha són els que s'han detectat. És a dir, són els casos dels quals s'han fet tests. Vol dir que són totes les persones que s'han infectat a l'àrea afectada? No hi fan ni a prop. Hi ha molts més casos que els detectats que han tingut contacte amb el virus. En molts la malaltia ha cursat de manera totalment asimptomàtica, però han estat vectors actius de contagi; d'altres han tingut símptomes, més o menys intensos, però han passat la malaltia sense arribar a ser hospitalitzats ni els han fet el test. De fet, no hi havia capacitat tècnica ni recursos materials (ni n'hi ha) per fer-los les proves, ni molt menys a tota la població.

I per què és important conèixer el percentatge de població infectada total? Perquè el percentatge de població que ha patit la malaltia, o que hi ha estat en contacte, presenta un cert grau d'immunitat contra el virus (tot i que encara planteja moltes incògnites sobre els terminis en què una persona que ja ha estat contagiada pot tornar a contagiar-se i, quan hi hagi una vacuna disponible, quina serà la periodicitat amb què s'haurà de subministrar per garantir la immunitat).

Una realitat que, d'una altra banda, ha colpejat una societat que pensava que una epidèmia a gran escala, una pandèmia mundial, ja no es tornaria a produir mai més en la història de la humanitat. Una realitat, però, que ens ha sacsejat d'una manera inesperada i sense precedents recents. I ens ha colpejat particularment per la globalització. Els mercats han esdevingut mundials, i la producció de molts de països s'ha traslladat a altres indrets on la mà d'obra era més econòmica o, per exemple, les

condicions fiscals i productives eren més interessants per a les empreses. Molts països han vist com era difícil, gairebé impossible, obtenir els equips de protecció individual per fer front a la pandèmia; obtenir tests per saber si un malalt amb símptomes presentava la malaltia o ja l'havia passada; accedir a certs medicaments que, tal volta, poguessin millorar la situació de pacients en estat greu, o equips de respiració assistida per als que tenien els pulmons tan afectats que no podien viure sense aquesta ajuda externa. I aquesta producció no era possible implementar-la, a curt termini, als països d'origen, tant per problemes de manca d'estructura especialitzada inicial com de matèries primeres per produir-la, ja que també la producció es feia en altres indrets del món. Aquesta situació ha fet que molts Estats es puguin plantejar la necessitat de mantenir una estructura productiva estratègica amb algunes d'aquestes classes de material, amb capacitat per respondre a la massiva demanda que pugui haver-hi (tot i les dificultats que això representaria).

I en aquest mercat també s'han detectat errors i problemes, és cert: ha resultat que alguns productes comprats no complien els protocols exigits ni complien les funcions per a les quals s'havien comprat. Això ha succeït tant amb equips de protecció individual com amb proves de detecció del coronavirus. També s'han detectat intents especulatius d'empreses que volien acumular materials per vendre'ls més cars, atès l'increment de preus provocat per la forta demanda puntual (p. ex., és sabut que els preus de les màscares quirúrgiques han arribat a multiplicar-se per dos i per tres durant els moments àlgids de l'epidèmia a Europa), i el Ministeri de Sanitat espanyol ha hagut de controlar els preus de venda al públic d'alguns productes com guants, solucions hidroalcohòliques per desinfectar o les mateixes màscares. I, fins i tot, en alguns casos s'han produït robatoris puntuals o massius d'alguns d'aquests materials. Els problemes d'estoc han fet que les ordres d'obligació d'ús de la màscara (general o en entorns on no es podia assegurar la distància de protecció interpersonal) hagin hagut d'adoptar-se quan el subministrament dels col·lectius de més risc i d'importància estratègica (p. ex., personal sanitari i sociosanitari, forces de seguretat...) estava totalment garantit i que, a més, hi havia prou disponibilitat al mercat per dotar tota la població d'aquests recursos.

També hem assistit a la insolidaritat internacional, en què països que sí que produïen alguns d'aquests béns sanitaris en prohibien l'exportació per preveure futures necessitats nacionals, o que segrestaven béns adquirits per altres països quan les mercaderies feien escala als seus territoris.

Contràriament, hem assistit a fenòmens de signe contrari, com quan el genoma del virus ha estat distribuït, i laboratoris de tot el món intenten trobar tant medicaments que siguin eficaços per tractar els malalts com la vacuna que previndrà el desenvolupament de la malaltia.

2. COVID-19: la causa, els símptomes i les conseqüències

Aquest breu epígraf només vol recordar alguns aspectes fonamentals per entendre la causa de la COVID-19, tenir presents alguns dels seus símptomes i les conseqüències que se'n poden derivar.

La COVID-19 és una malaltia causada per un nou virus que afecta els humans: el SARS-CoV-2, un coronavirus que sembla que s'ha transmès a l'ésser humà des d'alguna espècie animal (estudis de la Universitat nord-americana de Duke assenyalen que possiblement es tracta del virus d'una ratapinyada que passà al pangolí, i que des d'aquest es transmeté a les persones).

Aquest nou virus presenta una taxa de contagiositat elevada, fins i tot en pacients totalment asimptomàtics, i representa, per a moltes persones, sobretot d'edats avançades i particularment si es troben en entorns institucionalitzats, un perill per a la salut, amb complicacions que poden causar la mort en un percentatge important de casos.

El SARS-CoV-2 provoca uns símptomes comuns com febre, tos seca, cansament, dificultat per respirar i opressió al pit; però també congestió nasal, mal de cap, conjuntivitis, diarrea, pèrdua del gust i de l'olfacte i, en ocasions, erupcions cutànies o canvis de color en els dits de les mans o els peus.

Per això, en fases inicials o en casos lleus, és fàcil de confondre amb altres infeccions víriques; en bastants casos, moltes persones han estat infectades però no saben cert si han patit o no la malaltia, perquè no els han fet la prova. També hi ha els que han estat en contacte amb el virus però que han romàs asimptomàtics.

El 80% dels pacients es recuperen sense necessitat d'anar a l'hospital, però la resta necessiten hospitalització i, en els casos més greus, ingrés a les UCI. Les persones que pateixen hipertensió arterial, problemes cardíacs o pulmonars, diabetis o càncer, principalment, tenen més probabilitats que s'agreugi la infecció per COVID-19.

Les complicacions més greus inclouen processos inflamatoris, fibrosis pulmonars, insuficiències renals i embòlies fins que, en alguns casos, es produeixen fallades multiorgàniques i la defunció dels pacients.

Després de l'estada a les UCI, les recuperacions són llargues, i les seqüeles poden ser, en determinats casos, més o menys permanents.

3. La COVID-19 a l'Estat espanyol: les declaracions de l'estat d'alarma i les fases de desescalada

3.1. L'estat d'alarma

Després d'unes setmanes en què la COVID-19 no semblava preocupar en excés ni les autoritats ni la població, el ràpid avanç dels casos, la ràpida transmissió comunitària i la pressió sobre els hospitals i les UCI determinaren l'adopció de mesures de control radicals: la declaració de l'estat d'alarma i el confinament domiciliari de la població, amb autorització només per sortir per cobrir les necessitats vitals bàsiques (comprar, adquirir productes farmacèutics...) o per treure les mascotes a fer les seves necessitats. Una situació mai vista abans i que impactà directament sobre la vida econòmica i social de tots els habitants de l'Estat espanyol, de l'arxipèlag balear i, molt especialment, en els grups de més risc (persones grans), que veieren reduït durant mesos el seu hàbitat a les quatre parets de les llars, sense poder mantenir contacte amb amics i membres familiars, per evitar un contagi víric que podia posar la seva salut en un risc greu.

Primera declaració: Reial decret 463/2020, de 14 de març, de declaració de l'estat d'alarma en tot el territori nacional per a la gestió de la crisi sanitària ocasionada per la COVID-19, modificat pel Reial decret 465/2020, de 17 de març

L'estat d'alarma va sorprendre la població. Molts es llençaren a comprar aliments i productes de primera necessitat, com si s'haguessin d'acabar els subministraments. Les escenes recordaven una mica les imatges dels territoris dels Estats Units abans de l'arribada d'un huracà. Com a curiositat, la gent va comprar paper de vàter de manera massiva i s'esgotà temporalment de molts supermercats. Circularen molts de mems sobre aquesta circumstància.

L'activitat econòmica gairebé es paralitzà, alhora que la gent deixava de circular pels carrers; una imatge mai vista a les ciutats. El soroll ambiental, sense trànsit als carrers i sense navegació aèria, desapareix, i a les ciutats s'escolten novament els sons de la natura, durant molt de temps oblidats.

En les fases de més restricció, prospera, de la mateixa manera, la fauna marina; lliure d'interferències, s'acosta lliurement a les voreres. Així, els albiraments de dofins i altres animals marins prop de la costa esdevenen freqüents.

Primera pròrroga de l'estat d'alarma. Reial decret 476/2020, de 27 de març

Es prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores de dia 12 d'abril de 2020, en les mateixes condicions establertes en el Reial decret 463/2020, de 14 de març, modificat pel Reial decret 465/2020, de 17 de març.

Durant aquesta primera pròrroga, a més, es publica el Reial decret llei 10/2020, de 29 de març, que pretén reduir encara més la mobilitat, com efectivament succeí, regulant un permís retribuït obligatori i recuperable per als que treballessin per compte d'altres en empreses o entitats del sector públic o privat que no haguessin vist paralitzada l'activitat per la declaració de l'estat d'alarma. Només se n'excloueren les persones de tasques essencials, les que podien desenvolupar les funcions o prestacions de serveis mitjançant el teletreball, o de baixa, o sotmeses a ERTO i que, en tot cas, també havien de complir les estrictes mesures de mobilitat imposades.

Així, entre finals de març i Pasqua, es registrà el període de menys mobilitat i contacte social de tota la fase epidèmica a l'Estat espanyol.

Segona pròrroga de l'estat d'alarma. Reial decret 487/2020, de 10 de abril, que prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 26 d'abril

Dijous Sant (9 d'abril) acabà el període que havia decretat el Govern de dies de descans obligatoris i recuperables per a determinades activitats productives no essencials (construcció, indústries no essencials...). A la pràctica, va suposar el retorn a l'activitat de molts de treballadors el 13 d'abril a les comunitats on no era festiu, i, a les nostres illes, el 14 d'abril. Es notà un important increment de mobilitat, de vehicles i persones, i el soroll ambiental es recuperà, com a mínim, parcialment, durant una part del dia. El trànsit continuava sent molt menor i, a les hores nocturnes, pràcticament inexistent. El Govern estatal insistia que no es tractava d'un desconfinament sinó del final d'una mesura extra de control. El confinament, en realitat, però, continuava.

Tercera pròrroga. Reial decret 492/2020, de 24 d'abril, que prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 10 de maig

Es mantenen les condicions anteriors de mobilitat i desplaçaments, el BOE publica simultàniament (25/04/2020) l'Ordre SND/370/2020, de 25 d'abril, que introdueix una sèrie de mesures per alleujar la població infantil de les condicions de confinament domiciliari que ha hagut de suportar d'ençà la declaració de l'estat d'alarma el 14 de març.

A partir de diumenge 26 d'abril es permet que els menors de 14 anys, acompanyats d'un adult responsable amb qui conviugin (cuidador, germà gran...) puguin sortir al carrer una hora diària, amb certes condicions. Els grups màxims permesos són d'un adult i tres menors, respectant la distància mínima de 2 metres amb tercers. La sortida s'ha de fer entre les 9 del matí i les 9 del vespre, i la distància de desplaçament no pot ser de més d'1 km del domicili. Podran portar jocs, bicicletes, patinets o pilotes, entre d'altres, però no els podran compartir, ni tampoc jugar conjuntament amb altres menors. No es podran fer servir els parcs infantils públics, que es troben clausurats des de l'inici de l'estat d'alarma, ni tampoc les zones comunes comunitàries, per evitar el risc de contagis. Dia 29 de

maig, almenys a Palma, s'obren els parcs públics, per facilitar els passejos, encara que les àrees de jocs infantils romanen tancades. La màscara només és una recomanació, sempre que es pugui mantenir la distància social o no es tracti de zones molt transitades. Es recomana evitar les hores punta de desplaçaments per reduir la possibilitat de contagis.

S'ha demanat, fonamentalment, que la població continuï fent servir el sentit comú, per tal que aquestes mesures no impliquin un increment en el nombre de contagis i, alhora, perquè millori la situació dels menors confinats, privats de contactes socials (familiars, amics, escola...).

Es pot afirmar que es produïren sistemàtics incompliments generals de la norma, ja que els desplaçaments foren principalment de grups familiars sencers (pare, mare i fills) i que, en molts casos, s'apreciaren també els desplaçaments de grups conformats per distints nuclis familiars (diversos adults i fills respectius). Així mateix, no tothom va respectar la distància social (converses de persones de nuclis distints parlant entre elles, infants jugant plegats...).

Aprofitant el volum més important de desplaçaments també es podia detectar la circulació de persones no autoritzades: algunes parelles, binomis d'amics o persones que individualment passejaven. Així mateix, sense que s'hagués avançat en el desconfinament, també es veien adults i persones grans prenent el sol als bancs públics. L'apel·lació a la responsabilitat personal és necessària, però implementar una mesura com aquesta calia més supervisió si no volien que tornessin a revifar els contagis. I, sincerament, el control no es produí; segurament perquè en les fases anteriors les forces de seguretat havien fet esforços extraordinaris i no s'havien previst mesures intenses de control en aquest moment. La realitat fou, però, que no es detectà, en aquesta fase, un increment significatiu de casos, ja que els contactes socials no eren, malgrat tot, tan importants com els permesos en les fases de desescalada i nova normalitat.

Personalment, considero que els nuclis de convivència s'haurien d'haver tractat de manera unitària, com a unitat de desconfinament (tenint en compte especificitats derivades de convivència amb persones grans), però que la vigilància hauria d'haver estat més intensa: no és bo que es posin mesures que no es compleixen i que no passi res; en cas contrari, cal esperar més incompliments quan es posin mesures posteriors.

Quarta pròrroga de l'estat d'alarma. Reial decret 514/2020, de 8 de maig, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat fins a les 00 hores del 24 de maig de 2020

El Ple del Congrés, com ja havia fet en tres ocasions anteriors, autoritza, dimecres, 6 de maig, en sessió plenària, una quarta pròrroga de l'estat d'alarma fins a les 00 hores del 24 de maig, d'acord amb la sol·licitud aprovada pel Consell de Ministres.

Quinta pròrroga. Reial decret 537/2020, de 22 de maig, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat pel Reial decret 463/2020, de 14 de març, i el prorroga fins a les 00 hores del 7 de juny de 2020

Aquesta pròrroga estableix algunes novetats, com l'existència d'una única autoritat delegada per a la gestió de la crisi sanitària que recau en el ministre de Sanitat, Salvador Illa; més protagonisme de les comunitats autònomes, ja que el Govern podrà acordar, de manera conjunta, la modificació, ampliació o restricció d'actuacions i limitacions de circulació per adaptar-les a les realitats de cada zona. En els territoris en fase 2, les administracions educatives podran reprendre activitats presencials no universitàries, d'acord amb la prevenció de la salut i com considerin oportú. També s'aixeca la suspensió de terminis administratius l'1 de juny, i de terminis processals el 4 de juny.

A títol personal, puc dir que, a partir de l'1 de juny, molts de treballadors públics de la Comunitat Autònoma han retornat a les jornades presencials, amb més mesures de prevenció: separació de llocs de treball, màscares, disponibilitat de gel hidroalcohòlic..., i s'han pres mesures per reduir la concentració de personal (una ruta d'entrada i una de sortida independents, flexibilització horària, manteniment del teletreball quan és possible, tractament preferencial a treballadors en situació de risc...). Alguns treballadors públics, ateses les circumstàncies personals (no tractar-se de grups de risc) i per l'entorn i la classe de feina que fan, han continuat amb les seves tasques laborals presencials, com en el meu propi cas.

Sisena i darrera pròrroga. Reial decret 555/2020, de 5 de juny, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat pel Reial decret 463/2020, de 14 de març, en què es declara l'estat d'alarma per a la gestió de la situació de crisi sanitària ocasionada per la COVID-19

Aquesta és la darrera pròrroga de l'estat d'alarma decretat a mitjan mes de març.

Durant aquesta pròrroga, la novetat més gran és que l'autoritat competent delegada per a l'exercici de les funcions derivades de l'estat d'alarma, a més del Ministeri de Sanitat, sota la superior direcció del president del Govern i d'acord amb el principi de cooperació amb les comunitats autònomes, serà qui ostentarà la presidència de la comunitat autònoma pel que fa a l'adopció, supressió, modulació i execució de les mesures de la fase III del pla de desescalada, menys per a les mesures de llibertat de circulació superiors a l'àmbit de la seva unitat territorial. Així mateix, d'acord amb els criteris epidemiològics establerts, seran també els presidents de les comunitats autònomes els qui podran declarar, en l'àmbit de tot el seu territori o d'una part (illa, província, sector...), la superació de la fase III i l'entrada a la nova normalitat.

Així mateix, les comunitats autònomes en fase II o posteriors podran flexibilitzar les mesures de contenció i iniciar processos presencials en l'àmbit educatiu no universitari i de la formació.

3.2. Les fases de retorn a la nova normalitat: flexibilització de les restriccions imposades per l'estat d'alarma

Un dels reptes i, alhora, dels principals al·licients d'aquest article, és comentar els fets a mesura que es produeixen, i no fer una revisió de les coses que han esdevingut fa més o menys temps.

La flexibilització de les restriccions imposades per l'estat d'alarma serà progressiva i diferencial territorialment. Així, mentre que la declaració s'aplica de manera uniforme a tot l'Estat espanyol, les fases de flexibilització s'implementaran en àrees geogràfiques independents (províncies i illes, inicialment. Seria possible considerar altres àrees o divisions geogràfiques, a petició de les comunitats autònomes).

Quant a les fases de flexibilització, s'han dissenyat 4 fases, de la 0 fins a la 3, amb una durada aproximada de 15 dies cada una, sempre que els indicadors tècnics dissenyats pel Ministeri de Sanitat siguin positius. Hi ha tres grups d'indicadors: epidemiològics i de capacitats sanitàries, índex de mobilitat i indicadors econòmics i socials.

Els fonamentals, evidentment, són els del primer bloc, atès que mesuren la detecció de casos i la capacitat de resposta sanitària, no tan sols en consum d'estades hospitalàries generals i d'UCI, sinó també la capacitat de detecció i resposta ràpida dels casos. L'apartat següent us presenta la bateria d'indicadors considerats.

3.2.1. Indicadors epidemiològics i de capacitats sanitàries

El Ministeri de Sanitat ha establert una sèrie de paràmetres d'anàlisi per valorar la situació epidèmica en cada zona de salut i permetre o denegar el pas de fase. Aquests paràmetres, classificats en tres grans categories, són:

a- Paràmetres per valorar la transmissió

- a.1 Valoració de l' R_t , que és el nombre de reproducció en funció del temps. L' R_0 , nombre reproductiu o taxa d'infecció, és el valor calculat que estableix el potencial d'infecció d'un individu. Així, un R_0 de tres vol dir que una persona pot contagiar altres tres individus. Quan la taxa és superior a un, es considera que la malaltia es pot difondre de manera exponencial. Com més gran sigui, més aviat s'expandirà.

- a.2 Nombre de casos confirmats per PCR durant la darrera setmana, des de l'inici dels símptomes
- a.3 Incidència acumulada en els darrers set dies.
- a.4 Percentatge de casos possibles o sospitosos amb la prova PCR feta.
- a.5 Taxa de positivitat dels casos sospitosos.

b. Paràmetres per valorar la gravetat

- b.1 Xifra d'hospitalitzats en els darrers 7 dies i percentatge d'ocupació hospitalària.
- b.2 Casos a les UCI en els darrers 7 dies i percentatge d'ocupació.
- b.3 Defuncions en els darrers 7 dies.
- b.4 Letalitat en el període.

c- Paràmetres per valorar la capacitat de detecció i resposta

- c.1 Nombre de llits de cures intensives per cada 10.000 habitants.
- c.2 Llits d'aguts per cada 10.000 habitants.
- c.3 Capacitat de l'atenció primària per a diagnosticar els casos sospitosos.
- c.4 Protocols i capacitat seguiment dels contactes dels positius.
- c.5 Sistema de vigilància per monitoritzar diàriament els casos i la notificació individualitzada en atenció primària i hospitalària.
- c.6 Protocol per assegurar el maneig de les residències de gent gran.

El Ministeri de Sanitat ha començat a publicar els informes a finals del mes de maig, principalment per respondre les demandes de transparència i les pressions polítiques i socials davant el procés asimètric de desescalada a l'Estat espanyol.

3.2.2 Les fases de desescalada

Fase 0. Fase de preparació

La data d'inici d'aquesta fase es preveia per a dilluns 4 de maig, però el president del Govern, Pedro Sánchez, havia anunciat que, a partir del dissabte 2, els adults podrien sortir a fer esport individual o a passejar.

Finalment, s'optà per establir franges horàries per gaudir de les mesures d'obertura. Aquestes franges horàries no s'aplicaren als municipis de menys de 5.000 habitants.

Així, tot l'Estat espanyol entrà en la Fase 0 dia 4 de maig, menys les illes de Formentera (Illes Balears), La Graciosa, La Gomera i El Hierro (Illes Canàries), que entraren directament en la fase 1, ja que presentaven una situació sanitària caracteritzada per una molt baixa o pràcticament nul·la incidència de l'epidèmia.

En la fase 0, anomenada de preparació per a la desescalada, es permeteren una sèrie d'activitats, a banda de les ja permeses anteriorment (certes activitats laborals, sortides per a activitats indispensables (alimentació, farmàcia, cura de dependents...), passejos de col·lectius específics (menors de 14 anys o amb dificultats específiques com, per exemple, autisme), atenció als animals de granja comercials i per a l'autoconsum...

En l'àmbit personal, es permeteren els passejos i l'esport individual de persones adultes, i l'atenció d'horts per a autoconsum en el municipi de residència o proper.

En l'àmbit social, s'incorporà el personal del sector no incorporat anteriorment.

El comerç minorista i de serveis personals iniciaren l'activitat amb cita prèvia (p. ex., perruqueries, tot i que alguns atendien sense comanda prèvia), per tenir una atenció individual i extremant les mesures de protecció.

Bars i restaurants pogueren obrir perquè els clients s'emportessin les comandes, però el consum als locals i les terrasses romangué prohibit.

Es permeté l'obertura d'arxius.

En l'àmbit de l'esport, iniciaren el retorn als entrenaments individuals els esportistes professionals i federats; l'entrenament bàsic de les lligues professionals i l'esport sense contacte.

Fase 1. Fase inicial

En l'àmbit personal, suposa més flexibilització en l'ús del vehicle familiar, que pogué ser ocupat per tots els membres convivents, o la participació en vetlles, respectant les normes de protecció i distància, i amb limitacions d'assistents.

Es produí una reactivació progressiva dels serveis personals d'atenció social (teràpies individuals, atenció domiciliària...), d'acord amb les recomanacions sanitàries.

En àmbits universitaris i laboratoris d'investigació, s'iniciaren tasques de desinfecció per al posterior inici de tasques administratives i preparatòries docents, i s'obriren laboratoris. A partir d'aquesta fase, s'obre la possibilitat de dur a terme activitats

formatives, seminaris..., amb un màxim de persones i mantenint les distàncies de dos metres.

Es produí l'obertura generalitzada dels petits comerços que no tenien la categoria de centre o parc comercial (no afectava aquells que, com que es tractaven de serveis bàsics, ja estaven oberts). La capacitat continuava limitada i s'havia de mantenir la distància de seguretat. Així mateix, s'instauraren horaris d'atenció preferent per als més grans de 65 anys, com a mesura de protecció d'un col·lectiu tan sensible.

S'obrí la possibilitat d'autoritzar mercats exteriors, però amb una concentració menor de llocs de venda i amb un control estricte de la distància de seguretat.

Val a dir que, almenys en algun cas a les Illes Balears durant l'estat d'alarma, es va permetre la instal·lació de mercats exteriors de verdures i altres productes (p. ex., Pere Garau a Palma) en què no es complien les mesures de seguretat sanitària, per a una activitat que sembla reservada per a la fase 1 de la desescalada. Actualment, ja en fase de la nova normalitat, hi havia establert un perímetre de distància als llocs de venda; es prohibia el contacte amb els productes exposats i hi havia control efectiu de la capacitat a l'interior del mercat i de l'àrea de venda del peix, amb separació de les rutes d'ingrés i sortida.

Quant als bars i els restaurants, pogueren obrir utilitzant l'espai reservat a terrasses, fins a un màxim del 30% pel que fa a taules/superfície.

Els hotels i allotjaments turístics podien obrir, sense habilitar els espais comuns; amb restriccions a la restauració i amb mesures de desinfecció i protecció sanitàries.

Val a dir que les distintes fases només oferien possibilitats d'obertura, i que eren els gestors i els propietaris els que, d'acord amb les seves previsions de negoci, decidien obrir o ajornar l'obertura del comerç o servei. Moltes empreses, com sabem, han optat per no obrir els seus negocis (cadena hotelera, establiments comercials d'estiu, alguns establiments d'oferta complementària...), i no tan sols durant les distintes fases de la desescalada, sinó també durant el període de nova normalitat, tot esperant que, durant el 2021, es normalitzin les circumstàncies sanitàries i econòmiques.

Es permeteren les activitats agrícoles i pesqueres que mantenien restriccions anteriors.

Es reactivaren moltes activitats culturals i d'oci, però amb un estricte control de la capacitat o les activitats permeses. Reobriren les biblioteques i es permeteren les activitats i els actes culturals interiors (menys de 30 persones) i exteriors (menys de 200, assegudes i amb distància). Així mateix, el turisme actiu i de natura es podia reiniciar en petits grups, així com també la producció audiovisual i de cinema i sèries.

En l'esport professional, podien obrir els centres d'alt rendiment, amb mesures de separació i control, i s'iniciaren els entrenaments de les lligues professionals.

En l'esport no professional, podien obrir les instal·lacions esportives a l'aire lliure sense públic per practicar esport sense contacte: tennis, atletisme... O activitats físiques individuals amb cita prèvia sense contacte físic ni ús de vestidors.

Els BOIB de 20 de maig publica l'ordre de 19 de maig que regula l'ús de màscara i en fa l'ús obligatori en aquells espais públics on no es puguin mantenir les distàncies socials de dos metres, i n'estableix unes poques excepcions (dificultats respiratòries o contraindicacions mèdiques, activitats incompatibles amb l'ús —p. ex., beure o menjar—, incapacitat, necessitat...).

Fase 2. Fase intermèdia

Seguint la desescalada asimètrica entre regions, iniciaren la fase 2 el 18 de maig les petites illes de La Gomera, El Hierro i La Graciosa, a les Illes Canàries, i Formentera, a les Illes Balears. Mentrestant, la major part del territori romanien en fase 1 a excepció de la Comunitat de Madrid, l'àrea metropolitana de Barcelona i moltes àrees de Castella i Lleó, que no passaren de la fase 1, tot i que amb algunes mesures de flexibilització (obertura de comerços de menys de 400 m amb control d'espai, possibilitat d'anar a cercar menjar preparat, obertura de museus i les esglésies al 33% de capacitat, préstecs de biblioteques, transports de mitjana i llarga distància al 30%...). Val a dir que, a diferència d'altres països amb més cultura democràtica, a l'Estat espanyol, l'extrema dreta ha mantingut una actitud populista d'atac i crítica permanent a les actuacions del Govern, sense que hagi aportat cap proposta efectiva ni durant la crisi sanitària ni en les fases de desescalada o durant l'anomenada nova normalitat. També altres partits de l'oposició han oblidat, en alguns moments, la responsabilitat col·lectiva de tothom durant la COVID-19 i, en particular, d'aquells que tenen la missió de representar la ciutadania a les institucions polítiques i administratives, i han utilitzat la situació sanitària com una arma política.

La impressió general que vaig experimentar és que la gent anava desescalant un poc fins on els permetien, en un intent de recuperar l'antiga normalitat i que, a més, tenien certes dificultats per entendre què podien o no podien fer, en realitat. Segurament, hauria estat molt més pràctic insistir en les directrius concretes que afectessin més a la vida quotidiana de cada zona concreta i no tant en el comentari general de les fases que, tanmateix, i atesa l'asimetria territorial de desescalada, moltes vegades no eren d'aplicació per a gran part dels receptors. Així, quin sentit tenia explicar a tots els mitjans nacionals (televisió, premsa escrita...) què es podia fer a la fase 2, que només afectava quatre petites illes de les Canàries i les Balears, mentre la resta de l'Estat es trobava a les fases 0 i 1?

Això no obstant, també és cert que una part important de la ciutadania era conscient de les necessitats de la distància social, i hi posava de la seva part per evitar la propagació de la COVID-19.

Les Illes Balears entraren, a excepció de Formentera, que ho va fer de manera avançada, en aquesta fase el 25 de maig, com la part de l'Estat que es trobava en fase 1, i les àrees que encara estaven en fase 0 passaren a la 1 (Comunitat de Madrid, àrees de Barcelona i Castella i Lleó).

Els efectes més evidents foren la reobertura de centres comercials i tota classe de comerços i negocis, evidentment, amb les mesures de prevenció i distància social oportunes. A més, es permeté anar a les platges, com a activitat d'oci i no només com a pràctica esportiva, i prendre el sol i romandre a la platja, però els para-sols i les gandules hagueren d'espaiar-se per permetre de mantenir les distàncies interpersonals i separar els grups que acudissin plegats a la platja (un màxim de 15 persones). Els centres escolars podien reobrir, amb grans mesures de prevenció. Les Illes Balears varen optar (fases 2 i 3) per acabar el curs per via telemàtica, amb caràcter general. Només en els darrers cursos de titulació, i mitjançant cita prèvia, feren tutories presencials, d'acord amb les necessitats personals, els alumnes de 6è de primària, 4t d'ESO, 2n de batxillerat, 2n curs de grau mitjà, 2n curs de grau superior i darrer curs dels ensenyaments de règim especial.

Altres mesures de la fase 2 foren la possibilitat de visitar i passejar amb residents de centres de tercera edat o discapacitats que, com sabem, han patit especialment els efectes de coronavirus; també incrementar la capacitat de les terrasses fins al 50% a bars i restaurants, i l'obertura parcial a l'interior de la sala. Les autoescoles reiniciaren les activitats amb un aforament controlat (màxim $\frac{1}{3}$ de les aules) i les classes pràctiques s'havien de fer amb màscara. Els parcs naturals també començaren a permetre les visites, també amb una ocupació màxima controlada ($\frac{1}{5}$), i s'ampliaren els grups de turisme actiu.

Assistírem en aquest moment a una acceleració en el procés de desescalada, potser en part per la inestable situació política, per la greu situació econòmica i per la pressió internacional que desescalava també amb rapidesa. De fet, es parlà, per primer cop, de la possibilitat de reduir el temps entre fases (abans es parlava d'un mínim de 15 dies en cada fase) d'acord amb els paràmetres sanitaris, i també es començaren a oferir dates concretes per permetre activitats tan importants com la turística. Dia 25, un consell interministerial aprovà una mesura clau per reactivar el turisme internacional: a partir de l'1 de juliol s'aixecaria la quarantena per als turistes estrangers. Les companyies aèries i els majoristes de viatges començaren llavors a planificar la represa de l'activitat, i les reserves hoteleres es tornaren a posar en marxa, tot i que, com és lògic amb unes

dades molt llunyanes a les d'un any estàndard. Evidentment, s'anuncià que l'objectiu bàsic era reobrir l'activitat i garantir, simultàniament, les condicions sanitàries.

A partir del dimecres 27 de maig, a tots aquells territoris que es trobaven en la fase 2 del procés de desescalada, se suprimiren les limitacions horàries dels desplaçaments dels infants, així com de la pràctica de l'activitat física no professional. Així mateix, es donà potestat als municipis per ordenar l'accés i el temps de permanència a les platges, i per vetllar a fi que hi hagués dos metres de distància entre persones i un màxim d'ocupació de 4m²/persona.

De tota manera, es produeix l'avanç en les fases de desescalada sense que sembli del tot garantida la realització de proves a tots els sospitosos. Un article d'El País de 26 de maig diu que les comunitats autònomes han passat a la fase 1 fent menys del 50% de proves als sospitosos, i que només La Rioja és capaç de diagnosticar-ne el 100% en atenció primària. També ens adverteix el mateix mitjà del ball de xifres de Sanitat: així, el nombre total de víctimes se situa en 26.834, gairebé 2.000 menys de les comptabilitzades el diumenge anterior. Ja hem comentat la dificultat de disposar d'una única font de dades vàlides i de la modificació dels criteris de comptatge dels casos al llarg de l'onada epidèmica. Malgrat tot, el que hauríem de tenir clar és que les distintes dades disponibles i les posteriors revisions que es fan responen a criteris tècnics i pretenen simplement adequar les dades a la realitat objectiva de l'epidèmia i no a cap intent per reduir artificialment la xifra de casos detectats de COVID-19.

En aquesta fase, l'ús de màscares quirúrgiques quan no es pot mantenir la distància social i les mesures de desinfecció i neteja han esdevingut una normalitat quotidiana. Alguns comerços fan obligatori l'ús de màscares en els seus recintes (recordem que és obligatori quan no es pot mantenir la distància social recomanable de 2 metres) i d'altres fan obligatori l'ús, com a mínim, de guants (p. ex., supermercats), mentre que els treballadors porten guants i màscares, i, els caixers, mampares de protecció.

Fase 3. Fase avançada

Progressiva i diferencial, per territoris, d'acord amb paràmetres tècnics.

Dia 1 de juny, les petites illes de La Gomera, El Hierro i La Graciosa, a les Illes Canàries, i Formentera, a les Illes Balears entraren a la fase final i avançada de desconfinament, d'acord amb l'Ordre SND/458/2020 sobre la flexibilització de determinades restriccions de la fase 3, publicada en el BOE dissabte 30 de maig de 2020. La resta de les illes Balears romangueren a la fase 2 fins dia 8 de juny, en què la fase 3 es generalitzà a totes. Més de la meitat de l'Estat entrà en aquesta fase, la darrera abans de l'arribada de l'anomenada «nova normalitat»; mentre romanien a la fase 2 bona part de Castella

i Lleó, Madrid, la Comunitat Valenciana, Ceuta i importants zones de Catalunya (Barcelona, Girona, la meitat de Lleida i una petita part de Tarragona).

En la fase 3, es flexibilitzaren determinades mesures que suposaven més ocupacions d'activitats ja permeses i l'inici d'algunes altres, sempre que es complissin els requisits sanitaris i de distància social. Ja no hi havia franges horàries de mobilitat per edat i es permeten reunions de fins a 20 persones (bars, cases, platges, carrers...). També es podien fer grups de 20 persones a les platges amb dos metres de distància respecte d'altres.

Es permeté la lliure mobilitat entre illes amb el 100% d'ocupació, amb l'objectiu de reactivar el transport aeri i marítim.

Els centres educatius no universitaris podien obrir les portes als alumnes en horari flexible segons el centre (de 9 a 13 hores i de 15 a 19 hores), per a activitats de tutoria i reforç, amb cita prèvia i amb mesures higièniques i de distància social.

Així, p. ex., també pogueren obrir tots els establiments comercials i professionals, independentment de la seva dimensió d'exposició i venda, amb un aforament màxim del 50%. En els centres comercials, l'ocupació dels locals permesa fou del 50% i del 40% en espais comuns. En bars i restaurants es permet el consum en barra i en les taules interiors sempre que hi hagi un mínim de dos metres entre taules o agrupacions de taules (75% d'aforament) i un 75% d'ocupació de les terrasses. En els hotels i allotjaments turístics es permeté l'ocupació dels espais comuns fins a un 60% de la seva capacitat. Els guies turístics podien conduir grups de fins a 20 persones sense fulletons ni audioguies. En aquest mateix sentit, molts de bars i restaurants han introduït en les fases finals de la desescalada, i en la fase de nova normalitat, les cartes virtuals accessibles mitjançant codis QR, que permeten no haver de tocar les cartes de manera física i poder consultar-les a través dels *smartphones*. Nogensmenys, alguns ofereixen la possibilitat de lectura clàssica de les cartes i menús amb suports físics, però obliguen a la desinfecció de mans a l'entrada dels locals.

Es permeteren els congressos i les reunions de fins a 80 persones, amb distància i equips de protecció.

Així mateix, es permeté la reobertura d'establiments de cases d'apostes i jocs d'atzar amb un màxim del 50% d'ocupació, amb les mesures sanitàries previstes.

Quant a les instal·lacions esportives i gimnasos, se n'incrementà l'aforament fins al 60%, amb un màxim de 20 persones, sense contacte físic. No calia ja cita prèvia, i es podien usar els vestidors i les dutxes.

Algunes disciplines professionals iniciaren les competicions sense públic, i els equips professionals entraren en la fase d'entrenament total (mitjà per a lligues no professionals federades).

Els museus i les biblioteques podien obrir amb un 50% de la capacitat. Així mateix, es podien obrir albergs i hostals infantils i juvenils en grups màxims de 60 persones, distribuïdes en grups màxims de 10 per monitor.

Els mercats a l'aire lliure pogueren funcionar amb el 50% de llocs permesos oberts.

En els parcs naturals s'eliminà el límit d'aforament i es permetien les visites en grups màxims de 20 persones.

Zoològics i aquaris podien obrir amb un 50% de la capacitat.

Els llocs de culte ampliaren la capacitat fins al 75%, i s'amplià el volum d'assistents a casaments (150 persones a l'aire lliure i 75 en interior) i a funerals-velles (50 en exterior i 25 en interior).

Els centres recreatius turístics i d'oci nocturn continuaren tancats. Val a dir que molts d'establiments d'oci nocturn, ja durant la fase de nova normalitat, o bé no han obert per criteris empresarials o bé, atès l'incompliment de les mesures sanitàries o pel perill de contagi que han demostrat, han rebut mesures de clausura total o temporal, en espera de reduir les taxes de contagi que, com posteriorment comentarem, s'han produït d'ençà de la suavització de les mesures de control i l'increment de la mobilitat i reunió, sobretot per part dels grups més joves de la societat.

4. La nova normalitat

4.1. La nova normalitat: una situació d'epidèmia latent en què es produiran restriccions, d'acord amb l'evolució dels indicadors sanitaris

Un cop acabades les fases de desescalada de l'estat d'alarma epidèmic, ens trobem davant la situació de l'anomenada «nova normalitat», que es regula pel Reial decret llei 21/2020, de 9 de juny, de mesures urgents de prevenció, contenció i coordinació per fer front a la crisi sanitària ocasionada pel COVID-19, publicat en el BOE el dimecres 10 de juny.

En aquesta fase, automàticament, entrà tot l'Estat un cop finalitzat l'estat d'alarma que es perllongà fins a la mitjanit de dia 21 de juny de 2020. Galícia va demanar avançar l'entrada en aquesta fase abans, i ho va fer, efectivament, el dilluns dia 15 de juny de 2020. Contrà-

riament, algunes comunitats autònomes entraren directament en aquesta fase, com Madrid, Barcelona, Lleida i les províncies de Castella i Lleó: Àvila, Segòvia, Sòria i Salamanca des de la fase 2, mentre que la resta de l'Estat ho va fer des de la fase 3.

Aquesta data de 15 de juny també aporta una novetat destacable per a les Illes Balears: es permet, experimentalment, l'arribada de fins a 10.900 turistes alemanys sense fer quarantena, sempre que les Balears es mantinguin en fase 3 i la taxa d'infecció per COVID-19 a set dies sigui inferior a 9/100.000. De moment, hi ha 47 vols programats: 38 a Palma, 8 a Eivissa i un a Menorca. Els turistes han de romandre-hi 5 vespres i deixar constància d'on pernocten. Així mateix, en arribar han d'emplenar un qüestionari de salut, se'ls prendrà la temperatura i se'n farà el seguiment. La Comissió Europea ha demanat que el 15 de juny deixen d'existir els controls fronterers interns. Això no obstant, Espanya els manté, mentre d'altres països com Itàlia ja permeten la circulació pels països de l'espai de Schengen; Àustria ho fa amb els veïnats i Espanya només permet, de moment, el corredor Alemanya-Balears.

En tot cas, és palès que amb el nom de «nova normalitat», en realitat, ens trobem en una nova fase de control epidèmic, a fi de prevenir nous rebrots, a partir d'un control exhaustiu de la informació epidemiològica de nous casos; adopció de mesures d'higiene, separació social i ús de mesures de prevenció (màscares), més tota una sèrie de preceptes adreçats a estar preparats per afrontar amb èxit una situació d'incertesa. Un cop superada la fase d'onada epidèmica, i abans que es trobi la vacuna efectiva de la COVID-19 que, no obstant això, ja remet a Europa, el virus encara està en ascens a escala global. L'estudi de seroprevalença fet a l'Estat espanyol que presentem tot seguit no convida precisament a l'optimisme, ja que un percentatge molt baix de la població presentaria anticossos i, per tant, hi ha un baix nivell d'immunitat comunitària que permeti controlar o reduir significativament l'expansió de nous brots vírics.

La nova normalitat tampoc ha de ser entesa com una situació estàtica. De fet, la variació en els paràmetres sanitaris i la vigilància de les activitats que posin en risc la salut pública determinaran la presa de mesures de control, com el tancament de certs establiments, horaris restringits a bars i restaurants, i totes les mesures que considerin necessàries, a fi de mantenir controlada la transmissió del virus que, no ho podem oblidar, encara és una amenaça per a la salut de tots els ciutadans a escala global.

4.2. L'estudi de seroprevalença fet a l'Estat espanyol: l'onada epidèmica passada no permet assolir la immunització comunitària

Un dels aspectes que més interessaven, un cop passats els moments culminants de l'onada epidèmica iniciada el més de febrer a l'Estat espanyol, era conèixer el nivell d'immunitat comunitària que hi havia, tot sabent que una part de la població havia passat la infecció de manera més o menys asimptomàtica i sense que li haguessin pogut practicar cap PCR per confirmar-la o descartar-la.

A efectes pràctics, la conclusió principal és que, vista la poca immunització comunitària i la presència d'infeccions asimptomàtiques, presents com sabem entre nosaltres, s'han de mantenir les conegudes recomanacions de salut pública de distància social, ús de màscara i rentat de mans freqüent.

4.3 La situació a final de juliol de 2020

Quan acabem d'escriure aquest article, entre la tercera i la quarta setmana del mes de juliol, ens trobem de ple en l'anomenada «nova normalitat». Una nova normalitat que, com el seu nom indica, ens mostra una situació que és atípica i molt diferent d'allò que consideràvem «normal» fa només uns mesos. A diferència d'altres estius, bona part dels establiments hotelers i molts d'oferta complementària romanen tancats i molts de treballadors es troben en situació d'ERTO. La imatge pels carrers també és atípica. A les Illes, acostumats a un índex de pressió humana molt elevat als estius, amb zones en què es duplica o multiplica per diverses vegades la població resident, la imatge és de cert buit demogràfic. Es nota menys aflluència pels carrers i comerços, particularment en les zones turístiques. La circulació és més fluïda i no es veuen tants de vehicles de lloguer. El trànsit aeri és molt menor que altres estius. Tot i això, es nota una certa reactivació, i el soroll dels avions, que havia desaparegut, s'ha tornat a recuperar (amb menys freqüència, això sí). La situació econòmica és de gran incertesa, sobretot perquè l'evolució de la pandèmia és incerta i no se sap si el rebrot que periòdicament es detecten acabaran provocant noves onades epidèmiques de més o menys extensió en els territoris que ja n'ha patit un primer embat. Afortunadament, la Unió Europea ha actuat i ha aprovat, no sense discussions i llargues negociacions, uns paquets de mesures econòmiques (ajudes financeres en forma de crèdits i donacions directes) que suposen un alleujament per als països (com Espanya i Itàlia) que han patit de manera particular els efectes de la COVID-19 i que depenen, en bona mesura, de l'activitat turística internacional. En aquests moments, encara no es coneix amb certesa quan es disposarà d'una vacuna segura i de qualitat que permeti retornar, aquest cop sí, a la normalitat sanitària i socioeconòmica que coneixíem fa només uns mesos i que pensàvem que mai no podria canviar de manera tan ràpida i substancial.

El contacte directe entre les persones ha canviat. Alguns es donen el colze; d'altres, ni això. Per no esmentar les cares de recel i de certa por quan ens acostem a un vianant pel carrer o dins un comerç.

I no obstant la situació, molts joves (i no tan joves) incompleixen les mesures de protecció i distància social. Aquest cap de setmana passat s'han produït concentracions de turistes estrangers en àrees d'oci nocturn a s'Arenal de Palma (carrers de la cervesa i *del jamón*) i a Magaluf (Punta Balena), entre d'altres llocs de les Illes.

Per tot això, i per l'existència de nous rebrots arreu de l'Estat espanyol i a altres indrets d'Europa, el Govern de les Illes Balears ha pres diverses mesures i avisa que, vistes les circumstàncies, no quedarà més remei que augmentar les restriccions, com succeeix en altres zones on es torna a detectar una xifra important de contagis.

La mesura més dràstica ha estat la de tancar per decret tots els establiments de les zones conflictives esmentades. A més, a les zones indicades en el decret contra el turisme d'excessos —Magaluf a Calvià, Platja de Palma a Mallorca i West End a Eivissa—, a partir del 15 de juliol només es permetrà obrir les terrasses. També es prohibeix servir begudes en recipients de més de 0,6 litres, i les canyetes de plàstic de més de 30 centímetres, que conviden al consum compartit. Així mateix, s'incrementaran els controls i la vigilància a fi que es mantinguin les mesures d'aforament, màscara i distància de seguretat. El Govern pretén evitar, a les totes, la transmissió comunitària i els rebrots significatius de casos que podrien significar no tan sols el cop definitiu a la tímida recuperació turística actual sinó a hipotecar-ne la pròxima.

A més a més, amb algunes excepcions (fer esport, tocar un instrument de vent, nedar, dificultats respiratòries...) s'ha imposat l'obligatorietat de portar la màscara pel carrer, a banda de dins establiments comercials i altres indrets on no es pugui garantir la distància de seguretat. Aquesta mesura ha estat adoptada pel Govern de les Illes Balears i publicada al BOIB dia 13 de juliol de 2020, i ja són diverses les comunitats autònomes que han adoptat la mateixa mesura. Els contagis tornen situar-se a l'Estat espanyol en els nivells del mes de maig, i preocupen especialment la situació de Catalunya i Aragó, on s'han pres mesures molt més estrictes equivalents a retrocessos de les fases de desescalada. Així, s'ha limitat la mobilitat de la població i l'accés a determinats comerços, entre d'altres. En dues setmanes, la incidència de casos s'ha triplicat i se situa, dia 20 de juliol de 2020, en els 27,39 casos/100.000 habitants; a principis de juliol, era només de 8,76/100.000, amb uns mínims de 7,74 casos/100.000 habitants a finals de juny. L'inici de la desescalada, l'increment de la mobilitat, els contactes socials recuperats i la manca de responsabilitat individual d'alguns ha fet que s'hagi produït un ràpid increment del nombre de casos, que ha estat especialment significatiu durant la darrera setmana. És prioritari recuperar el control en aquestes àrees, ja que hi ha el perill real de reproducció de les situacions viscudes durant el primer confinament general. I no són les úniques àrees afectades; hi ha centenars de brots detectats arreu de l'Estat espanyol, i, com a mínim a algunes zones, ja hi ha transmissió comunitària. Les autoritats sanitàries apel·len a la responsabilitat col·lectiva i, en algunes zones com Catalunya, ja s'ha amenaçat novament amb el confinament. S'han pres, com veurem posteriorment, mesures que impliquen la prohibició de determinades activitats i l'establiment d'horaris restringits en altres.

La situació ha fet que alguns països europeus hagin pres la decisió de recomanar que no es visitin determinades zones de l'Estat espanyol, recomanar que no s'hi viat-

gi o posar en quarantena tots aquells que entrin en els seus territoris des d'Espanya. Aquesta és una circumstància extremadament greu, ja que ens trobem a les portes del mes d'agost, el mes de màxima ocupació turística, i que pot causar un gran impacte sobre les minses previsions de negoci de moltes empreses que confiaven a obtenir els ingressos suficients per mantenir les empreses durant aquest mes i el que queda de temporada. Així, el Regne Unit ha decidit que imposarà una quarantena de 14 dies a tots els viatgers procedents de l'Estat espanyol a partir de les primeres hores del 26 de juliol. La ministra espanyola d'Afers Exteriors intenta negociar que les Illes Balears i les Illes Canàries, d'acord amb uns paràmetres sanitaris actuals, siguin excloses de l'obligació de quarantena. Divendres 24, fou Noruega qui anuncià que imposaria 10 dies de quarantena a tots els viatgers que arribessin al seu territori procedents de l'Estat espanyol, i que aquesta mesura començaria a vigir dia 25 de juliol. França, per la seva banda, també adoptà una posició de prevenció i recomanà públicament que els ciutadans francesos no viatgessin a Catalunya a causa del risc de contagi; una notícia molt dolenta per a una comunitat que té els francesos entre els principals clients turístics. Bèlgica ja fa uns dies que ha prohibit els viatges no essencials a les zones de Lleida i Osca. Ha establert 14 dies de quarantena i un test obligatori a tothom que arribi al país d'aquestes zones; a partir del 24 de juliol, ha ampliat la quarantena als turistes que tornin de les comunitats autònomes d'Aragó, Catalunya, Extremadura, La Rioja i el País Basc.

En àmbit europeu, també preocupa la situació a l'àrea balcànica, mentre la pandèmia colpeja amb força els països d'Amèrica del Nord, sobretot els Estats Units, on la política de Donald Trump ha estat nefasta en aquest sentit. A molts països de Sud-amèrica, com el Brasil, ha passat que el president, Bolsonaro, seguint l'estela del president nord-americà, s'ha negat a prendre mesures dràstiques de control i, fins i tot ell, n'ha resultat contagiats, com també succeï amb el líder de la Gran Bretanya, Boris Johnson. Aquests líders, amb el pretext de no afectar l'economia, no han pres les mesures adients de control, les han retardat o les han suprimit quan encara la transmissió era molt elevada, i això ha fet que els casos fossin molt superiors als que es registrarien amb mesures més estrictes. També colpeja de manera significativa un dels països més poblats del món i on l'accés a la sanitat és molt problemàtic: l'Índia.

L'afectació de l'economia ha estat molt gran i repercutirà especialment als països i les regions més dependents del turisme, com és el cas de l'Estat espanyol i, particularment, de les Illes Balears.

4.4. La situació actual, en dades

Us oferim, al final de l'article, diversos enllaços on podeu trobar la informació actualitzada tant a escala mundial com estatal o regional, ja que els comentaris que hem fet van referits a la darrera dada disponible en el moment de redactar l'article.

Segons les dades disponibles de 20 de juliol de 2020, ofertes per l'OMS, els casos confirmats de COVID-19 ja superen els 14.340.000 en tot el món, i la xifra de contagis diaris confirmats supera els 220.000; unes xifres que palesen que, a escala global, el ritme de la pandèmia s'intensifica i que la situació en molts països és de creixement epidèmic. La xifra de defuncions confirmades acumulades supera ja les 600.000 persones, amb una xifra actual d'èxits que és de devers 5.000 persones/dia o més.

La situació, per tant, no està controlada. Ni prop fer-hi. Mentre no hi hagi un tractament efectiu i una vacuna eficaç, la situació és d'alerta permanent i de tractar d'evitar focus descontrolats que puguin determinar noves situacions de restriccions dràstiques de mobilitat i contacte social que tan negatives són per a les persones i l'economia. Algunes dades inicials de la fase experimental de vacunació són molt positives, com la d'Oxford, que sembla que genera immunització d'anticossos i en els limfòcits T, sense generar efectes secundaris, però encara manca un temps fins que pugui ser aprovada i després produïda de manera massiva. Un laboratori xinès també n'ha experimentat amb una amb èxit, i ha anunciat que podria iniciar-se'n la vacunació a la Xina a finals de 2020, però encara és prest per confirmar aquesta notícia.

A escala de gran regió, la més afectada és la d'Amèrica, tant del nord com del sud, amb més de 7.500.000 casos. Aquesta situació es deu, en bona mesura, al fet que països tan poblats com els Estats Units d'Amèrica i el Brasil no han adoptat les mesures de control suficients, i els casos s'han disparat. Així, els Estats Units d'Amèrica s'acosten als 3.700.000 casos de COVID-19 confirmats; el Brasil, als 2.100.000. També, com és lògic, és la regió que presenta una xifra superior de defuncions, que freguen les 310.000. D'aquestes, prop de 140.000 s'han registrat als Estats Units i devers unes 80.000 al Brasil.

Europa ocuparia la segona posició entre les regions sanitàries establertes per l'OMS, superant els 3.000.000 de casos confirmats i les 207.000 defuncions per la pandèmia. Entre els països més afectats d'Europa ens trobem, en terme de defuncions, el Regne Unit amb 45.300; Itàlia amb 35.000; França amb 30.000 i Espanya amb més de 24.000 casos.

Tot seguit se situarien l'àrea est del Mediterrani i el Sud-est asiàtic, amb devers 1.400.000 casos, respectivament. I ja molt lluny, Àfrica, amb prop de 600.000 casos, dels quals 364.328 corresponen a Sud-Àfrica i els altres, a l'Oest del Pacífic, amb unes 250.000 persones contagiades.

Val a dir que el ritme a cada regió no ha estat el mateix. S'inicià a la zona del Sud-est asiàtic, a finals de 2019; principalment a la Xina, d'on sembla procedir el virus. Concretament, de l'àrea més afectada de Wuhan, i d'allà s'estengué cap a Europa, sobretot a partir de la segona meitat de febrer, on les mesures adoptades de seguiment

resultaren ineficaces tant pel desconeixement i els efectes del virus com pel fet que havia arribat abans que s'activessin els primers mecanismes de control i ja s'estava produint transmissió comunitària descontrolada que determinà fortes mesures d'aïllament social i el confinament general de la població, per primera vegada en la història de la humanitat. En el mes de març, el virus es començà a fer notori en el continent americà; s'intensificà el procés epidèmic a partir de l'abril i ha anat creixent de llavors ençà, fins a situar aquesta àrea com la més afectada del món.

Àfrica, tot i que té en conjunt pocs casos registrats, probablement per ser una de les regions amb més subregistre, presenta actualment una ràpida corba de creixement. Els contagis inicials detectats creixeren lentament d'ençà el mes de març, però s'han incrementat de manera significativa d'ençà el mes de juny; ha començat una fase d'acceleració de casos i defuncions per COVID-19.

A banda d'això, cal recordar que en les àrees europees, on la situació semblava controlada (o a prop de controlar-se), preocupen, i molt, els nous focus que apareixen un cop suavitzades les mesures de distància social i la reobertura de bona part de l'activitat econòmica, molt tocada per la pandèmia. I també preocupa, a mig termini, la situació post-vacances estivals, amb la recuperació de l'activitat econòmica habitual en els principals nuclis urbans i el retorn a les aules, que en molts de països s'ha previst com a presencial, pel potencial risc d'un increment exponencial dels contagis. Alguns parlen d'una segona onada a principis de tardor; d'altres en parlen ja ara, i així qualifiquen la situació que es viu a les zones més afectades de l'Estat espanyol a finals de juliol.

Cal recordar, en tot cas, que parlem de dades oficials confirmades i que, per tant, no vol dir que coincideixin amb la realitat pandèmica, que ens oferiria, sens dubte dades més elevades en cas que s'hi destinessin més mitjans a la detecció i la confirmació de casos actius i de les causes de defunció, sobretot en les àrees on no es disposa de mitjans per destinar a la detecció i al tractament dels malalts, ni tampoc a les mesures preventives bàsiques recomanades. També en països com el nostre cal recordar que, en el moment àlgid de l'epidèmia, per manca de proves de detecció i de recursos humans i tècnics, es produïren subregistres importants tant en la xifra real d'afectats com en la de defuncions per COVID-19 que serien bastant més elevades si s'atengués a càlculs de desviació de les defuncions estadísticament esperables i les produïdes en realitat.

Pel que fa a la situació de l'Estat espanyol, s'ha de dir que és, en aquests moments, preocupant. La incidència dels casos s'ha triplicat en tres setmanes, i actualment la incidència és de 27,4 casos/100.000, segons dades referides a 18 de juliol. De fet, l'OMS en destaca el ritme de creixement durant les dues darreres setmanes, i la situen com la més significativa dels països importants de la UE. El ritme de creixement, així mateix, presenta proporcions geomètriques en els casos d'Aragó, on en menys d'una setmana

s'han gairebé quadruplicat, passant de 46,3/100.000 habitants dia 13 de juliol a 160,1 dia 18 de juliol. La situació també és preocupant a Catalunya, especialment a Lleida, i també a l'àrea metropolitana de Barcelona, on s'ha arribat a una incidència de 84,5 casos/100.000 amb un ràpid creixement. Navarra i Euskadi, amb 60,2 i 35,5 casos/100.000 habitants, se situen a continuació com les comunitats autònomes amb més incidència de casos de COVID-19. De fet, és la incidència en aquestes comunitats el que explica l'alta taxa global de l'Estat, ja que, contràriament, n'hi ha d'altres on els casos detectats són molt reduïts. La reacció de les autoritats sanitàries de les zones més afectades ha estat la d'intentar reduir els contactes socials (la mobilitat, la capacitat de determinats negocis, implantar cites prèvies...) i augmentar la xifra de persones dedicades a rastrejar els contactes que han tingut els contagiats, a fi d'evitar l'expansió vírica.

Catalunya, el cap de setmana de Sant Jaume, ha començat a aplicar la mesura de tancament de totes les discoteques, sales de festa i llocs d'oci nocturn similars a tot el seu territori, i ha imposat el tancament de bars i restaurants a la mitjanit a les àrees amb índexs de contagi de COVID-19 més elevats, per intentar reduir-ne la taxa de contagi.

No obstant aquestes mesures, ja hem comentat que països del nostre entorn, han començat a aplicar polítiques de quarantena, de prohibició de viatjar a les àrees més afectades de l'Estat espanyol o de recomanació de no viatjar a determinades àrees, amb l'increment de l'impacte que sobre el turisme pot tenir, a pocs dies d'entrar en el mes d'agost.

5. La COVID-19 a les Illes Balears: situació actual i anàlisi de les principals variables demogràfiques i sanitàries

5.1. La situació actual a les Illes Balears: els casos actius

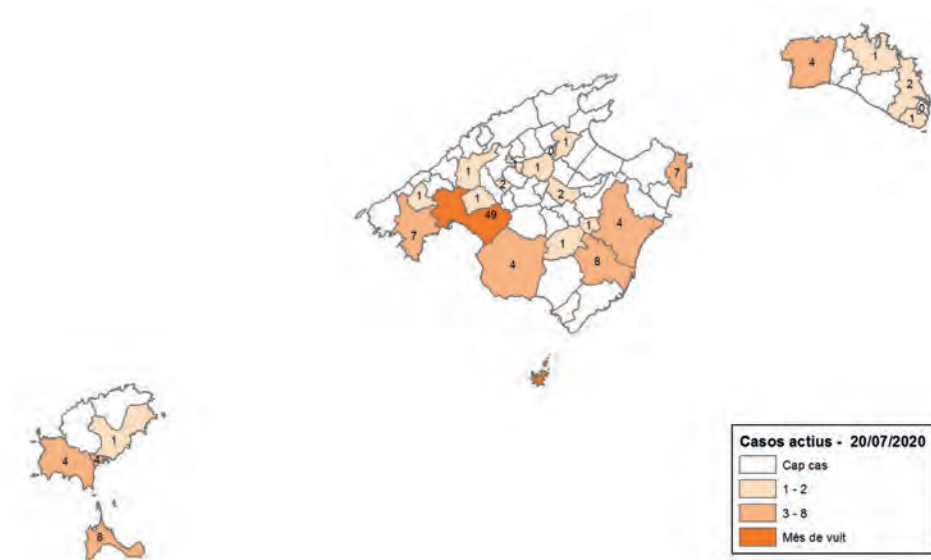
Les dades d'aquest epígraf i d'altres de posteriors procedeixen de la pàgina web (*dashboard*) amb dades del Servei d'Epidemiologia de la Conselleria de Sanitat i Consum del GOIB, com també de l'informe número 13 sobre la COVID-19 elaborat pel mateix servei. Convé posar la font i la data, ja que no hem d'oblidar que encara vivim en una situació pandèmica global i que les dades poden variar, bé perquè utilitzem una altra font, bé perquè les dades siguin referides a una altra data i posteriors revisions en puguin modificar les xifres.

No obstant això, les dades disponibles ens serveixen per copsar la situació en un moment concret i, sobretot, valorar-la respecte d'altres moments precedents; fins i tot, intentar valorar-la de cara a una projecció de futur.

Actualment, la situació a les Illes Balears es pot qualificar com a prou bona. Malgrat això, després de l'estat d'alarma s'han incrementat lleugerament les xifres de contagis i, com hem comentat, s'han detectat comportaments incompatibles amb les circumstàncies actuals que han determinat el tancament de zones de turisme de gatera o la generalització de l'ús obligatori de la màscara en espais públics, entre d'altres.

El cas és que actualment hi ha 116 casos actius detectats (sempre hem de pensar que hi ha casos asimptomàtics susceptibles de contagiar altres persones); 91 dels quals a l'illa de Mallorca, 9 a Eivissa, 8 a Menorca i 8 a Formentera. Cal destacar la xifra actual de casos de Formentera, que durant l'estat d'alarma havia presentat una incidència baixíssima que va fer que passés de fase, juntament amb altres illes de les Canàries, abans d'altres territoris. Aquesta dada és un bon indicador per veure que no es pot baixar la guàrdia i que s'han d'aplicar les mesures recomanades per les autoritats públiques a fi d'evitar rebrotos significatius i processos descontrolats de transmissió comunitària. La darrera actualització, feta mentre redactem aquestes línies, fa que els casos actius de Formentera a 21 de juliol augmentin fins als 9. Com a dada comparativa, fins al 20 de juliol, Formentera només havia registrat una única defunció i 6 altes, d'ençà de l'inici de l'arribada de la COVID-19 a l'arxipèlag.

Casos actius de COVID-19 per municipis. 20/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del web de la COVID-19. Conselleria de Sanitat i Consum

Segons informacions publicades al diari Última Hora, dia 21 de juliol hi havia 20 persones ingressades per COVID-19 als hospitals de les Illes, dels quals tres estaven

en UCI per la gravetat de la seva situació. Segons dades del Servei d'Epidemiologia (informe número 13), amb dades de dia 21 de juliol de 2020, en els darrers 14 dies s'han detectat 81 casos, entre simptomàtics i asimptomàtics, a les Illes; 59 a Mallorca, 9 a Menorca, 6 a Eivissa i 7 a Formentera, que elevarien els casos totals acumulats, entre simptomàtics i asimptomàtics, a 2.713. Com és lògic, atès que actualment s'han incrementat el nombre de proves efectuades, des de l'1 de maig, es detecten més casos asimptomàtics (269, un 59%) que simptomàtics (189, un 41%). Mentrestant, si analitzem tot el període acumulat, la relació és de signe contrari: asimptomàtics (458, un 17% del total) i simptomàtics (2.255, un 83%).

Val a dir també que bona part d'aquest article s'ha elaborat a partir de l'estudi dels casos simptomàtics confirmats, les estadístiques dels quals publica el Servei d'Epidemiologia.

El mapa adjunt mostra la distribució territorial dels municipis afectats i, tot i que és difícil establir uns patrons generals amb unes dades tan reduïdes, podem dir que els municipis amb més població i amb infraestructures turístiques obertes són els que concentren més casos de coronavirus, com Palma i els municipis de la badia (Calvià i Lluçmajor), Felanitx, Manacor i Capdepera, a Mallorca; Eivissa capital i Sant Josep de sa Talaia, a l'illa d'Eivissa; Ciutadella, a Menorca; i Formentera, com ja hem comentat.

Val a dir que aquesta situació pot canviar en qualsevol moment, i que l'arribada d'un nucli familiar positiu o de distints pacients portadors pot fer canviar de manera significativa la situació, sobretot en un moment en què s'han intensificat els fluxos de població provinents, alguns d'ells, d'indrets on encara hi ha taxes de contagi prou significatives, d'àrees peninsulars o de països estrangers.

Tot seguit, un cop presentada quina és la situació actual, entrarem a valorar de manera quantitativa la COVID-19 a les Illes Balears, i també presentarem algunes reflexions qualitatives, a partir de l'anàlisi de distintes variables.

5.2. Els casos detectats totals registrats a l'arxipèlag balear

Els casos confirmats superen els 2.300. Concretament, les dades de 20 de juliol ens parlaven de 2.323 casos confirmats per PCR i les de dia 21, de 2.328, un fet que indicaria que s'han detectat 5 casos més de COVID-19 en un dia.

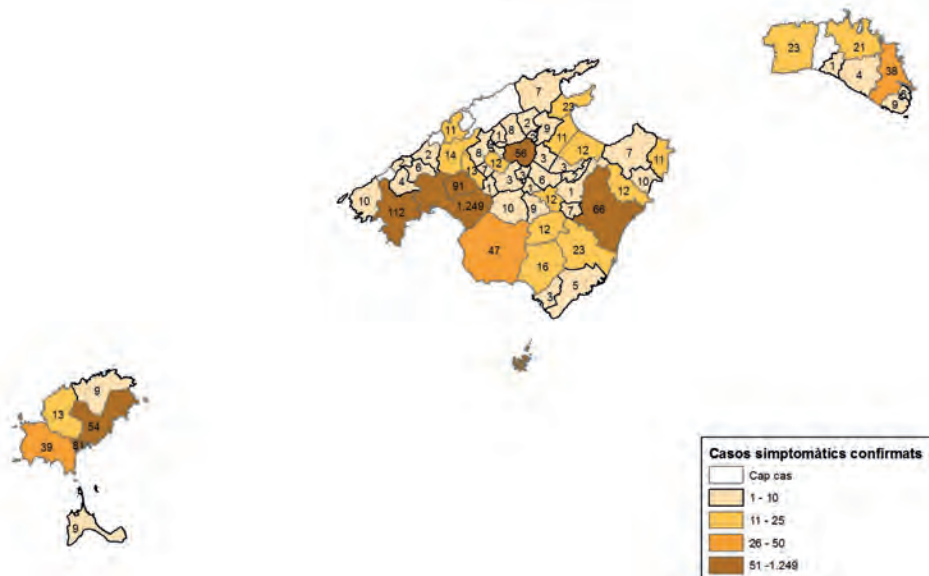
Si ens fixem en l'informe número 13 de vigilància epidemiològica (VE), amb dades actualitzades a 21 de juliol, les de casos confirmats totals pujarien fins als 2.713, dels quals serien confirmats simptomàtics 2.255. Els simptomàtics confirmats serien majoritàriament de transmissió comunitària interna (2.188), mentre que 29 serien casos que arribaren contagiats des d'altres països i 38 des d'altres comunitats autònomes.

Mallorca, amb 1.948 casos simptomàtics confirmats (dades acumulades dia 21 de juliol de 2020) ha registrat el 86% dels casos de l'arxipèlag; Eivissa, amb 196 casos, prop del 9%; Menorca, amb 102, prop del 5%; i Formentera, amb només 9 casos, suposa un percentatge residual.

La distribució dels casos en l'àmbit municipal ha presentat una gran diversitat de situacions. Així, trobem des de municipis on no s'ha registrat cap contagi confirmat, com seria el cas d'Estellencs, Deià, Fornalutx i Escorca a l'illa de Mallorca, petits municipis situats a la Serra de Tramuntana; i Ferreries, a l'illa de Menorca, fins a aquells que n'han registrat distintes desenes, com ara Manacor, Inca o Llucmajor a l'illa de Mallorca; Maó, es Mercadal i Ciutadella a l'illa de Menorca, i Santa Eulària des Riu, Eivissa capital i Sant Josep de sa Talaia, a l'illa d'Eivissa, tot arribant als màxims enregistrats al terme municipal de Palma, amb 1.249 casos, sense oblidar els municipis que en superen els 100, com Calvià (112), o que s'hi apropen, com Marratxí (91).

Evidentment, aspectes com la concentració demogràfica, derivats del pes de la població resident i de les concentracions funcionals, que atreuen diàriament població per treballar o per consumir béns i serveis, n'explicarien les diferències, així com també la presència de centres sanitaris i sociosanitaris i residències geriàtriques que, com sabem, han concentrat un bon nombre de casos detectats entre el personal que hi treballa o, en el seu cas, hi resideix.

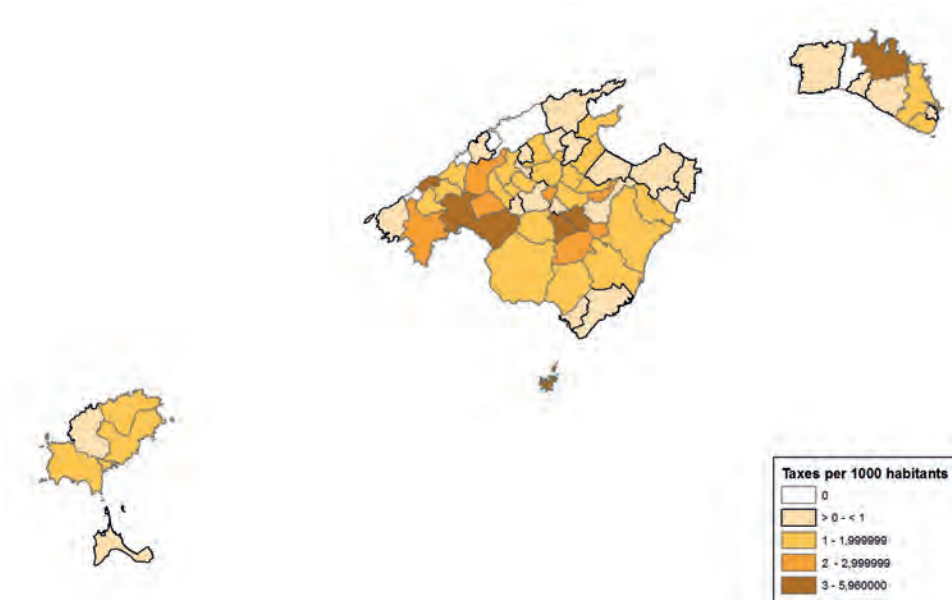
Casos simptomàtics confirmats de COVID-19 per municipis. 21/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Així, les capitals insulars i comarcals de Mallorca, com també els municipis del que podem anomenar àrea metropolitana de Palma, constituïda per municipis propers que s'han convertit, pràcticament en ciutats dormitori de treballadors de la capital, són els que presenten una incidència més elevada en el nombre de casos.

Taxes dels casos simptomàtics confirmats de COVID-19 per municipis. 21/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Pel que fa a les taxes, s'ha de dir que, tot i que s'utilitzen per fer comparatives independentment de les poblacions considerades, hem de tenir present que moltes vegades alguns casos poden fer que es disparin les taxes de municipis que tenen molt poca població i que, quan les dades són relativament reduïdes, hi pot haver un cert component aleatori que faci que, només per l'existència d'alguns casos, trobem municipis amb taxes 0, com en el cas d'Estellencs, situats devora un municipi com Banyalbufar, que surt amb una elevada taxa de casos només per haver-se'n detectat dos, quan la tipologia de les poblacions i dels municipis és bastant similar. En qualsevol cas, la taxa màxima, segons dades de 21 de juliol, s'hauria assolit al terme municipal de Sant Joan, a Mallorca, que amb 12 casos presenta una taxa de 6 per cada 1.000 infectats per COVID-19, seguit pels municipis des Mercadal (21 casos i 4,17 per 1.000), Banyalbufar (2 casos i 3,88 per 1.000), Montuiri (9 casos i 3,09 per 1.000) i Palma (1.249 casos i un 3 per cada miler d'infectats). En alguns casos, podem cercar explicació per la magnitud i la concentració urbana i demogràfica, com en el cas de Palma; en altres,

podríem considerar la presència d'un centre geriàtric en una població relativament petita, com seria en el cas des Mercadal. En altres casos, seria el cas de la dispersió aleatòria de dades de què hem parlat abans o de factors que s'haurien d'intentar estudiar amb més profunditat. En general, podem donar com a vàlids els factors generals que hem detectat en analitzar els casos en valors absoluts i recordar que, sempre que analitzem dades relatives, mai no podem perdre de vista els valors absoluts i fer-ne l'anàlisi conjunta, sobretot a les Illes Balears, on hi ha entitats demogràficament tan grans que condicionen la globalitat de les xifres, no només de l'illa sinó de tot l'arxipèlag.

Un aspecte especialment interessant és calcular la incidència general del virus entre la població classificada per edat i sexe, per intentar descobrir si hi ha diferències d'acord amb aquestes variables.

Taula 1 | *Resum de casos de COVID-19 simptomàtics confirmats a les Illes Balears i taxes per 100.000 habitants per grup d'edat i sexe*

Grup d'edat	Casos			Taxes/100.000 habitants		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
0 - 9	14	8	6	12,4	13,8	11,0
10 - 19	42	22	20	35,6	36,2	34,9
20 - 29	190	66	124	141,6	98,0	185,6
30 - 39	275	114	161	151,1	123,9	178,9
40 - 49	372	181	191	184,3	172,8	196,7
50 - 59	380	180	195	236,7	228,9	244,7
60 - 69	300	185	142	263,4	285,9	242,2
70 - 79	314	167	147	406,4	464,8	355,7
80 - 89	241	103	138	598,4	660,8	559
90 i més	127	37	90	1.405,8	1.439,7	1.392,3
Total	2.255	1.041	1.214	196,2	181,8	210,5

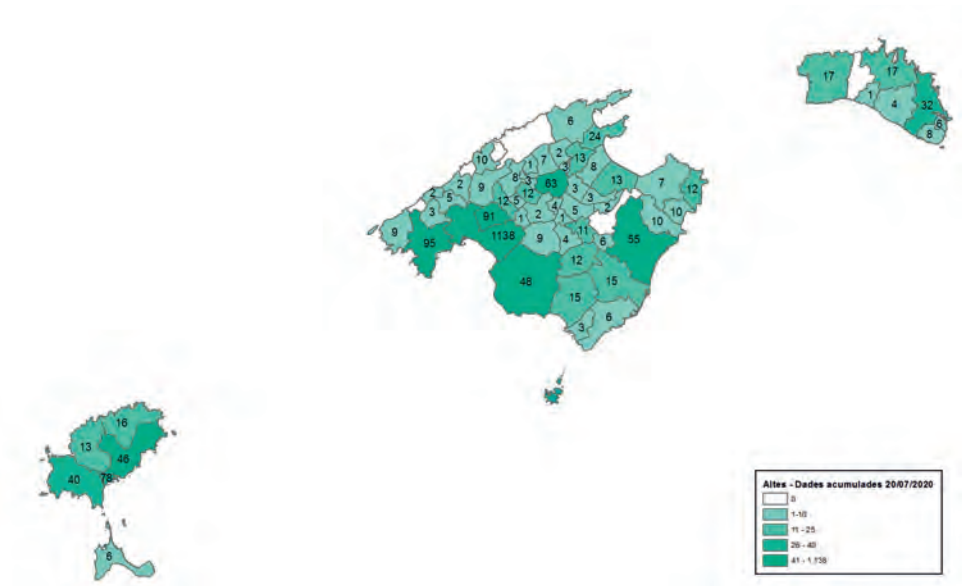
Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Posteriorment, dedicarem uns paràgrafs a analitzar la incidència per sexe i edat, però és evident que resulta important veure com hi ha una clara relació entre casos detectats confirmats i l'edat. Així, a mesura que pugem en la piràmide d'edats, les taxes s'incrementen, primer de manera lenta, i augmenten molt aviat en els grups superiors. Tant és així, que la taxa d'infectats de 90 i més anys és 140 vegades superior a la del grup d'edat més jove (0-9).

No només hi ha un augment molt clar de l'afectació per edat, sinó, com veurem posteriorment, també hi ha un increment significatiu de les complicacions derivades que impliquen més percentatges d'ingrés a les UCI i, com a conseqüència, unes xifres d'èxits proporcionalment més elevades.

Tot i això, també hem de tenir present que analitzem casos confirmats simptomàtics i que, per tant, s'exclouen els casos asimptomàtics no detectats, possiblement més freqüents entre les poblacions més joves i que, aparentment, en termes estadístics es mostren més resistents envers l'atac de la COVID.

Altes de casos de COVID-19 per municipis. 20/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del web de la COVID. Conselleria de Sanitat i Consum

Les altes permeten conèixer, si les comparem amb les dades totals de casos simptomàtics confirmats, la taxa de curació de la COVID-19. Així, podem afirmar que devers el 90% dels casos simptomàtics confirmats acaben finalment en una situació d'alta. Val a dir que, durant l'estat d'alarma, les dades de pacients curats fou una de les bones notícies que s'esperava diàriament escoltar pels mitjans de comunicació quan Fernando Simón (acompanyat per càrrecs d'altres departaments ministerials) resumia l'estat diari de l'epidèmia a l'Estat espanyol. Després d'una fase inicial, en què cada cop hi havia més casos detectats i les defuncions anaven augmentant, arribà un moment en què, lentament, les altes s'apropaven als nous casos, fins que els superaren. Se superà la primera onada epidèmica i s'entrà en la nova normalitat sanitària, de vigilància permanent i de detecció ràpida dels nous rebrots que es poguessin produir.

5.3. Les defuncions registrades i la letalitat de la COVID-19 a les Illes Balears

Les defuncions comptabilitzades a 21 de juliol, segons el web informatiu del Servei Epidemiològic i confirmades a l'informe epidemiològic número 13 són, en el conjunt de l'arxipèlag, de 230. La distribució insular és la següent: 204 defuncions a Mallorca (la darrera defunció es produí dia 17/07), 13 a Eivissa (darrera defunció, el 26/04), 12 a Menorca (darrera defunció, el 26/05) i una única defunció a Formentera (darrera defunció, el 22/04).

Es mantenen les xifres del dia anterior, ja que no s'han registrat, afortunadament, més defuncions.

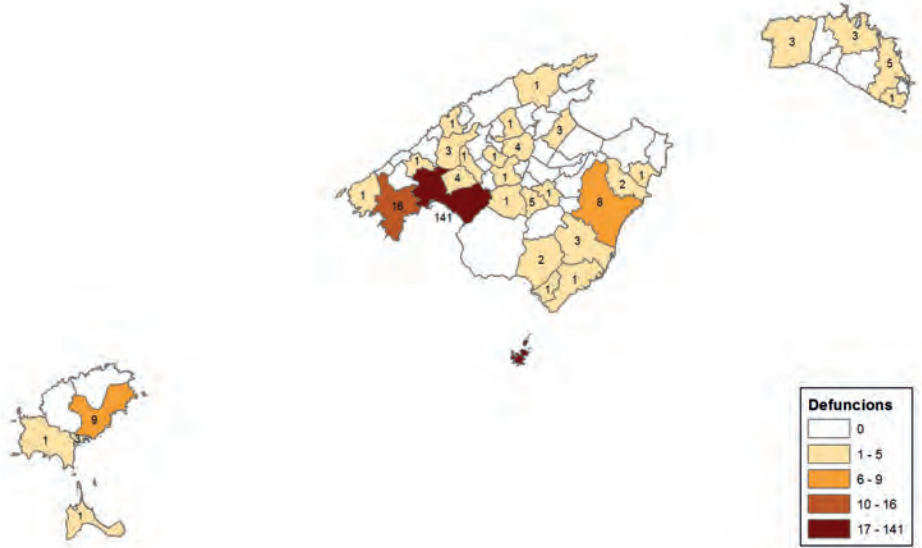
El mapa municipal de defuncions adjunt, tot i que referit al dia 20 de juliol, no presenta canvis respecte a les dades globals referides al dia 21, perquè no s'ha comptabilitzat cap nova defunció en aquest breu interval.

De l'anàlisi de les dades municipals podem destacar alguns aspectes rellevants:

1. Les defuncions per COVID-19 registrades al terme municipal de Palma suposen el 60% de totes les defuncions per aquesta causa de l'arxipèlag i el 70% de totes les produïdes a l'illa de Mallorca. Aquestes xifres es troben molt per sobre del pes demogràfic del municipi respecte de la població de l'illa de Mallorca (46,44%) i respecte de la població total de l'arxipèlag (36,20%). S'ha demostrat que hi ha certa relació entre la concentració de la població de la incidència del virus. Palma, com a província de serveis insulars (i de tot l'arxipèlag en alguns ítems), disposa d'una important concentració de serveis d'atenció socio sanitària i de la tercera edat que han estat particularment colpejats per l'embat epidèmic.
2. Calvià, el segon terme municipal quant a població de l'arxipèlag, també presenta una incidència significativa de defuncions, amb uns valors molt propers als de la capital (poc menys de 32 defuncions per 100.000 habitants, quan Palma arriba a les prop de 34/100.000 habitants).
3. Santa Eulària des Riu i Manacor, amb 9 casos (taxa de 24/100.000 habitants) i 8 casos (taxa del 18/100.000 habitants), també mostren unes xifres destacables.
4. La resta dels municipis presenta menors xifres absolutes de defunció fins arribar, en molts de municipis, a no assolir cap defunció per COVID-19 registrada, com serien, per exemple, els casos de molts de municipis de la Serra de Tramuntana (Estellencs, Banyalbufar, Valldemossa, Deià, Fornalutx i Escorca), del Pla (Petra, Ariany, Costitx...) o del Llevant (Artà i Capdepera), per citar-ne alguns de Mallorca;

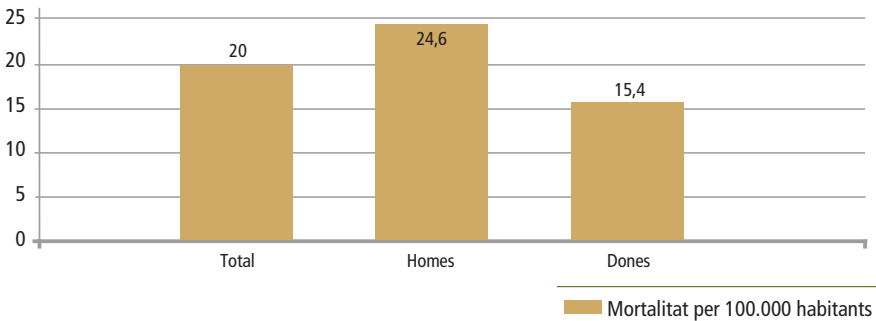
Ferrerries, es Migjorn Gran i Alaior, a Menorca; i Sant Antoni de Portmany i Sant Joan de Labritja, a l'illa d'Eivissa.

Defuncions per COVID-19 per municipis. 20/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del web de la COVID. Conselleria de Sanitat i Consum

Gràfic 1 | Taxes de mortalitat per 100.000 habitants. Casos simptomàtics confirmats COVID-19. Illes Balears. 21/07/2020



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 12. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

La letalitat dels casos confirmats simptomàtics, d'acord amb les informacions de l'informe número 13 de VE, assoliria el 10% dels casos (230 defuncions el dia 21 de juliol), una xifra prou elevada i que mostra el risc que implica aquesta infecció per a les persones.

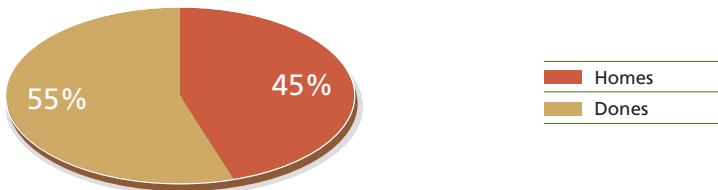
Cal, però, referir les dades de defuncions al conjunt de la població per saber quina incidència total de defuncions ha causat, fins a aquests moments, la COVID-19. Així, 20 persones de cada 100.000 han mort a les Balears com a conseqüència d'aquesta pandèmia causada per aquest nou virus. Les diferències per sexe són prou significatives, assolint la taxa entre els homes un 24,6/100.000, mentre que les dones presenten una taxa marcadament inferior del 15,4.

5.4. La variable de sexe i la COVID-19 a les Illes Balears

La variable de sexe és molt important, no tan sols en molts d'estudis que cerquen demostrar bretxes o discriminacions de gènere, sinó també en el camp de l'estudi sanitari, ja que moltes vegades els distints sexes poden presentar diferències davant d'una mateixa malaltia o, fins i tot, presentar simptomatologies diferents per a una mateixa patologia.

En aquest cas, només volem destacar que, tot i que no hi ha molta diferència entre sexes quant a la possibilitat d'emmalaltir de la COVID-19 (almenys que s'hagi demostrat a hores d'ara), el que sí és cert és que la letalitat és més elevada entre els homes.

Gràfic 2 | *Distribució percentual per sexe del total de casos acumulats de COVID-19. Illes Balears. 20/07/2020*

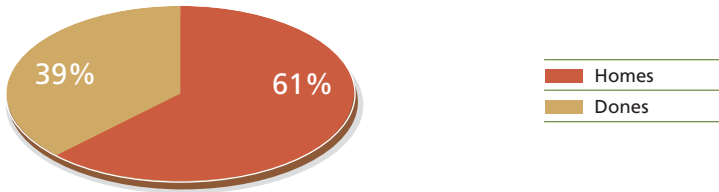


Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID.

Com a altres temes, encara es troba sota investigació científica i seran estudis posteriors que hauran de cercar-ne l'explicació exacta. Actualment, hi ha alguns autors que apunten a un cert component genètic o hormonal (distints per sexe, lògicament), mentre que altres apunten més aviat a determinats hàbits més prevalents entre els

homes, sobretot en els grups de més edat (tabaquisme, consum d'alcohol...) i de patologies prèvies més prevalents per raó de sexe.

Gràfic 3 | *Distribució percentual per sexe del total de defuncions per COVID-19. Illes Balears. 20/07/2020*

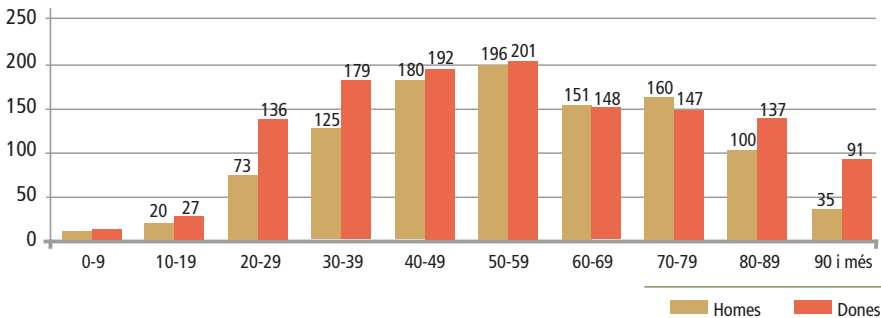


Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID

De la comparació de les gràfiques anteriors, es desprèn de manera clara que els homes presenten una taxa de mortalitat per COVID-19 més elevada que les dones, sigui quina en sigui la causa explicativa final (genètica, hormonal, d'hàbits de salut...).

5.5. La variable d'edat: la gran incidència de la COVID-19 en la tercera edat

Gràfic 4 | *Casos acumulats per grup d'edat i sexe per COVID-19. Illes Balears. 20/07/2020*



Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID

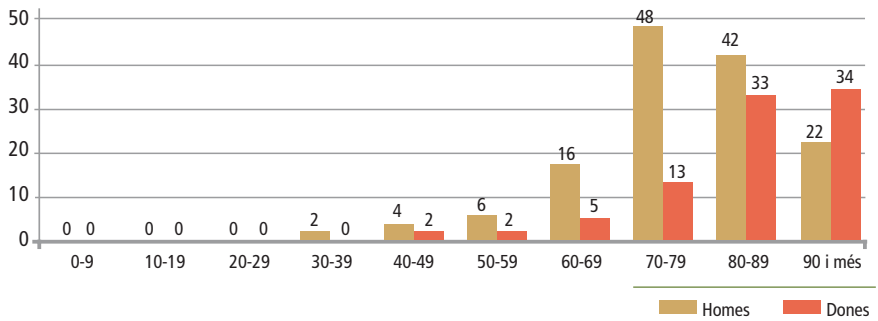
La variable d'edat esdevé una variable fonamental quan parlem de la COVID-19. No només per la xifra d'afectats que hi ha hagut entre els membres de la tercera edat, sinó també perquè ha fet mal de manera molt significativa a les persones que habitaven en residències per a persones grans i en altres centres sociosanitaris, i perquè, hi ha

una relació de proporcionalitat molt directa entre l'edat de la persona malalta de COVID-19 simptomàtica, les necessitats d'assistència especialitzada i els ingressos a les UCI i, evidentment, la probabilitat de defunció.

El gràfic de distribució dels casos acumulats de COVID-19 per grup d'edat i sexe ens mostra tota la distribució que hi ha hagut d'acord amb aquestes variables. Així, tot i que hi ha determinats grups d'edats mitjanes en què hi ha hagut més casos, el col·lectiu de més de 60 anys suposa una part significativa dels casos totals. Així, prop del 42% dels casos totals a les Illes Balears, i gairebé la mateixa proporció per sexe, tenen més de 60 anys.

Com hem dit, però, no només ens interessa destacar la importància de l'edat, com a factor de risc de patir la malaltia, sinó que de l'estudi de les dades s'extreu que el risc rau sobretot en la letalitat que aquesta infecció causa a mesura que pugem en la piràmide d'edat.

Gràfic 5 | Defuncions registrades per grup d'edat i sexe per COVID-19. Illes Balears. 20/07/2020



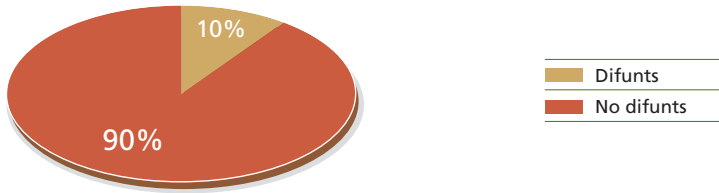
Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID

El gràfic de defuncions registrades per grup d'edat i sexe és molt il·lustratiu. Així, les defuncions són absents en els grups d'edat molt joves, i també molt escasses, fins arribar als 60-69 anys, on ja presenten unes xifres més elevades que augmenten ràpidament en els grups d'edat superiors.

És evident que aquest gràfic, comparant-lo amb el del nombre de casos, apunta cap a una sobremortalitat claríssima a mesura que augmenta l'edat dels malalts. Aquest gràfic també permet fer visible el que hem comentat en l'epígraf anterior: hi ha una mortalitat significativament més elevada entre els homes, com podem apreciar en tots els grups d'edat, i només en el grup d'edat més avançat (90 i més anys) hi ha més dones

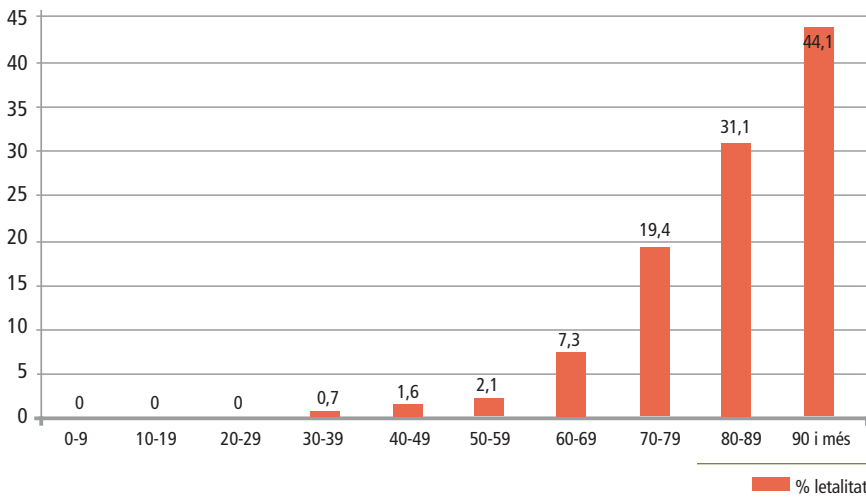
mortes que homes, però aquest fet és conseqüència de la major xifra de dones en els grups d'edat més avançades, per les diferències d'esperança de vida.

Gràfic 6 | Percentatge de letalitat de la COVID-19 sobre els casos simptomàtics detectats



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Gràfic 7 | Taxa de letalitat per grups d'edat. Casos COVID-19 confirmats simptomàtics. 21/07/2020



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

L'informe de vigilància epidemiològica de la COVID-19 de la Conselleria de Sanitat i Consum ens n'ofereix la taxa calculada. Així, mentre que fins als 60 anys les probabilitats de defunció se situen per sota del 2,1% (prenent la xifra màxima de l'interval

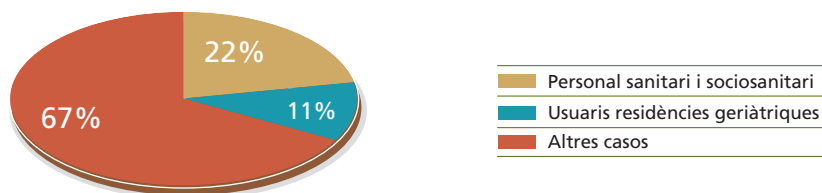
50-59), a partir dels 60 anys, la xifra puja fins al 7,3%; a un de cada 5 si es tenen entre 70 i 79 anys; d'un terç si es tenen entre els 80 i els 89 anys, i de més de 4 de cada 10 si el malalt té més de 90 anys. Unes xifres que són, per tant, esgarrifosament elevades i que conviden les persones d'aquests grups d'edat a extremar les precaucions i que també les hagin d'extremar tots els qui hi cohabiten o que treballen en els centres on resideixen.

5.6. Els col·lectius més afectats per la COVID-19 a les Illes Balears: els treballadors dels centres sanitaris i sociosanitaris, i els usuaris de les residències geriàtriques

Durant l'epidèmia s'ha parlat de distints col·lectius particularment afectats. Un ha estat el del personal de centres sanitaris i sociosanitaris que, segons les circumstàncies de convivència en àmbits laborals tancats i amb forta presència del virus, han fet que presentin elevades xifres d'afectats. En total, 497 persones d'aquest col·lectiu han presentat casos simptomàtics confirmats; un nombre que suposaria el 22% dels casos totals comptabilitzats. Els 497 casos totals s'han distribuït de la manera següent: 351 en centres sanitaris (70,6%), 144 en centres sanitaris (29%) i 2 (0,4%) en altres centres. L'inici dels símptomes del darrer cas és ben recent, del 15 de juliol de 2020. En conjunt, els casos simptomàtics confirmats comptabilitzats en aquesta categoria s'apropen a una quarta part de tots els registrats a les Illes Balears (22%)

L'altre ha estat la població de la tercera edat i, particularment, els usuaris de les residències geriàtriques, que han patit en primera persona els efectes de l'embat epidèmic. En total s'han registrat 243 casos simptomàtics d'aquesta categoria, que suposen un 11% dels casos simptomàtics confirmats a les Illes Balears. La data d'inici dels símptomes de l'últim cas detectat es remunta a fa més d'un mes (07/06/2020).

Gràfic 8 | *Distribució dels casos COVID-19 confirmats simptomàtics per principals categories d'afectats. 21/07/2020*



Però el que destaca particularment és la xifra de defuncions registrada entre els usuaris de residències geriàtriques, sobre el total de defuncions per COVID-19. Això no fa més que destacar no només la letalitat del virus en els grups de més edat, sinó l'especial letalitat registrada en aquestes institucions. Així, el darrer cas de defunció per COVID-19 es produí a l'arxipèlag dia 23 de maig de 2020. Les morts d'usuaris de residències geriàtriques arriben fins a les 73. Això suposa un 32% sobre el total de defuncions totals registrades a les Illes Balears i posa de relleu els efectes particularment greus que ha tingut la pandèmia sobre el col·lectiu de la tercera edat i, especialment, els residents en aquestes institucions.

Si comparem les dades de defuncions amb les dades de casos confirmats simptomàtics d'aquest col·lectiu (243), podem concloure l'elevada letalitat suportada per aquests malalts, de devers el 30%.

En definitiva, els residents en centres geriàtrics han suposat devers una tercera part de les defuncions de COVID-19 registrades a les Illes, atesa l'elevada letalitat el virus ha tingut en aquest col·lectiu (gairebé el terç dels simptomàtics confirmats ha mort).

Gràfic 9 | *Importància de les defuncions registrades a les residències geriàtriques sobre el total. COVID-19- 21/07/2020*

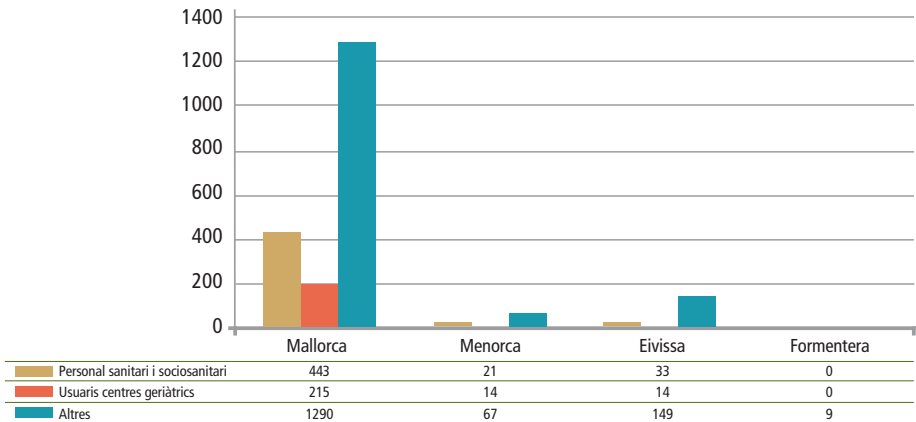


Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Durant els moments de més intensitat epidèmica (març i abril), alguns d'aquests centres, com la residència Elena, Son Ametler, Oasis i DomusVi a Palma, hagueren de ser intervinguts i alguns també tancats. Hi hagué casos en què tots o bona part dels usuaris d'aquests centres i un percentatge destacable de treballadors s'havien infectat. Sembla, en tot cas, que l'afectació ha estat substancialment més significativa en les residències privades, i que això pot ser conseqüència, almenys en part, d'unes ràtios d'ocupació més elevades i d'unes plantilles molt més ajustades, amb uns salaris baixos i menys capacitat general de resposta davant la situació epidèmica produïda.

En tot cas, una de les coses sobre les quals ben segur ens ha de fer reflexionar la crisi de la COVID-19 és el model d'atenció de la població geriàtrica, que ha demostrat que funcionava sense protocols clars per evitar el greu efecte d'una epidèmia vírica com la que ens ocupa i, que, possiblement, caldrà plantejar-se la reorganització de les condicions generals d'aquests centres a fi d'assegurar que no hi torna a haver contagis massius en el futur (p. ex., habitacions individuals, àrees aïllades, equips de protecció individual i de desinfecció per a tots els treballadors i usuaris, protocols d'aïllament i regulació de visites en cas de detecció de malalties infeccioses de transmissió comunitària, etc.).

Gràfic 10 | Casos de COVID-19 confirmats simptomàtics per principals categories d'afectats i illa. 21/07/2020



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

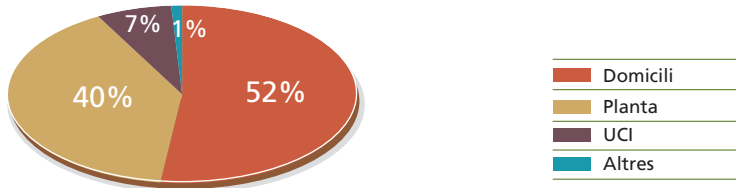
5.7. Tractament rebut pels malalts de la COVID-19 a les Illes Balears

Un dels temes que interessa analitzar és on han hagut de rebre tractament els pacients de COVID-19. Com sabem ara, uns dels problemes que causa la COVID-19, en un percentatge significatiu de casos, és la necessitat de rebre assistència hospitalària i, d'aquests, també una xifra prou elevada, ha de ser ingressat a l'UCI perquè necessita respiració assistida i altres teràpies per ajudar a superar la infecció, cosa que, com sabem, no s'ha aconseguit en molts de casos perquè no hi ha un tractament que s'hagi demostrat realment eficaç davant aquesta malaltia. Precisament fou la necessitat de respiradors que alarmà durant la fase inicial de l'epidèmia, ja que, en les zones més afectades, la demanda podia arribar a superar la disponibilitat d'equips, a banda que,

mirant les circumstàncies, no se'n podien adquirir en el mercat internacional per la demanda multinacional existent i les mateixes restriccions d'exportació dels països fabricants.

No fou la situació de les Balears, però, en zones més afectades, la saturació de les UCI i dels hospitals determinà la implantació de criteris de tractament, que passaven per una avaluació de les possibilitats de supervivència dels pacients davant la necessitat de decidir a qui assignar un recurs disponible. Un d'aquests criteris fou l'edat, a banda d'altres circumstàncies de salut individuals que es poguessin considerar. Aquests criteris expliquen, almenys en part, les elevades taxes de defunció registrades en els centres geriàtrics.

Gràfic 11 | Àmbit de tractament dels malalts de COVID-19.
Dades acumulades 17/07/2020



Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID. Dades acumulades fins 17/07/2020

Sigui com sigui, dels malalts de COVID-19, la meitat (si fa no fa) presentaren simptomatologia prou lleu com per poder ser tractats al seu domicili.

En segon lloc, 4 de cada 10 malalts hagueren de rebre assistència especialitzada en un centre hospitalari.

I, finalment, devers el 7% dels malalts veieren seriosament compromesa la seva salut, fins al punt d'ingressar en les unitats de més control: les unitats de cures intensives. I, a més, amb unes estades que s'han perllongat en determinats casos durant molts de dies i, fins i tot, setmanes, com hem pogut veure per la televisió.

Fent un petit incís, malgrat que no tenim xifres concretes, i d'acord amb les informacions que van apareixent esporàdicament, pendents d'estudis científics globals, s'ha de dir que, un cop superada la COVID-19, molts malalts s'enfronten a un període de convalescència més o menys llarg, i que alguns presentaran (o poden presentar) seqüeles a llarg termini (afectacions pulmonars, renals, pancreàtiques... Val a dir que,

tot i que s'ha avançat molt en el coneixement de la COVID-19, molts són encara els aspectes que s'han d'analitzar.

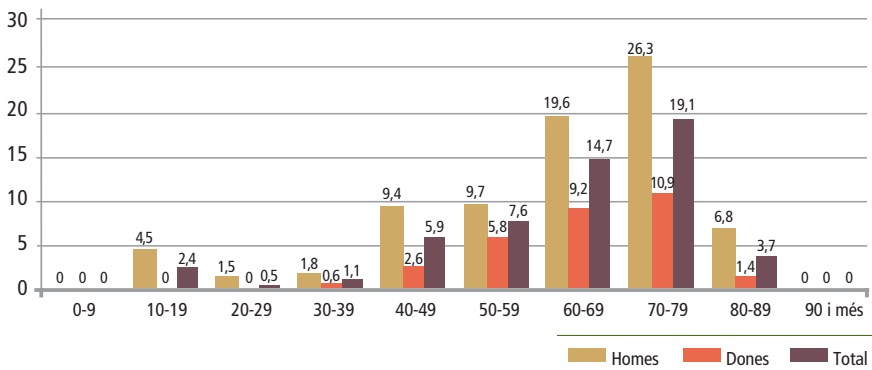
L'informe de seguiment de la COVID-19, publicat periòdicament pel Servei d'Epidemiologia, ens ofereix el percentatge ingressos en UCI per grups d'edat i sexe sobre el total de casos simptomàtics confirmats per grup i sexe. D'aquestes dades podem treure unes conclusions molt evidents: 1. Hi ha una relació clara entre edat i l'agreujament de la situació de salut causada pel coronavirus que condueix a més ingressos a UCI, en principi, i a un augment percentual de les defuncions, com ja hem vist en epígrafs anteriors.

2. La proporció d'ingressos és més elevada entre els homes que entre les dones, ja que és evident que la COVID-19 afecta de manera més greu el sexe masculí i aquesta situació es dona en tots els grups d'edat, des de població púber i adolescent fins a població d'edat molt avançada.

3. Aquest gràfic ens fa canviar la idea que moltes persones tenen que els ingressos a UCI són exclusius de persones d'edat avançada i, tot i que és cert que amb l'edat hi ha més probabilitats que la infecció s'agreugi i que s'arribi al punt d'haver d'ingressar en cures intensives, també és cert que persones joves o molt joves han hagut de necessitar aquest tractament.

4. És significatiu que a partir de 80 anys baixa significativament l'ingrés en UCI, i també la manca d'ingressos de persones de més de 90 anys.

Gràfic 12 | Percentatge de casos que han necessitat ingrés en UCI, per grups d'edat i sexe. Casos COVID-19 confirmats simptomàtics. 21/07/2020

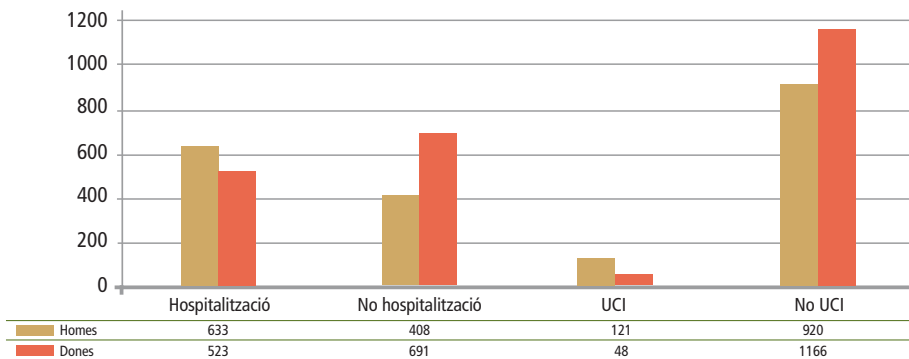


Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

El Servei d'Epidemiologia ens mostra de manera molt clara i gràfica que entre els pacients simptomàtics confirmats hi ha una clara bretxa de gènere, negativa en aquest cas per als homes, tant pel que fa a hospitalitzacions com a estades en UCI. Pel que fa a les hospitalitzacions, 523 dones simptomàtiques confirmades han estat hospitalitzades, xifra que suposa un 43% dels casos femenins confirmats, mentre que els homes hospitalitzats han estat 633: més del 61% dels pacients simptomàtics confirmats masculins. La diferència és molt significativa i la proporció d'hospitalitzats i no hospitalitzats s'inverteix, segons el sexe que considerem; aquesta relació és molt negativa per als homes, que han patit un percentatge considerablement més important d'ingressos. Tant és així, que hi ha molts més homes que han necessitat un ingrés hospitalari per superar la infecció vírica que els pacients simptomàtics masculins confirmats que han pogut recuperar-se de manera extrahospitalària.

Una situació similar la trobem quan analitzem els casos simptomàtics confirmats que han necessitat l'ingrés a les unitats de cures intensives. Així, de les 1.214 dones confirmades simptomàtiques per COVID-19, només 48 (un 4% del total) han necessitat ingressar en les unitats de cures intensives; mentre que els ingressos en UCI entre els homes han pujat a 121 casos (un 12% dels casos masculins).

Gràfic 13 | *Casos simptomàtics confirmats de COVID-19, segons si han hagut de ser hospitalitzats o ingressats en UCI, per sexe. 21/07/2020*



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

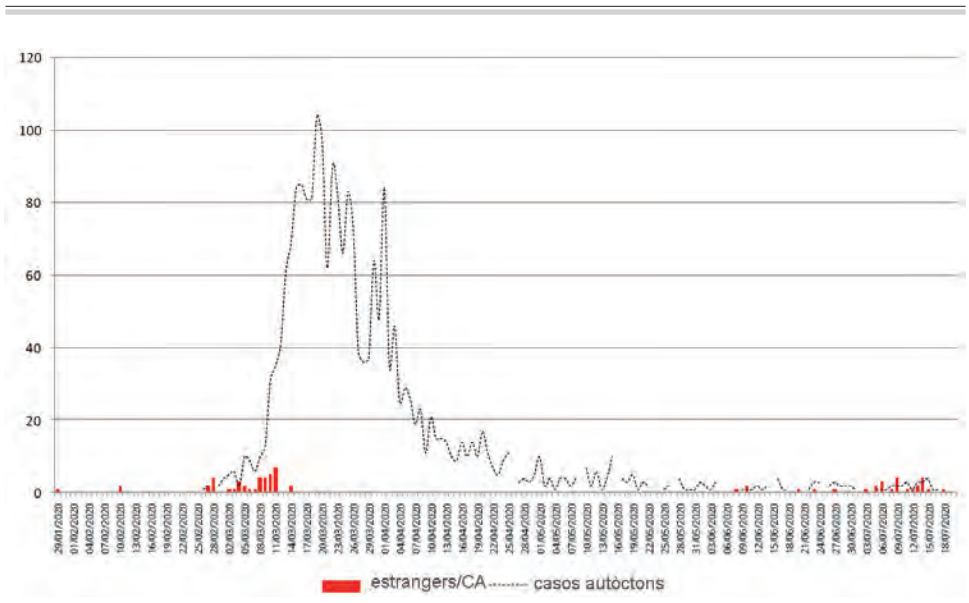
En definitiva, vistes les estadístiques de què disposem, la variable de sexe és determinant per valorar la possibilitat que el procés causat per la COVID-19 generi problemàtiques importants que determinin l'ingrés en un centre hospitalari, en primer terme, i el pas a

teràpies intensives. Els homes, segons distintes circumstàncies que hauran de valorar-se i que són probablement multifactorials (patologies derivades d'hàbits de vida, factors genètics i hormonal, patologies prèvies...), presenten més probabilitats de presentar complicacions de la COVID-19 que determinen també més necessitats assistencials, ja siguin ingressos en planta o teràpies respiratòries i mèdiques pròpies de les UCI.

5.8. Les corbes epidèmiques de la COVID-19 a les Illes Balears

No podíem deixar aquest article sense mostrar, a través d'alguns dels gràfics que ens ofereix el Servei d'Epidemiologia de la Conselleria de Salut i Consum del GOIB en el seu informe epidemiològic, l'evolució de la situació epidèmica que hem viscut i que vivim a causa del SARS-CoV-2. I dic que vivim perquè convé que recordem que allò que anomenaven «nova normalitat», que és ara, és una situació de convivència amb el virus que ens obliga a estar permanentment vigilants i a observar les mesures recomanades per intentar evitar que els nous brots epidèmics que es detecten (i es continuaran detectant) no es converteixin en punts descontrolats que provoquin situacions com les que conduïren a la declaració de l'estat general d'alarma i al confinament de la població.

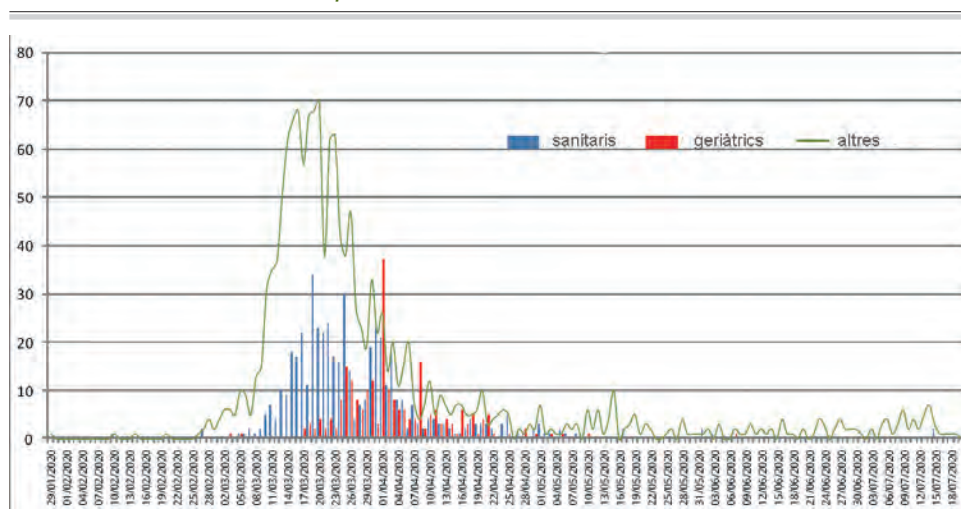
Gràfic 14 | *Casos simptomàtics confirmats per data d'inici dels símptomes. 21/07/2020*



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

La situació canvià a final de febrer i sobretot a l'inici de març, en què es registrà una progressió geomètrica en la xifra de casos detectats i una gran pressió sobre el sistema sanitari, que hagué de destinar tots els recursos disponibles a atendre el brot epidèmic i reduir les activitats assistencials destinades a altres pacients. Lentament, s'ha anat recuperant després dels moments àlgids viscuts sobretot als mesos de març, abril i, en menor mesura, el maig.

Gràfic 15 | *Casos simptomàtics confirmats per data d'inici dels símptomes i classe de personal afectat. 21/07/2020*



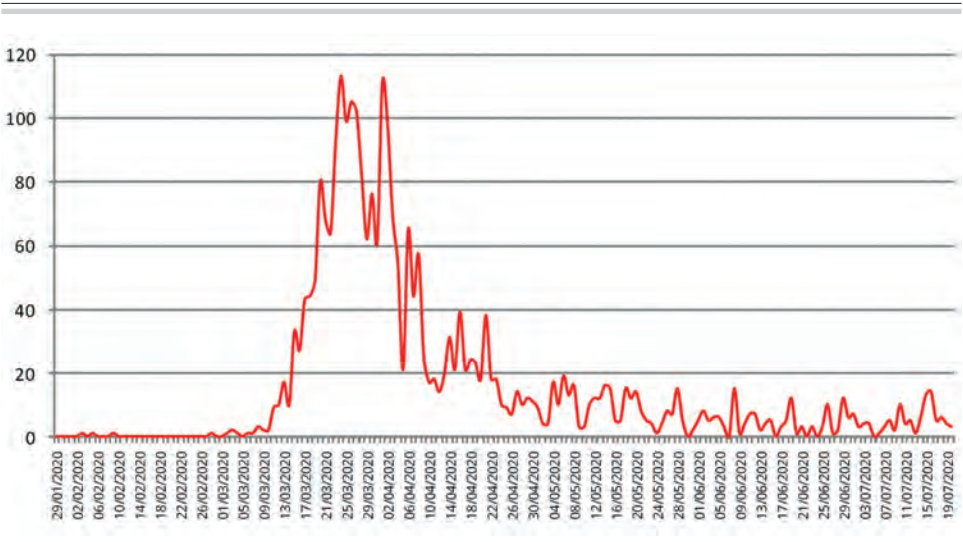
Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Troben especialment interessant el gràfic que ens mostra els casos confirmats per classe de personal afectat —que hem pres directament de l'informe epidemiològic perquè no tenim accés a les dades originals desagregades—, ja que ens mostra el dramatisme viscut a l'inici de l'onada epidèmica de final d'hivern i principi de primavera del 2020. Una quantitat molt important de professionals dels centres sanitaris i sociosanitaris s'infectaren pel desconeixement de l'abast i els efectes del virus i la manca d'equips de protecció, protocols específics i mitjans de desinfecció adequats, entre d'altres factors. Així mateix, s'aprecia com el virus colpejà amb gran virulència els usuaris de les residències geriàtriques, sobretot entre mitjan març i mitjan abril. Tampoc els centres geriàtrics no estaven preparats quant a materials de protecció i desinfecció, protocols d'actuació i formació del personal, entre d'altres elements. Cal recordar que, en aquells moments, els països fabricants acumulaven materials (respiradors, màscares, guants, EPI, gel hidroalcohòlic...) i en nacionalitzaven les produccions, i els països competien

en els mercats internacionals per poder-ne importar. Aquesta situació es perllongà i explica, almenys en part, la xifra tan elevada de contagis entre el personal sanitari i assistencial.

Sembla evident, però, que la situació actual, com a mínim en aquest sentit, ha millorat de manera considerable, i els serveis sanitaris i sociosanitaris disposen de reserves materials per fer front a la tasca diària amb el virus, així com de protocols d'actuació. El mateix podríem dir dels centres geriàtrics, que, com a mínim, s'han dotat de certa capacitat de reacció davant l'amenaça de noves revifades epidèmiques, com ara l'increment del control sobre les visites, la desinfecció de mercaderies i qualsevol element que entri als recintes, uns protocols estrictes d'higiene del personal, etc.

Gràfic 16 | *Casos confirmats per data de diagnòstic del laboratori.*
21/07/2020



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

El gràfic permet veure que la corba de contagi de l'anomenada «primera onada epidèmica» fa temps que ha quedat enrere, però és cert que es continuen detectant nous casos i que, d'ençà de l'obertura de les Illes cap a l'exterior, han augmentat els casos importats procedents de l'estranger i altres comunitats autònomes, tot i que el virus encara era (i és) present a l'arxipèlag.

Aquestes circumstàncies ens conviden a ser prudents, a seguir totes les recomanacions sanitàries i a tenir especial cura en cas d'entrar en els grups de més risc, entre els quals, com ha quedat demostrat a l'article, es troba de manera molt destacada el col·lectiu de la tercera edat.

5.9. Els brots epidèmics detectats

De brots epidèmics, definits com «el conjunt de tres o més casos en què hi ha un nexa de contacte en períodes compatibles amb el període d'incubació de la malaltia», n'hi ha hagut de diversos.

Data	Casos	Asimptomàtics	Simptomàtics	Hospita-litzats	Morts	Origen	Àmbit	Illla
16/03/2020	6	0	6	2	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
04/05/2020	7	0	7	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
12/05/2020	3	0	3	2	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
18/05/2020	13	10	3	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
21/05/2020	3	3	0	0	0	Illes Balears	Laboral	Mallorca
02/06/2020	4	3	1	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
04/06/2020	7	5	2	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
11/06/2020	9	5	4	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
13/06/2020	4	2	2	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
18/06/2020	4	2	2	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
20/06/2020	5	4	1	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
22/06/2020	4	3	1	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
23/06/2020	10	7	3	0	0	Illes Balears	Familiar	Pitiüses
03/07/2020	4	2	2	1	0	Alemanya	Laboral	Mallorca
05/07/2020	3	1	2	0	0	Bolívia	Comunitari	Mallorca
06/07/2020	3	1	2	0	0	Múrcia	Familiar	Menorca
07/07/2020	3	0	3	0	0	Catalunya	Familiar	Mallorca
09/07/2020	6	6	0	0	0	Extremadura	Familiar	Mallorca
11/07/2020	3	0	3	1	0	Illes Balears	Familiar	Menorca
11/07/2020	8	3	5	0	0	Illes Balears	Laboral	Pitiüses
14/07/2020	4	3	1	0	0	Illes Balears	Domiciliari	Mallorca

Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

En total, s'han detectat, segons dades actualitzades el dia 21 de juliol de 2020, 21 brots acumulats, que han implicat 113 casos; dels quals 53 foren simptomàtics i

60 asimptomàtics. Els brots generaren necessitat d'hospitalització en 6 casos i no causaren cap defunció.

Destaca que l'àmbit de contagi és principalment el familiar, i a molta distància hi ha els contagis en l'àmbit laboral, comunitari i domiciliari sense nexa familiar.

Així mateix, d'ençà de l'obertura de les Illes al trànsit de passatgers amb altres comunitats autònomes i l'estranger, s'han detectat brots epidèmics generats per casos exteriors, sobretot d'altres comunitats autònomes (Múrcia, Extremadura i Catalunya) i també de l'estranger (Bolívia i Alemanya).

En tot cas, la ràpida detecció d'aquests brots ha permès, almenys de moment, que els focus siguin relativament poc nombrosos i que no s'hagin produït xifres elevades d'expansió dels contagis.

La situació actual, de fort descens de la xifra de viatgers i de l'activitat turística en general, afavorida per la situació epidèmica global, sembla que pot contribuir, des de l'aspecte sanitari, que es redueixin les possibilitats de contagi per importació de focus exteriors.

Tot i així, cal destacar la feina dels professionals sanitaris en les tasques no només de tractament dels malalts de la COVID-19 sinó també de detecció primerenca i seguiment dels casos, un instrument sens dubte imprescindible per afrontar amb èxit l'etapa prèvia a la trobada d'una vacuna eficaç que es pugui estendre a un conjunt ampli de la població.

6. Conclusions

- La COVID-19 ha generat, de manera totalment inesperada, una pandèmia a escala global que, lluny de trobar-se en fase de control, està en una situació de progressió a final de juliol de 2020.
- Des dels inicis, a final de 2019, a la regió xinesa de Wuhan, el virus responsable, el SARS-CoV-2, un coronavirus que s'ha transmès des d'un animal salvatge a l'ésser humà, s'estengué sense control i sense que fos detectat, primer per Europa i després per altres àrees del planeta (continent americà, Àfrica...), on actualment se situen els punts més problemàtics quant a infeccions i defuncions (sobretot, als EUA i al Brasil).
- Sense una vacuna eficaç, l'anomenada «nova normalitat» és un període de vigilància permanent en què les mesures de distància social, higiene de mans i ús

de la màscara s'han de mantenir a fi que els rebrots que es detecten no impliquin nous processos epidèmics descontrolats com els que hem viscut a l'Estat espanyol, i que obligaren a declarar l'estat d'alarma des de mitjan març fins a la tercera setmana del mes de juny.

- La COVID-19 no només ha suposat un greu problema de salut pública, sinó un impacte econòmic brutal sobre l'economia mundial, sense que encara se'n puguin determinar les conseqüències a mig termini; dependran, en bona part, de les possibles onades epidèmiques posteriors i del temps que es tardi a descobrir, produir i aplicar una vacuna efectiva per a bona part de la població.
- L'impacte econòmic ha estat especialment intens en els països com Espanya, Itàlia o França, que tenen una economia que depèn, de manera considerable, del sector turístic. El mateix es pot dir de les regions com l'arxipèlag balear, amb un sector terciari fortament caracteritzat pel pes de la indústria turística.
- Des d'un punt de vista sanitari, la COVID-19 ha tensat fins a l'extrem el sistema sanitari de molts dels països i, particularment, d'aquells que, com l'Estat espanyol, hi havien hagut de destinar menys recursos, ateses les polítiques de control pressupostari que la Unió Europea havia aplicat a canvi de l'ajuda financera rebuda després de la gran crisi financera global de 2008.
- Tot i que una part dels infectats són asimptomàtics, un percentatge considerable de malalts de la COVID-19 necessiten assistència hospitalària, i una altra part necessita ingressar a l'UCI per rebre ventilació assistida i altres procediments intensius.
- Hi ha una relació molt directa entre l'edat i la probabilitat que els malalts simptomàtics de COVID-19 vegin greument compromès el seu estat de salut. A partir de 60 anys, les probabilitats de patir una afectació greu de salut per efecte de la COVID-19 es disparen exponencialment, així com la probabilitat de defunció.
- Les dades mostren que el sexe també és un element que incideix directament en la probabilitat de patir efectes més greus de la COVID-19 i d'experimentar unes taxes de letalitat més elevades. Així, la COVID-19 presenta efectes més greus en els homes que entre les dones. L'explicació es podria trobar en factors genètics o hormonals, d'hàbits tòxics més freqüents entre els homes (com el tabaquisme o el consum d'alcohol) o una prevalença més elevada de determinades afeccions (hipertensió, diabetis...). Encara hi ha molts aspectes de la COVID-19 que no són prou coneguts i que s'investiguen, com la probabilitat que pugui afectar les persones d'un determinat grup sanguini més que les d'altres.

- En els moments epidèmics àlgids de la COVID-19 a les Illes Balears (març i abril), dos grups n'han estat particularment afectats. D'una banda, el personal sanitari i sociosanitari i, de l'altra, les persones de la tercera edat residents en centres per a persones grans. Mentre que en el primer grup la xifra d'infectats ha estat particularment elevada, entre el segon grup no només la xifra d'infectats ha estat molt destacable, sinó que entre els malalts s'ha registrat un elevat índex de mortalitat. De les 230 defuncions confirmades per COVID-19 a l'arxipèlag, 73 han estat d'usuaris de residències geriàtriques. La manca de coneixements inicials sobre la malaltia, la inexistència de protocols específics i la manca de recursos materials imprescindibles (equips de protecció individual com màscares, guants, EPI, desinfectants...) i la impossibilitat d'adquirir-los per la gran demanda generada internacionalment expliquen, almenys en part, aquesta situació. Cal esperar que hi hagi prou dotació de recursos materials i tècnics, a banda que l'experiència acumulada pel personal sanitari i assistencial serveixi per fer front amb més garanties i menys impacte les noves onades epidèmiques, en cas que se'n produeixin en el futur.
- La gran incidència d'infectats i les defuncions registrades als centres geriàtrics de les Illes Balears han de servir per implantar-hi protocols i dotar-los de mitjans personals i materials suficients, a fi d'evitar situacions similars en el futur.
- El coneixement de les greus repercussions de la COVID-19 en el col·lectiu de la tercera edat ha de servir per mantenir, en la fase de l'anomenada «nova normalitat», la vigilància i les mesures d'higiene, precaució i distància social recomanades no tan sols entre els membres d'aquest col·lectiu sinó en tota la societat. Hem de ser conscients que tothom pot convertir-se en vector de contagi i provocar greus situacions de salut entre les persones de més edat.
- Tot i que és certa la relació directament proporcional entre edat i probabilitat de patir una afecció greu derivada de la COVID-19, també és cert que s'han registrat casos d'afectacions greus de salut entre població relativament jove i, fins i tot, alguna defunció.
- La situació actual, en què s'han detectat múltiples focus de COVID-19 i àrees en què torna a haver-hi transmissió comunitària a l'Estat espanyol, ha de servir per mantenir la tensió i prendre les mesures personals per evitar la possibilitat que es produeixin situacions com les viscudes a les Illes als mesos de març i abril, tot esperant que els científics trobin una vacuna eficaç i segura tan aviat com sigui possible.
- Per acabar, vull transmetre un missatge positiu: crec que no hi ha dubte que aviat disposarem d'una o més vacunes efectives que permetran que aquesta pandèmia

quedi, en un termini relativament curt, com una experiència molt dolorosa i impactant però, al cap i a la fi, un episodi puntual de la història de la humanitat. Una experiència que ha servit a moltes persones per valorar els aspectes més importants i transcendents de la vida. I que també ha servit per valorar el sacrifici, l'entrega i el treball envers els altres que moltes persones efectuen de manera habitual a la societat: el personal sanitari i els treballadors públics en general, i el voluntariat i la solidaritat de moltes persones que, de manera desinteressada, s'han implicat per ajudar els veïnats o altres persones que patien dificultats especials durant l'epidèmia.

Referències bibliogràfiques

1. Fonts de dades

1.1. Dades mundials

Web informatiu de l'Organització Mundial de la Salut. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard

<https://covid19.who.int/>

Web informatiu amb dades mundials de la Universitat Johns Hopkins

<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd-40299423467b48e9ecf6>

1.2. Dades de l'Estat espanyol

Pàgina general sobre la COVID del Ministeri de Sanitat

<https://cnecovid.isciii.es/>

Web sobre la COVID del Ministeri de Sanitat

<https://cnecovid.isciii.es/covid19/>

Sistema de vigilància de la mortalitat diària (MoMo). Instituto Carlos III. Ministeri de Ciència i Innovació. Govern d'Espanya

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MoMo.aspx>

Estudi nacional de seroepidemiologia de la infecció per SARS-CoV-2 a Espanya (ENE-COVID)

<https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/home.htm>

1.3. Dades de les Illes Balears

Web informatiu sobre la COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB. Casos actius i resum de dades

<https://covid19ib.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c1cde29b86bd431287fd4225bb4193a4>

Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

https://www.caib.es/sites/epidemiologia/ca/coronavirus_2019-ncov/

2. Reials decrets

Reial decret 463/2020, de 14 de març, de declaració de l'estat d'alarma en tot el territori nacional per a la gestió de la crisi sanitària ocasionada pel COVID-19, modificada pel Reial decret 465/2020, de 17 de març.

Reial decret 476/2020, de 27 de març, de pròrroga de l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 12 d'abril.

Reial decret 487/2020, de 10 de abril de 2020, que prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 26 d'abril.

Reial decret 492/2020, de 24 d'abril, que prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 10 de maig de 2020.

Reial decret 514/2020, de 8 de maig, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat fins a les 00 hores del 24 de maig de 2020.

Reial decret 537/2020, de 22 de maig, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat pel Reial decret 463/2020, de 14 de març, fins a les 00 hores del 7 de juny de 2020.

Reial decret 555/2020, de 5 de juny, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat pel Reial decret 463/2020, de 14 de març, en què es declara l'estat d'alarma per a la gestió de la situació de crisi sanitària ocasionada per la COVID-19.

3. Altres fonts

Secció d'*El País* dedicada al coronavirus

<https://elpais.com/sociedad/crisis-del-coronavirus/?rel=friso-portada>

Dossier dedicat a la pandèmia de la COVID-19. *Ara Balears*. Dissabte, 23 de maig de 2020. Secció de Salut

<https://www.arabalears.cat/salut/>

Conferència del doctor Reina. Cap del Servei de Virologia. Hospital Son Espases. 6 de febrer de 2020

<https://www.youtube.com/watch?v=Tx76vbfJHRQ>

Entrevista. Juan Ayllón. Director de l'Àrea de Medicina Preventiva i Salut Pública. Universitat de Burgos. 4 de febrer de 2020

<https://www.youtube.com/watch?v=AhJpNEfIFYo>

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó, (1965). Geògraf. Ha publicat diversos llibres i articles sobre la geografia i la demografia de les Illes Balears. Entre els llibres destaquen *L'epidèmia de grip de l'any 1918 a les Illes Balears*, El Tall (1991, 219 pp.); *Geografia de les illes Balears*, Lleonard Muntaner Editor (1997, 337 pp.) i la recent *Geografia de les illes Balears. Física i ambiental*, Lleonard Muntaner Editor (2018, 548 pp.). Durant alguns anys, ha estat coautor del capítol de sanitat de *l'Informe econòmic i social*, de Sa Nostra, i del capítol sobre demografia de la *Memòria econòmica i social* del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. En el camp de l'envelliment, destaquen —a banda d'altres— els articles publicats a *l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*: «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural» (Anuari 2010, 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears» (Anuari 2011, 21-77); «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística» (Anuari 2012, 49-76); «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2013, 103-141); «Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat» (Anuari 2014, 153-182); «Recuperar la llengua del cor: el coneixement i l'ús de la llengua catalana de la població de 65 i més anys a les Illes Balears» (Anuari 2015, 25-62); «Un perfil aproximat de la població de la tercera edat a les Illes Balears. Indicadors estadístics bàsics» (Anuari 2016, 31-94) i «Una aproximació al patró actual de la mortalitat general i de la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2017, pp. 49-81) i «Eutanàsia: el dret a decidir el moment de morir» (Anuari 2019, pp. 431-461). En el camp de la narrativa ha publicat *Contes contemporanis (1.0)*, Lleonard Muntaner Editor, 2015, 160 pp.