

EL SISTEMA DE SALUD POSCRISIS DE LA COVID-19

Consejo Asesor de Salud

Abril de 2020

Ampliación de recomendaciones. Julio de 2020

Coordinación:

Secretaria tècnica del Consell Assessor de Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Redactores:

Carme Planas-Campmany. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Iria Caamiña-Cabo. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Elena Calvo-Valencia. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Algunos derechos reservados

© 2020, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

La licencia se puede consultar en la página web de Creative Commons.

Primera edición:

Barcelona, julio 2020.

Asesoramiento lingüístico:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5613>

El encargo al Consejo Asesor de Salud

El Consejo Asesor de Salud, como órgano consultivo, tiene el encargo de repensar y reorientar cuál es el modelo que queremos, a medio y largo plazo, que plantee cómo tendría que ser el sistema de salud poscrisis de la COVID-19.

Alba Vergés, consejera de Salud

La visión del Consejo Asesor de Salud

El Consejo se tiene que centrar en la elaboración de recomendaciones que orienten al modelo asistencial poscrisis, previsto siempre como parte esencial de un sistema de salud centrado en las personas y en las comunidades, que tiene que dar una respuesta integral e integrada a sus necesidades, en un contexto de posibilidades ilimitadas, pero de recursos limitados.

Manel Balcells, presidente del Consejo Asesor de Salud

Índice

1. Introducción	4
2. Breve análisis y aprendizajes derivados de la crisis.....	6
2.1. Aspectos éticos de la gestión y actuación en la pandemia	8
2.2. Transformaciones identificadas antes de la crisis y que se mantienen válidas.....	11
3. Visión del Consejo Asesor de Salud	13
4. Recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la poscrisis de la COVID-19	15
4.1. Respuesta al impacto inmediato.....	18
4.2. Ciudadanía	23
4.3. Profesionales	25
4.4. Organizaciones.....	28
4.5. Sistema	37
5. Bibliografía.....	58
6. Composición del Consejo Asesor de Salud.....	60

1. Introducción

El impacto de la pandemia mundial de la COVID-19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2, todavía está por determinar. A pesar de la persistencia de incertidumbres, es imprescindible empezar a hacer balance y construir un futuro más allá de esta crisis.

La globalización ha sido clave en la propagación del virus, que ha afectado a la salud de las personas en particular y de la comunidad en general por todo el mundo. Al mismo tiempo, ha provocado un impacto sobre los aspectos sociales y económicos que también ha ido adquiriendo una dimensión global.

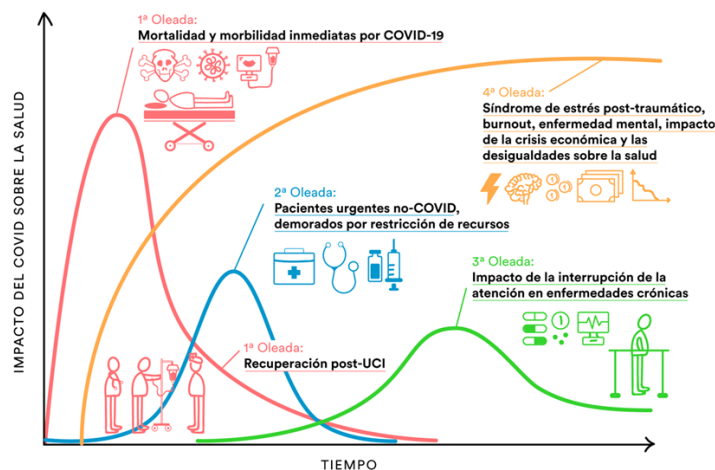
En este contexto de emergencia sanitaria, la crisis de la COVID-19 ha evidenciado la fragilidad de nuestro sistema sanitario, y ha puesto de manifiesto que hay reformas del sistema de salud y bienestar que hace años que esperan y que ya no pueden esperar más. También se ha puesto de manifiesto la bondad de un sistema sanitario de acceso universal y la importancia de la intervención pública de la gestión de los recursos del conjunto del sistema.

El futuro inmediato del momento previo al estallido de la COVID-19 ya preveía un escenario con una ciudadanía cada vez más formada, exigente y autónoma; profesionales del ámbito de la salud más flexibles, que tendrían que trabajar en entornos multiprofesionales y encontrar el equilibrio entre la superespecialización, la especialización y la mirada generalista, y unas organizaciones, también más flexibles, que tendrían que trabajar como parte de una red de redes interconectadas. En este sentido, esta crisis ha acelerado la implicación y corresponsabilización de las personas y comunidades, así como la flexibilización necesaria de las organizaciones y profesionales, estos cada vez más exigentes y legitimados por la ciudadanía.

En un artículo reciente (Meneu R, et al., 2020), expertos en economía y salud han descrito el impacto de la COVID-19 en cuatro oleadas (figura 1). Las consecuencias a corto y a medio plazo requieren respuestas inmediatas. Las primeras consecuencias, la mortalidad y la morbilidad inmediatas provocadas por la COVID-19, están siendo afrontadas ahora por el sistema sanitario y tendrán implicaciones para las comunidades —especialmente para los colectivos que se encuentran en un contexto de vulnerabilidad— y sobre los profesionales y organizaciones del ámbito sanitario y social. Posteriormente, las oleadas segunda y tercera

se irán incrementando a medida que se recupere la capacidad de la actividad del sistema no relacionada con la COVID-19. Para hacer frente a ello, se está iniciando el proceso de reactivación de la atención más urgente a las personas que presentan otros problemas de salud —que se habría retrasado por la restricción de los recursos—, y la atención interrumpida a las personas con enfermedades crónicas. Ello conllevará un empeoramiento del estado de salud y, posiblemente, de las condiciones de vida de las personas cuya atención ha sido demorada. Por último, se describe una cuarta oleada, sin picos, pero sostenida en el tiempo y con un impacto transversal. En esta última oleada, se prevé un aumento de casos de síndrome de estrés postraumático, síndrome de agotamiento (*burn-out*) y enfermedades mentales, así como el impacto de la crisis económica y el aumento de las desigualdades en salud, que afectará a una parte muy importante de la población.

Figura 1. Impacto de la COVID-19 sobre la salud (cuatro oleadas), AES, abril 2020



Meneu R, Ortun V, Padrón S, González B, Hernández I, Ibern P. La salida: Mejorar la capacidad de respuesta sanitaria (y social). Blog Economía y Salud, AES. 19 abril 2020. Disponible en: <http://www.aes.es/blog/2020/04/19/la-salida-mejorar-la-capacidad-de-respuesta-sanitaria-y-social/>

Es necesario estar muy atentos para ver cómo evoluciona la situación, prever escenarios y avanzar con medidas proactivas centradas en las personas y las comunidades, los profesionales y las organizaciones que permitan paliar sus efectos. Al mismo tiempo, se tiene que reemprender la actividad del sistema de salud y bienestar sobre la base de los principios de equidad, calidad y eficiencia, para garantizar la gestión pública de la atención a las necesidades sociales y sanitarias de las personas. También hay que realizar un debate y una reflexión ética sobre determinadas medidas que afectan a la libertad individual respecto del bien común. Este debate va más allá de las competencias en salud, pero ha sido en el marco de una crisis sanitaria donde se ha puesto claramente de manifiesto.



El Consejo Asesor de Salud (CAS), órgano de asesoramiento del Departamento de Salud, ha realizado una valoración inicial sobre cómo se debe orientar el sistema sanitario en la etapa poscrisis de la COVID-19. Esta valoración se ha construido a partir de un breve análisis crítico y del aprendizaje de la experiencia con el fin de aplicarlo en el futuro.

2. Breve análisis y aprendizajes derivados de la crisis

El breve y ágil análisis de la crisis sanitaria que estamos viviendo nos conduce a realizar un ejercicio de humildad y crítica, y a poner el énfasis en el aprendizaje de la experiencia con el fin de anticiparnos y aplicarlo en futuras crisis.

Globalmente, el aprendizaje de los errores recae en el hecho de haber infravalorado inicialmente los brotes, posteriormente la epidemia y, finalmente, la pandemia. Los organismos internacionales, como la OMS, los estados y las organizaciones científicas y académicas se enfrentaban a una enfermedad no conocida y, por lo tanto, imprevisible.

No obstante, también se ha avanzado y se han tomado decisiones efectivas para hacer frente a una emergencia de gran impacto en la salud. Las decisiones han sido tomadas tanto colectivamente, desde la gobernanza, como individualmente, en el día a día de cada uno de los profesionales y de la ciudadanía.

El CAS pone el foco en las cuestiones relevantes en relación con la protección, la prevención, la atención, la gestión, la planificación y los aspectos éticos de la gestión y actuación en la pandemia.

No podemos obviar que la declaración del estado de alarma por parte del Estado español y la consiguiente centralización de la gestión de la crisis, de la estrategia epidemiológica y de la gestión de la compra de material han condicionado, y mucho, la capacidad del Gobierno de la Generalitat y, por lo tanto, del Departamento de Salud, a la hora de tomar decisiones.

En este contexto, el CAS ha identificado varias fortalezas y debilidades de nuestro sistema que han tenido impacto en la gestión de la crisis.

- Entre las fortalezas, destacan:
 - La solidaridad de la ciudadanía, especialmente con respecto al gran esfuerzo que ha realizado en el confinamiento, con todas las dificultades que ello conlleva.
 - La solidaridad y flexibilidad de los profesionales para adaptar su día a día para afrontar la COVID-19.
 - La capacidad de adaptación y flexibilización del sistema ante las crisis. El esfuerzo llevado a cabo para reorganizar los centros sanitarios de todo el territorio y transformarlos en centros COVID-19. También el incremento de la capacidad en número de camas de críticos y la transformación de equipamientos varios en hospitales de campaña. Paralelamente, se han generado protocolos nuevos y diversos, pero con variabilidad territorial.
 - El potencial de las herramientas digitales.
 - El rol de la atención primaria y comunitaria en la resolución, la contención y la monitorización de la enfermedad, con un papel fundamental de la atención en el domicilio y la teleasistencia.

- A pesar de las fortalezas del sistema de salud ante la crisis, también se han identificado debilidades:
 - Ausencia de protocolos y pautas rigurosas, como también de consenso, sobre todo supraterritorialmente, para hacer frente a varios aspectos de la situación de crisis, especialmente en:
 - La priorización de recursos, cuando estos son limitados y tendrían que llegar de forma equitativa a todo aquel que los necesitara.
 - La atención al proceso del final de la vida.
 - Carencia de integración asistencial en los ámbitos de la salud y social que se evidencia por una coordinación mejorable en el territorio.

- Deficiencias en el análisis y previsión de la importancia de la pandemia, con poca coordinación entre los servicios de protección de la salud, la capacidad de respuesta de la red territorial y municipal de salud pública y el sistema asistencial de salud.
- Carencias importantes para la salud pública, como la falta de disponibilidad de las pruebas para diagnosticar la enfermedad y de los equipos de protección individual (EPI).
- Falta de un liderazgo científico-técnico consensuado, autorizado y reconocido del ámbito de la salud, visible como referente del sistema de salud.
- Carencia de previsión de la afectación de la COVID-19 en el sistema de residencias de personas mayores y de personas con discapacidad, con el fin de prevenir contagios y dotar a estos centros de recursos para afrontarlo.

2.1. Aspectos éticos de la gestión y actuación en la pandemia

Los aspectos éticos, que impregnan el conjunto del sistema, se recogen esencialmente en los siguientes cuatro ejes que se han considerado importantes:

- **Los criterios éticos en la priorización de recursos cuando estos son limitados y tienen que llegar a todo aquel que lo necesite**

La priorización se lleva a cabo en el sistema de forma habitual, dado que los recursos siempre son limitados y hay que establecer criterios para determinar el orden de acceso a las listas de espera, por ejemplo.

A raíz de la crisis de la COVID-19, esta carencia de recursos se ha manifestado de forma repentina y masivamente. La afección masiva del virus en la ciudadanía, de carácter muy grave en un cierto número de personas, ha hecho necesario plantearse criterios que ayudaran a los profesionales a determinar las prioridades para acceder a medidas de soporte vital.



Aunque las alianzas y la solidaridad entre sectores han hecho posible que se paliaran las carencias de dispositivos y de instalaciones en un tiempo récord, también ha sido necesario y útil escribir y diseñar criterios de priorización. Se ha dado, pues, la expresión más clara del principio ético de justicia y equidad, en su máximo exponente, por el hecho de tener que decidir quién podría tener más opciones de sobrevivir y quién no, por duro que ello parezca. Es necesario mencionar, sin embargo, que en la práctica estas decisiones han sido minoritarias, seguramente por haberse procurado recursos suficientes para soportar los picos de la crisis.

Con todo, en cuanto a este aspecto han surgido iniciativas de diferentes grupos, como las del Comité de Bioética de Cataluña, las de las sociedades científicas, y otros. Cada uno, con su estilo y posibles aciertos y errores, ha aportado ideas, reflexiones y algoritmos para ayudar a los profesionales en esta difícil tarea. A pesar de la valía de estas iniciativas, la sensación ha sido de falta de coordinación y liderazgo.

Aparte, se ha generado también una inquietud innecesaria a la ciudadanía ante el posible planteamiento de establecer determinados criterios casi como prioritarios, como podría ser la edad de las personas. Estos planteamientos han generado una alarma social, totalmente evitable, entre la población anciana y más vulnerable.

- **El debate ético sobre el acompañamiento de las personas enfermas de COVID-19**

El acompañamiento de las personas enfermas de COVID-19 durante la institucionalización, especialmente en la fase de final de la vida, ha producido desconcierto y falta de criterio claro, que, además, ha variado a lo largo de las semanas. Se inició con la indicación del aislamiento total de las personas enfermas, a pesar de encontrarse en un proceso de final de la vida, y, posteriormente, se fue extendiendo la indicación de permitir el acceso de un familiar para acompañarlas en los últimos días de vida, debidamente equipado y con el compromiso de un confinamiento posterior a la defunción.

Muchas familias han perdido a sus parientes sin poder verlos en las últimas semanas o días de vida, sin poder despedirse de ellos y sufriendo un luto nada fácil. El elemento de casi “inhumanidad” se ha ido modulando a lo largo de los días, a partir de documentos de reflexión que recomendaban un cambio de criterio. Probablemente, vista la experiencia adquirida, se podría convenir que este criterio hubiera sido

adecuado aplicarlo desde el primer momento, y se habría evitado así mucho sufrimiento.

- **La gestión de los datos de salud monitorizados para el control de la enfermedad**

La ciudadanía se ha mostrado totalmente receptiva y colaboradora en las iniciativas públicas con respecto a su propio seguimiento y monitorización, con o sin sintomatología, con el fin de ayudar a recoger los datos epidemiológicos y de evolución de la pandemia.

En este proceso, se ha echado en falta información sobre la gestión de estos datos, sobre las garantías de confidencialidad, sobre el recorrido que tendrán y cómo se podrán utilizar. Hay que tener en cuenta que afectan a derechos fundamentales de las personas y, como mínimo, hay que ser transparentes e informar abiertamente sobre ello.

La gestión de datos de salud siempre va ligada o bien a la investigación o bien a la asistencia. Tanto en un ámbito como en otro, se dispone de estamentos para someterlo a debate cuando se produce un conflicto de valores. En este sentido, se dispone de los comités éticos de investigación y de los comités de ética asistencial. Y, en relación con la gestión de datos masivos (*big data*), también se dispone de un comité de valoración que vela por los aspectos éticos dentro del Programa de analítica de datos para la investigación y la innovación en salud (PADRIS). De la misma forma, pues, en la gestión imprescindible de datos relacionados con la COVID-19, hay que brindar también un marco de seguridad a la ciudadanía y garantizar que se hará un uso éticamente correcto de ellos.

- **Los efectos secundarios para los profesionales sanitarios que han estado afrontado la COVID-19**

El esfuerzo de los profesionales de la salud implicados en la atención a las personas enfermas de COVID-19 ha sido titánico, y se han entregado muy por encima del 100 % en su labor, sin escatimar ni horas ni esfuerzos.

En esta dedicación, el nivel de sufrimiento emocional y físico soportado es también muy elevado y toda esta fortaleza que se ha puesto al servicio de las personas les pasará factura cuando todo vuelva a su ritmo normal.

Es un deber ético y de responsabilidad la gratitud hacia los profesionales haciendo un retorno de su esfuerzo de la forma más eficiente también para el sistema.

2.2. Transformaciones identificadas antes de la crisis y que se mantienen válidas

Antes de la pandemia ya se identificaban transformaciones que todavía hoy se mantienen válidas. Se han vuelto a poner de manifiesto las necesidades del sistema de salud, algunas de manera amplificada, compartidas y publicadas por este Consejo.

Se ha hablado de recurrentemente de la capacidad resolutive de la atención primaria y comunitaria (APyC), especialmente en la atención a las personas con enfermedades crónicas y con riesgo de sufrirlas. También, sobre aspectos de ordenación y planificación de los profesionales, incluida la necesidad de adaptar los roles profesionales. La investigación y la innovación, la telemedicina y la colaboración público-privada también se han previsto. Asimismo, han sido diversas las referencias al modelo residencial, a la corresponsabilización de la ciudadanía, a la cartera de servicios y a la infrafinanciación.

Los nuevos modelos de atención de referencia del modelo sanitario catalán, definidos antes de la crisis de la COVID-19, ya estaban orientados a la comunidad, y se extendían mucho más allá de las paredes de los centros hospitalarios, ya que integraban la APyC, la atención especializada y la atención social. La necesidad de integrar servicios y poner a las personas y comunidades en el centro de la atención está vigente más que nunca, y con especial énfasis en la mejora de la experiencia de los individuos. En este sentido, el sistema de salud y bienestar tiene que poder funcionar con una doble orientación, hacia las personas y hacia las comunidades, desde una perspectiva multidisciplinar.

Otros aspectos prioritarios que todavía se encuentran vigentes y sobre los que hay que seguir trabajando y avanzando en la poscrisis de la COVID-19 son los siguientes:

- La necesidad de seguir trabajando para eliminar las desigualdades en salud, poniendo énfasis en las diferencias socio-económicas y de género.
- El seguir potenciando el envejecimiento saludable y de la accesibilidad equitativa a los servicios de atención social y sanitaria con respecto a los aspectos con impacto en la salud.



- La atención a las personas mayores, a las personas con dependencia y a las personas con problemas de salud no transmisibles (crónicos) —principales problemas de salud prevenibles— siguen siendo un eje estratégico de todas las políticas de salud y sociales.
- El desarrollo continuo del conocimiento y los avances científicos y tecnológicos mantienen la tendencia a una mayor especialización de los profesionales y a la mejora de los tratamientos y procedimientos, con la consiguiente ampliación de opciones a pesar de la limitación de los recursos.
- La necesidad de mejorar la recogida, el análisis y el uso de los datos como base para obtener información fiable y compartirla para hacer realidad una atención integral e integrada en las necesidades sociales y sanitarias de las personas.

3. Visión del Consejo Asesor de Salud

Los miembros del Consejo Asesor de Salud (CAS) fueron nombrados a finales de 2018, con el encargo de repensar y reorientar al modelo de futuro del sistema sanitario de acuerdo con las necesidades y los cambios sociales, demográficos y tecnológicos de los próximos años. Lo tenían que llevar a cabo desde la reflexión serena y consciente de un presente y un futuro de posibilidades ilimitadas, pero de recursos escasos.

Todo ha cambiado. El presente ha cambiado. El futuro, como siempre, pero ahora más que nunca, es incierto.

Esta tormenta pasará. Pero las decisiones que tomamos ahora podrían cambiar nuestras vidas en los próximos años.

Yuval Noah Harari
The world after coronavirus
Financial Times, 20 de marzo de 2020

El futuro del sistema sanitario hoy es difícil de prever. Todavía se desconoce el alcance de las consecuencias de esta crisis, ni siquiera sabremos a ciencia cierta si se habrá parado el coronavirus cuando remitan los casos, o cuándo viviremos el próximo fenómeno que sacuda el mundo entero.

La incertidumbre también impregna el desconocimiento del impacto real de los cambios sobre las personas, en el ámbito social, en el patrón de la demanda y de la utilización de servicios, etc.; sobre los profesionales, en los roles, las especialidades, el valor de la humanización, la ética, el reclutamiento y las proyecciones, la formación, etc.; sobre las organizaciones del sistema, es decir, hasta dónde puede llegar sus capacidad de reacción y reinención, su flexibilidad, etc., y sobre los avances tecnológicos y la innovación, como la agilidad con la cual las innovaciones se han implementado, el impacto de la tecnología en la atención no presencial en los tiempos de crisis respecto del ritmo normal de implementación, etc.

Esta crisis nos obliga a reflexionar sobre lo que ha pasado, a hacer de una manera diferente y a proyectar de una forma diferente. Nos conduce a trabajar más que nunca en equipo, en red y traspasando fronteras para hacer frente a un objetivo común: la salud de las personas y sus determinantes. Y, también, tenemos que incorporar el aprendizaje y preparar el sistema de salud y bienestar para todas las posibles emergencias.



La crisis ha sido una lección de humildad. Se ha demostrado que existe una serie de aspectos básicos que no teníamos bastante asegurados o previstos, y se ha puesto de manifiesto nuestra vulnerabilidad como planeta, como continente, como país, como sistema, como profesionales y también como personas. La magnitud de la crisis ha sido y será tan intensa que tenemos una responsabilidad insoslayable de llevar a cabo un ejercicio de reflexión crítica. Esta reflexión debe permitir que analicemos nuestras fortalezas y debilidades, y aprendamos las lecciones oportunas de cara al futuro.

Quizás todavía es pronto y son necesarios un poco más de tiempo y distancia para realizar un cuidadoso análisis del impacto de la pandemia. Aun así, desde el CAS se pone de manifiesto como esta situación ha hecho aflorar las virtudes del

sistema de salud, encabezadas por el compromiso y la calidad de sus profesionales. Pero, también, sus carencias, como la infrafinanciación, la necesidad de transformar el sistema de atención a las necesidades sociales y sanitarias y la necesidad de reforzar el ámbito de la salud pública y el de la atención primaria y comunitaria.

El CAS, reunido en abril de 2020 en sesiones telemáticas extraordinarias, se ha centrado en el replanteamiento de algunos aspectos del sistema de salud. Concretamente, en identificar los aprendizajes derivados de la crisis y en formular recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la poscrisis de la COVID-19. Parte de las premisas de que el sistema tiene que ser justo, equitativo, de calidad y eficiente. También, de que tiene que estar orientado a la comunidad y dar respuesta integral e integrada a sus necesidades, en un contexto de posibilidades ilimitadas, pero de recursos limitados.

Un "rinoceronte gris" es una amenaza muy probable, inminente; podemos ver la nube de polvo en el horizonte mucho antes de que se vea al animal acercándose. Los rinocerontes grises no son aleatorios, se producen después de una serie de advertencias y acontecimientos visibles.

Michele Wucker

The Gray Rhino: How to Recognize and Act on the Obvious Dangers We Ignore
St. Martin's Press, abril 2016

4. Recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la poscrisis de la COVID-19

La urgencia recae ahora en proponer estrategias y acciones que puedan ser útiles y prepararnos para próximas crisis. Paralelamente, se tiene que seguir transformando el sistema para garantizar la mejora de la salud y el bienestar de las personas, mediante una atención equitativa, inclusiva, de calidad, segura y eficiente, y tomando decisiones para mantenerlo viable a medio y a largo plazo.

Tabla 1. Recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la poscrisis de la COVID-19.

Recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la poscrisis de la COVID-19	
<i>Respuesta al impacto inmediato</i>	
R1.	Elaborar un plan de atención a la ciudadanía, integrado y coherente con el resto de estrategias establecidas en salud mental, para el abordaje de las consecuencias de la crisis en la salud mental de la ciudadanía y en concreto de los colectivos en situación de vulnerabilidad.
R2.	Elaborar un plan de atención a los profesionales para paliar las consecuencias del impacto emocional y físico de la atención que han prestado a las personas y comunidades durante la COVID-19.
R3.	Elaborar e incorporar criterios comunes explícitos y transparentes en las directrices que se tienen que dar en los centros y profesionales sanitarios, y priorizar la atención (la que se ha retrasado y la nueva que se genera).
R4.	Mantener la disponibilidad de las estructuras, recursos y circuitos sanitarios y sociales necesarios, y preparados para si se producen nuevos brotes.
R5.	Identificar y documentar las innovaciones desarrolladas en el transcurso de la crisis que han aportado y pueden seguir aportando valor al sistema de salud, evaluar y seleccionar las que sean escalables, y elaborar un plan de implementación viable.
<i>Ciudadanía</i>	
R6.	Definir y priorizar el despliegue de estrategias de protección social y de la salud dirigidas a la atención a las personas que se encuentran en un contexto de vulnerabilidad.
R7.	Reconocer y aprovechar la capacidad de corresponsabilidad demostrada por la ciudadanía incorporándola en los procesos de identificación de aspectos a mejorar del sistema.
<i>Profesionales</i>	
R8.	Reconocer, mediante medidas estructurales concretas, la valía demostrada, el compromiso y el trabajo realizado por todos los profesionales del sistema de salud y social implicados en la atención, la gestión y la planificación de la respuesta a la crisis de la COVID-19.
R9.	Reformular la formación teniendo en cuenta los aspectos relacionados con las actitudes sobre la base de los valores humanistas y el pensamiento crítico, de la colaboración con otras disciplinas, la capacidad de adaptación y la resiliencia, con el fin de adquirir aptitudes para dar respuesta a las necesidades de la población.

Recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la poscrisis de la COVID-19

Organizaciones

- R10. Garantizar que las estructuras y los profesionales del sistema de salud y social estén dimensionados para evitar la presión asistencial sistemática y continuada, de forma que dispongan de capacidad de respuesta en una situación de emergencia.
- R11. Consolidar la flexibilidad mostrada por el sistema en el transcurso de la crisis con la implementación de medidas para superar barreras (administrativas, culturales y actitudinales) y la adecuación y desarrollo de los roles de los profesionales y las organizaciones.
- R12. Crear sistemas de información epidemiológica y clínica lo bastante estructurados y que aprovechen todo el potencial de las nuevas tecnologías, con el máximo respeto de la confidencialidad y los derechos de los ciudadanos, y evitar medidas que puedan ser discriminatorias o excluyentes.
- R13. Diseñar y desarrollar un cuadro de mandos integral del sistema de salud, previa revisión y adaptación a la nueva realidad del plan de acción, con información útil y comprensible para conocer y monitorizar los equipamientos y recursos sanitarios y sociales, y facilitar el alineamiento de los agentes del sistema, la toma de decisiones, la evaluación y la transparencia.
- R14. Impulsar el despliegue de la tecnología orientada a la atención no presencial, aprovechando la capacidad de adaptación demostrada por los profesionales y la ciudadanía, especialmente en la atención primaria, y de forma proporcional a las necesidades de interacción física.
- R15. Acelerar el despliegue de la atención domiciliaria como modelo de atención alternativo a la hospitalización o a la institucionalización de las personas, a partir de la experiencia adquirida durante la crisis. Hay que realizar un seguimiento de la calidad del despliegue y evaluación del impacto de este modelo de atención en los núcleos familiares.
- R16. Disponer de un plan de gestión de crisis que recoja, ampliamente y con detalle, el proceso vivido durante la crisis, que documente las experiencias y las analice y, a partir de los resultados, las protocolice.
- R17. Constituir un comité asesor de crisis, plural y formado por personas expertas y reconocidas en la materia, para formular recomendaciones consensuadas y fundamentadas. De entre los miembros de este comité, se tiene que seleccionar a una única persona que sea la portavoz experta y transmita el conocimiento científico-técnico en que la autoridad sanitaria base su toma de decisiones, de forma que se evite así la transmisión al sistema y a la ciudadanía de opiniones contradictorias.

Sistema

- R18. Reforzar la gobernanza y el liderazgo por parte de la autoridad sanitaria para facilitar el alineamiento, la coordinación y/o la colaboración de las instituciones sanitarias y los recursos del sistema de salud.
- R19. Reforzar las estrategias interdepartamentales en un contexto de crisis, especialmente con respecto al ámbito de la educación, de los servicios sociales, del trabajo o de la economía.
- R20. Incrementar, en la medida necesaria, la financiación en salud para alcanzar objetivos explícitos y evaluables de mejora de la equidad, la calidad y la seguridad, la coordinación y la eficiencia, y priorizar las acciones y prestaciones de acuerdo con el valor añadido.
- R21. Reforzar la salud pública con la identificación y el abordaje de las debilidades, especialmente con respecto a la adecuación de recursos, con el fin de ajustar el encaje al sistema de salud, y dar más protagonismo a la comunidad.

Recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la poscrisis de la COVID-19

- R22. Incorporar a la agenda de las políticas de salud las cuestiones de salud global que puedan tener impacto en la salud de la ciudadanía.
- R23. Orientar el modelo asistencial de atención primaria y comunitaria propuesto por el Consejo Asesor de Salud, teniendo en cuenta el equilibrio entre la atención centrada en la persona y la atención centrada en la comunidad.
- R24. Implementar el nuevo modelo de atención a las necesidades sociales y sanitarias propuesto por el Consejo Asesor de Salud, equilibrando el modelo de atención centrada en la persona con la necesaria mirada de atención centrada en la comunidad, que se ha evidenciado que es especialmente apropiada durante la pandemia.
- R25. Abordar las debilidades del modelo de atención residencial equilibrando la gestión entre los departamentos competentes en salud y bienestar social, con la dotación presupuestaria y de recursos humanos y materiales suficientes, atendiendo las necesidades sanitarias pero evitando la sanitización de las respuestas a las necesidades sociales.
- R26. Elaborar protocolos y pautas con indicaciones explícitas y unívocas que incorporen criterios éticos para la atención en un contexto de crisis sanitaria, y que tengan en cuenta que, en un contexto en que existen recursos limitados, la priorización y, en su caso, y el racionamiento, tienen que garantizar la equidad y evitar la disparidad de criterios.
- R27. Establecer un espacio de reflexión y debate ético para formular recomendaciones que sirvan de modelo y guía sobre el acompañamiento de las personas institucionalizadas, especialmente en la fase final de la vida, en un contexto de emergencia. Las recomendaciones tienen que permitir que se garantiza la equidad y deben basarse en criterios humanistas y de muerte se digna.
- R28. Constituir, en el marco del Comité de Bioética de Cataluña, un grupo encargado de velar por las cuestiones éticas en el tratamiento de los datos e información confidenciales.
- R29. Crear espacios o grupos de debate, de toma de decisiones y de elaboración de recomendaciones con todas las partes implicadas, especialmente en un contexto de crisis, en torno a los límites de la intervención sanitaria y las tensiones que se generan entre los derechos individuales y el bien común o la salud de la colectividad
- R30. Acelerar la implementación de las estrategias de transformación del sistema definidas pendientes de aplicación, previa revisión e incorporación de la experiencia adquirida durante la crisis, y evitar duplicidades.
- R31. Desarrollar, ensayar e implementar las herramientas y alternativas tecnológicas que faciliten la toma de decisiones en la gobernanza, la planificación, la gestión y la atención.
- R32. Elaborar un marco de orientación y ordenación de la investigación y la innovación para un contexto de emergencia, con el fin de establecer a qué necesidades se tiene que dar respuesta, cómo se tiene que llevar a cabo y cómo se tiene que financiar.
- R33. Impulsar y promover la capacidad productiva, en paralelo al aprovisionamiento y la compra pública anticipada, que permita garantizar la disponibilidad permanente de materiales y medicamentos, así como la creación de organismos habilitados para realizar su acreditación.

Fuente: elaboración propia.

4.1. Respuesta al impacto inmediato

R1. Elaborar un plan de atención a la ciudadanía, integrado y coherente con el resto de estrategias establecidas en salud mental, para el abordaje de las consecuencias de la crisis en la salud mental de la ciudadanía y en concreto de los colectivos en situación de vulnerabilidad.

La pandemia de la COVID-19 ha tenido y está teniendo consecuencias adversas para la salud de las personas, con un especial impacto en la salud mental. La ciudadanía ha experimentado vivencias dolorosas, desconcertantes y estresantes (Codagnone et al., 2020; Ho, Chee, & Ho, 2020; Holmes et al., 2020; Vieta, Pérez, & Arango, 2020) que se tienen que abordar de forma urgente.

Debe elaborarse un plan de atención a la ciudadanía cuyas líneas estratégicas se definan teniendo en cuenta las necesidades de atención a la salud mental aparecidas como consecuencia de una situación tan adversa para la salud como ha sido la vivida durante los últimos meses. En la elaboración de este plan, hay que ser particularmente cuidadoso a fin de que las líneas estratégicas y las actuaciones establecidas estén necesariamente alineadas con el modelo de atención a la salud mental definido por el Departamento de Salud. En este sentido, tiene que estar alineado con el Plan director de salud mental y adicciones y el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones, una vez estos se adapten a la nueva realidad.

También hay que tener en cuenta que las actuaciones sobre la salud mental son más efectivas en los entornos más próximos a los lugares donde viven las personas con afectaciones de su salud mental y del equilibrio emocional. Es necesario, pues, que el plan asegure la equidad proporcionando un marco general de acciones, que, a la vez, facilite que se puedan llevar a cabo las actuaciones de acuerdo con la diversidad de realidades sociales, económicas y de entorno donde viven las personas y, también, con las particularidades intrínsecas de los diferentes colectivos que se encuentran en el contexto de vulnerabilidad. En este sentido, debe tenerse un especial cuidado con respecto a los menores y adolescentes, las personas cuidadoras con sobrecarga, las personas mayores y quienes ya presentaban previamente problemas de salud mental.

La participación activa del actor principal, que es la propia ciudadanía, beneficia la calidad del plan y la efectividad en su aplicación. Las opiniones que expresen los colectivos en situación de vulnerabilidad se tienen que ver reflejadas en la toma de decisiones, con el fin de dar la respuesta más satisfactoria a sus expectativas.

R2. Elaborar un plan de atención a los profesionales para paliar las consecuencias del impacto emocional y físico de la atención que han prestado a las personas y comunidades durante la COVID-19.

Las personas que han trabajado directamente en la atención a los ciudadanos con síntomas compatibles con la COVID-19 y a sus familias durante los meses de la pandemia han sufrido situaciones inesperadas y poco imaginables. Estas situaciones los han llevado a un desgaste físico y emocional del que las autoridades sanitarias tienen que ocuparse (Ho et al., 2020; Holmes et al., 2020; Vieta et al., 2020).

Cuidar de las personas que tienen que cuidar la salud y el bienestar de sus conciudadanos siempre es un deber ético de los responsables de los sistemas nacionales de salud. Este deber se ha transformado en una prioridad urgente en el periodo inmediatamente posterior a la pandemia de la COVID-19.

El bienestar emocional de los profesionales de los sistemas de salud repercute directamente en el bienestar de las personas a quienes tienen que atender.

Hay que abordar esta situación formulando un plan de atención que responda de forma equitativa al conjunto de profesionales de la salud en esta circunstancia concreta. No obstante, en el plan se tiene que llevar a cabo con una mirada más amplia, que impulse, a la vez, sistemas estructurales de apoyo emocional para los profesionales y equipos.

Dado que los servicios de salud mental ya han registrado un incremento elevado de demanda de apoyo de sus propios compañeros de otros dispositivos del sistema, es necesario planificar, implementar y dotar de los recursos adecuados al modelo de atención que dé respuesta a esta necesidad. El modelo tiene que ofrecer una respuesta puntual, pero debe tener la vocación de evolucionar hacia un modelo de atención estructural en el sistema.

R3. Elaborar e incorporar criterios comunes explícitos y transparentes a las directrices que deben darse a los centros y profesionales sanitarios, y priorizar la atención (la que se ha retrasado y la nueva que se genera).

La reactivación de la actividad sanitaria no COVID se da en un contexto en que las listas de espera anteriores a la pandemia se han incrementado con una demora por encima de lo esperable en otras circunstancias. Se prevé que la restricción, la atención interrumpida y el empeoramiento de las condiciones de vida después de la pandemia influyan en un deterioro del estado de salud y de la calidad de vida. A las personas con nuevos problemas de salud que no pudieron ser atendidas, se les tienen que sumar las personas que, a pesar de encontrarse mal, prefirieron esperar para ir a un recurso sanitario y también las personas con factores de riesgo y problemas de salud crónicos mal controlados o descompensados. También, deben tenerse en cuenta las personas que sufren secuelas de la COVID-19 y a quienes hay que atender.

En este contexto, hay que priorizar la atención (la retrasada y la nueva) sobre la base de criterios comunes explícitos y transparentes para centros y profesionales sanitarios, con el fin de garantizar una atención de calidad, segura y equitativa. Estos criterios deben ser elaborados por equipos multidisciplinares formados por profesionales de la salud (personal gestor y asistencial), profesionales del ámbito de la bioética y la ciudadanía. Hay que velar por que se evite la utilización exclusiva de criterios de eficiencia económica, y se tienen que incorporar criterios de equidad, de resultados en la salud y el bienestar, de satisfacción y de calidad de vida. Debe tenerse en cuenta que unos de los aspectos más pospuestos por la situación de emergencia han sido los relacionados con la prevención y promoción de la salud. Se tiene que evitar que se paralicen los programas preventivos, así como las estrategias educativas para grupos de población, por ejemplo, aprovechando los entornos virtuales para la realización de actividades educativas grupales.

Los criterios, que tienen que ser evaluables, deben marcar la recuperación de la actividad del sistema sanitario teniendo en cuenta el contexto epidemiológico, aplicando el conocimiento y realizando el seguimiento para prevenir o atender nuevas incidencias. De acuerdo con ello, es imprescindible que se incorporen los estándares de salud pública, sobre todo en relación con la prevención de enfermedades infecciosas.

La ciudadanía debe tener un papel primordial en la elaboración de los criterios como corresponsables y, por lo tanto, también como copartícipes en la toma de decisiones.

R4. Mantener la disponibilidad de las estructuras, recursos y circuitos sanitarios y sociales necesarios, y preparados por si se producen nuevos brotes.

La epidemia de la COVID-19, que ha presentado características epidemiológicas diferentes de epidemias anteriores, ha requerido medidas generalizadas de aislamiento, cuarentenas, distanciamiento físico y confinamiento de la población y la adaptación del conjunto del sistema de salud en la medida en que los criterios epidemiológicos lo han permitido, y se ha llevado a cabo la desescalada y el desconfinamiento, con la alerta puesta en la aparición de nuevos brotes. Los escenarios a corto plazo sugieren la posibilidad de que se den rebrotes, que pueden ir desde los leves y controlados hasta una nueva pandemia, con unas consecuencias más allá de las vividas durante el primer y segundo trimestre del año 2020.

Hay que analizar cuáles son las estructuras y circuitos establecidos durante la pandemia que han resultado más eficientes, con el fin de poder mejorar y reeditar los que sean útiles con la inmediatez requerida de un rebrote repentino. En paralelo, también deben decidirse qué nuevas estructuras, circuitos y medidas serían necesarias en este caso.

Se tienen que explorar y aprovechar la flexibilidad y la elasticidad demostradas por el sistema con el fin de prevenir que futuras infecciones lo vuelvan a someter a una presión insostenible. Es necesario disponer de mecanismos para la detección precoz y diagnóstico eficientes de la COVID-19 y de los recursos necesarios (con y sin internamiento) para atender a las personas que tengan un diagnóstico confirmado y a sus contactos. La corresponsabilidad de la salud pública y la atención primaria tienen que sumar la capacidad de vigilancia epidemiológica y la atención y seguimiento comunitario.

R5. Identificar y documentar las innovaciones desarrolladas en el transcurso de la crisis que han aportado valor y pueden seguir aportando valor al sistema de salud, evaluar y seleccionar las que sean escalables, y elaborar un plan de implementación viable.

Las pandemias han sido catalizadores de innovación en el campo del diagnóstico, del tratamiento, del uso de equipos de protección individual (EPI), de las tecnologías de la información y de la manufactura (Frazer, Shard, & Herdman, 2020). También, han permitido que se avance en la aplicación de la inteligencia de los datos en la vigilancia epidemiológica con el uso de algoritmos de predicción y mecanismos de identificación, control y seguimiento epidemiológico de la enfermedad. Igualmente, la crisis sanitaria de la COVID-19 ha conllevado que se tomaran medidas y se aplicaran soluciones innovadoras.

El equilibrio entre la calidad y la seguridad de la atención y el cuidado de las personas y la protección de los profesionales ha fundamentado el rediseño proactivo de la forma de atender la ciudadanía. Han sido innovaciones lideradas por profesionales y empresas, de dentro y fuera del sector sanitario, con un enfoque claramente colaborativo. Y se ha buscado ofrecer la mejor opción para las personas y profesionales con soluciones innovadoras organizativas, de proceso y tecnológicas. A partir de la experiencia, es necesario valorar la incorporación de algunos de sus aspectos que se puedan mantener (Lee, 2020), siempre que cumplan los criterios de equidad, eficiencia, calidad y seguridad en la atención, incorporen pautas éticas y se orienten hacia resultados en salud y calidad de vida.

Con el fin de aprovechar las soluciones innovadoras para el sistema, hay que identificarlas, documentarlas y evaluarlas, y medir el valor que aportan y si son escalables al conjunto del sistema. Con este conocimiento, debe elaborarse un plan de implementación viable en todo el territorio, pero evitando la variabilidad territorial. Y es necesario que este plan de despliegue se acompañe de un marco normativo y unos mecanismos de acreditación ágiles para su implementación.

4.2. Ciudadanía

R6. Definir y priorizar el despliegue de estrategias de protección social y de la salud dirigidas a la atención a las personas que se encuentran en un contexto de vulnerabilidad.

El impacto de la crisis sanitaria de la COVID-19 sobre los determinantes sociales de la salud han sido profundos, y han afectado de forma desproporcionada a las personas que se encuentran en un contexto de vulnerabilidad (World Health Organization, 2020)⁰²⁰): niños, personas mayores, mujeres, personas cuidadoras, personas con discapacidades, personas con enfermedades mentales, etc. En este contexto, estas personas han visto interrumpido su acceso, a menudo ya limitado, a los servicios sociales, sanitarios y educativos.

Por otra parte, en Cataluña, un informe reciente de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS, 2020) centrado en el estudio de las desigualdades socio-económicas y la posible asociación de los casos detectados y la mortalidad por COVID-19, concluyó que las personas con un nivel socio-económico bajo presentan tasas de casos de COVID-19 más elevadas y una mayor mortalidad que las personas con un nivel socio-económico más alto.

Ante la evidencia de que la COVID-19 ha afectado más intensamente a los colectivos más vulnerables y que el impacto de la pandemia y el confinamiento también ha sido más adverso para ellos, la Administración tiene que adoptar medidas urgentes a este respecto. Las medidas tienen que dar respuesta integrada e integral a las necesidades de salud y sociales manteniendo el principio de subsidiariedad.

Estas medidas tienen que garantizar la continuidad de los servicios esenciales sociales y sanitarios coordinados y ser evaluables. Al mismo tiempo, es necesario instaurar mecanismos de participación en el diseño, la implementación y la evaluación de las personas a quienes van dirigidas las estrategias.

También, hay que mantener las campañas de sensibilización para concienciar a la población en general, y en especial a los colectivos vulnerables, de la relevancia de



aplicar medidas de higiene y distanciamiento físico. Debe hacerse una clara, concisa y permanente difusión de cuáles tienen que ser dichas medidas.

R7. Reconocer y aprovechar la capacidad de corresponsabilidad demostrada por la ciudadanía incorporándola en los procesos de identificación de aspectos a mejorar del sistema.

El papel de la ciudadanía ha sido primordial en un momento en el cual ha sido necesario que se produjeran cambios de comportamiento a gran escala de los que no había precedentes. La ciudadanía se ha mostrado receptiva y colaboradora en la aplicación de las medidas durante la pandemia, y ha realizado esfuerzos importantes como el confinamiento.

Al mismo tiempo, la ciudadanía ha tomado decisiones en el día a día, de forma individual y colectiva, para hacer frente a la crisis sanitaria, social, educativa y económica. Y lo ha hecho de manera solidaria, incluso ante la incertidumbre, la inquietud y, en ocasiones, la extrema precariedad. La ciudadanía ha tenido un papel activo y decisivo, tanto en el caso de personas autónomas y sanas que viven solas como en el de personas que son familiares y cuidadoras de otras personas, institucionalizadas o no (de niños, de personas mayores, de personas con discapacidad, etc.), o bien vecinos o voluntarios (en cuanto a personas que viven solas, personas con riesgo de exclusión social, niños y mujeres en situación de violencia de machista, etc.).

En este contexto, una ciudadanía corresponsable, cada vez más formada e informada, exigente y autónoma, requiere de una gobernanza transparente. Tiene que disponer de toda la información de interés público de forma comprensible, permanente y actualizada sobre el estado de la situación para poder implicarse. De esta forma puede contribuir y ser copartícipe en la mejora del sistema de salud y bienestar, tal como ha actuado en la lucha contra la transmisión del coronavirus, con responsabilidad y compromiso.

Con el fin de avanzar en la coparticipación, hace falta explorar, activar y mantener los mecanismos para incorporar sus experiencias y preferencias. Sus vivencias son claves en la identificación de los aspectos de mejora del sistema de salud y bienestar y de cómo debe responderse a la crisis sanitaria desde las instituciones. Al mismo tiempo, es necesario establecer mecanismos de seguimiento y evaluación con el fin de conocer



el impacto de esta participación y garantizar la comunicación y retorno en el marco de una gobernanza transparente.

4.3. Profesionales

R8. Reconocer, mediante medidas estructurales concretas, la valía demostrada, el compromiso y el trabajo realizado por todos los profesionales del sistema de salud y social implicados en la atención, la gestión y la planificación de la respuesta a la crisis de la COVID-19.

Los buenos resultados del trabajo de las organizaciones del sistema de salud y social dependen en una parte importantísima de la motivación, el talento y el conocimiento de sus profesionales. La crisis generada por la COVID-19 ha conllevado que los responsables de los sistemas y el conjunto de la sociedad adquieran conciencia de lo que son capaces de hacer los profesionales. Ante una situación extrema, ellos son los que han ofrecido la respuesta de forma directa e inmediata aplicando el conocimiento adquirido y basándose en los valores inherentes a su profesión.

Esta gran lección obliga a los decisores a no prolongar más la implementación de estrategias estructurales y efectivas de reconocimiento a todos los profesionales del sistema. Hay que fijar los mecanismos a fin de que estas estrategias se transformen en acciones concretas que abarquen más allá del reconocimiento en términos económicos.

Es necesario pasar inmediatamente a la acción. Deben hacerse efectivas las numerosas propuestas de reconocimiento a los profesionales, ampliamente consensuadas. Estas medidas tienen que estar, además, ajustadas a la situación actual y a la visión de futuro, de país y de territorio. Hay que tener en cuenta la amenaza latente de nuevas e imprevisibles crisis de las que la COVID-19 nos ha hecho más conscientes.

La gran mayoría de estas estrategias de reconocimiento ya han sido reconocidas por el Departamento de Salud y también por las diversas organizaciones que representan a



los profesionales y el profesionalismo (las sociedades científicas, los colegios de profesionales, las patronales, los agentes sociales y los representantes de la ciudadanía). Muchas de estas son coincidentes y, por lo tanto, de ello se podría inferir que disfrutan de un amplio consenso.

Los profesionales sanitarios, que actúan desde el profesionalismo en el ámbito de la asistencia, pero también en el de la gestión, la docencia, en la investigación y en la innovación, tienen que ser corresponsables de las decisiones relativas a las estrategias en salud. Deben participar de manera determinante en la priorización de las que se tienen que aplicar, de cómo se tienen que implementar y de cómo debe evaluarse su impacto en la salud y el bienestar de las personas. Los profesionales, en correspondencia a su implicación y compromiso, tienen que disfrutar de un reconocimiento no solo económico sino también profesional y social. Se hace imprescindible, por lo tanto, que se incorporen desde el inicio en la fase de formulación de las decisiones, y que se mantengan en ello hasta el final.

Todas las estrategias consensuadas están relacionadas con cuestiones determinantes. Entre estas cuestiones, destaca el ejercicio de la autonomía en un sentido amplio, por parte de los individuos, de los equipos, de los servicios y de los centros y organizaciones, y en sus diferentes dimensiones, es decir, la dimensión clínica, organizativa, económica, profesional, etc.

R9. Reformular la formación teniendo en cuenta los aspectos relacionados con las actitudes sobre la base de los valores humanistas y el pensamiento crítico, de la colaboración con otras disciplinas, la capacidad de adaptación y la resiliencia, con el fin de adquirir aptitudes para dar respuesta a las necesidades de la población.

La formación es para los profesionales un deber y un derecho que tiene la máxima importancia. Los profesionales de la salud deben tener claro que deben seguir formándose permanentemente hasta el final de su vida profesional.

La formación, como principal mecanismo de adquisición de competencias, es un elemento clave del sistema, dado que la calidad y seguridad de los servicios de salud dependen en gran parte de la preparación de sus profesionales. La rapidez de los



cambios en las necesidades de salud y bienestar de las personas y comunidades conlleva que sea obligatorio que se actualicen permanentemente los conocimientos, para el desarrollo de las competencias necesarias para dar respuestas adecuadas a la ciudadanía. La formación, por lo tanto, tiene que ser el hilo conductor del profesionalismo.

Asegurar una buena formación en el ámbito de las ciencias de la salud requiere el trabajo conjunto de los responsables de educación (docentes) y de salud (sanitarios), que tienen que planificar y desarrollar tanto los ciclos de formación profesional como la formación universitaria de grado y de posgrado. Es necesario que los responsables de la formación sean conscientes de los problemas que los profesionales tienen que atender y de sus condicionantes, y deben hacerlo con visión de futuro. Formular respuestas para las necesidades cambiantes de la población requiere largos y complejos periodos de preparación. La planificación de la formación se tiene que desarrollar haciendo el esfuerzo de visualizar los escenarios de futuro de cada especialidad.

Es necesario avanzar en un marco formativo que prepare a los profesionales para que trabajen en equipos multidisciplinares desarrollando prácticas colaborativas e incorporen innovación a la docencia. La innovación docente es primordial para que no vuelva a pararse la docencia en una época de crisis. No obstante, hay que evitar el peligro del abuso de la virtualidad en la adquisición de competencias en los aspectos de la formación que requieren presencialidad.

Se tienen que dimensionar de forma equilibrada la preparación de los profesionales médicos y enfermeros con formación especializada generalista (con capacidad para atender a las personas durante todo el ciclo vital y, especialmente, en situación de cronicidad, complejidad, fragilidad o edad avanzada) y la formación de los profesionales con formación en otras especialidades (con capacidad para atender problemas que requieren un conocimiento hiperespecializado dentro de su especialidad).

En Cataluña, el Departamento de Salud ha encarado con voluntad transformadora la formación de los profesionales en el Foro de Diálogo Profesional, punto de encuentro del profesionalismo. En este marco, se ha tratado la formación de los profesionales de la salud con la incorporación de las premisas expuestas hasta ahora, y se ha llegado a

unas conclusiones operativas que tienen que facilitar la implementación a corto y medio plazo de políticas formativas para estos profesionales.

La pandemia vivida tiene que ser el acelerador de la implementación y el desarrollo de las nuevas políticas formativas del Departamento de Salud. Hay que tener en cuenta que las estrategias decididas tienen que ser revisadas, con la incorporación de las lecciones aprendidas, con el fin de mejorarlas.

4.4. Organizaciones

R10. Garantizar que las estructuras y los profesionales del sistema de salud y social estén dimensionados para evitar la presión asistencial sistemática y continuada, de forma que dispongan de capacidad de respuesta en una situación de emergencia.

La comunidad internacional pone el énfasis en la necesidad de incrementar la capacidad y resiliencia de los sistemas de salud (European Council, 2020)020). El objetivo tiene que ser llegar a disponer de sistemas de salud solventes, no solo para afrontar las emergencias sanitarias, sino para dar la respuesta necesaria a la ciudadanía de manera habitual. Ello implica que, de forma urgente, hay que disponer de la financiación adecuada y un conjunto de profesionales adecuadamente dimensionado, reconocidos, formados y recuperados. También debe disponerse de una atención primaria fuerte, de una atención especializada suficiente, de una salud pública reforzada y de una atención socio-sanitaria integrada.

Es necesario que se determine definitivamente cuáles son las estructuras y profesionales del sistema de salud y social necesarios para una atención de cobertura universal, equitativa, inclusiva, eficiente, de calidad y segura. Esto se tiene que sumar a la exploración y aprovechamiento de la flexibilidad y la elasticidad demostrada por el sistema, citadas anteriormente, con el fin de evitar tensarlo hasta el colapso, no solo en momentos excepcionales sino como parte de la práctica habitual.

También, hay que dibujar una hoja de ruta en que participen planificadores, gestores, profesionales y ciudadanos, para una implementación de medidas que garantice una transformación sostenible y corresponsable hacia este sistema de salud y bienestar.



Deben tenerse en cuenta las necesidades, preferencias y expectativas de la población y el desarrollo óptimo de los profesionales en condiciones normales y también en situaciones de emergencia, y hay que evitar un aumento de la presión asistencial generalizada y continuada.

R11. Consolidar la flexibilidad mostrada por el sistema en el transcurso de la crisis con la implementación de medidas para superar barreras (administrativas, culturales y actitudinales) y la adecuación y desarrollo de los roles de los profesionales y las organizaciones.

La flexibilidad requiere el desarrollo de las capacidades para adoptar nuevas opciones estratégicas y, por lo tanto, es primordial para la transformación del sistema de salud y bienestar, que se tiene que adaptar a las necesidades, preferencias y expectativas cambiantes de las personas y las comunidades. Hay que situarse en un paradigma con un sistema, unas organizaciones y unos profesionales flexibles, unas estrategias, planes y acciones de óptima ampliación y una atención de calidad y segura.

En Cataluña, es necesario un sistema de salud flexible que permita desarrollar cultura de innovación. Se tiene que persistir en adoptar comportamientos innovadores por parte de las organizaciones y los profesionales que buscan soluciones de calidad, seguras y eficientes a los retos con los que se van encontrando en el ejercicio de sus funciones. La innovación es imprescindible con el fin de proveer servicios de calidad y seguros orientados a las personas y las comunidades que, al mismo tiempo, mejoren la eficiencia en la utilización de los recursos.

La flexibilidad es la cualidad que tiene que facilitar un sistema de salud más próximo a la ciudadanía, con respuestas rápidas, planificadas y a disposición de los profesionales y la ciudadanía para atender sus necesidades, tanto en unas condiciones habituales como en condiciones de emergencia sanitaria.

Es necesario establecer e implementar en el sistema sanitario las estrategias de flexibilización que han sido identificadas y han permitido que se superen las barreras administrativas, culturales y actitudinales.

La flexibilidad en la actuación de los profesionales, que debe acompañarse de autonomía y de corresponsabilización, implica que sus roles se adecuen a las necesidades variables de las personas y las comunidades, con el desarrollo de las competencias de cada una de las profesiones.

Hace falta ajustar el marco legislativo y la financiación en este aspecto a fin de que la flexibilidad impregne la provisión (organizaciones y trabajadores), y garantizar siempre la equidad, la calidad, la eficiencia y la seguridad en la salud y el bienestar de la ciudadanía y de los profesionales.

R12. Crear sistemas de información epidemiológica y clínica lo bastante estructurados y que aprovechen bien todo el potencial de las nuevas tecnologías, con el máximo respecto de la confidencialidad y los derechos de los ciudadanos, y evitar medidas que puedan ser discriminatorias o excluyentes.

La gestión de una emergencia sanitaria como la pandemia requiere información fiable, comprensible, periódica y actualizada para tomar decisiones de forma ágil y adecuada a cada situación. No obstante, una constante en la gestión de la crisis ha sido el baile de cifras con relación a los casos, los contactos y la disponibilidad de los recursos sociales y de salud. Esta situación ha puesto en el punto de mira a los sistemas de información (SI) del sistema de salud y bienestar.

Los SI integrales e integrados son una herramienta imprescindible para el diagnóstico, la planificación, la intervención, la evaluación y la implementación de mejoras en los sistemas de salud y bienestar. Una buena gestión de los SI incrementa la capacidad de actuar de forma coordinada y preventiva y, también, de minimizar errores. Es necesario reforzar e integrar los SI epidemiológicos, clínicos y sociales para garantizar la recogida, el tratamiento y el almacenaje de datos robustos y fiables, así como la difusión de información útil para la toma de decisiones, especialmente para la gestión y superación de una crisis sanitaria como la vivida. Además, Cataluña tiene que reforzar la capacidad de sus SI epidemiológicos para compartir la información con otros SI nacionales e internacionales y para retroalimentarse.

Cataluña dispone de tecnología con potencial para, más allá de gestionar la crisis actual, planificar la salida de esta y superarla en el medio y largo plazo. En este sentido, debe adaptarse y desarrollarse el SI con una mirada integradora e inclusiva, efectiva y



de futuro, que permita analizar no solo el impacto de la crisis en términos clínico-epidemiológicos (casos, contactos, ingresos hospitalarios, ingresos en unidades de cuidados intensivos, altas y mortalidad) sino que incluya información que permita relacionar estos datos con los determinantes sociales de la salud, con los resultados del impacto de las medidas adoptadas, con el comportamiento de todos los actores implicados, etc.

De la misma forma que las tecnologías tienen el potencial para que se disponga de un SI integral e integrado, estas se tienen que aplicar al sistema de salud catalán teniendo en cuenta los aspectos éticos. Ello debe realizarse con cautela y garantizando aspectos a preservar de forma imprescindible: la privacidad y la confidencialidad de los datos. Siempre, con el máximo respeto de la confidencialidad y los derechos de los ciudadanos, deben evitarse las medidas que puedan ser discriminatorias o excluyentes.

R13. Diseñar y desplegar un cuadro de mandos integral del sistema de salud, previa revisión y adaptación a la nueva realidad del plan de acción, con información útil y comprensible para conocer y monitorizar los equipamientos y recursos sanitarios y sociales, y facilitar el alineamiento de los agentes del sistema, la toma de decisiones, la evaluación y la transparencia.

La toma de decisiones efectiva tiene que estar bien documentada y fundamentada en datos fiables y pertinentes para la consecución de los objetivos y las estrategias predeterminadas. La recogida, tratamiento y diseminación de información estructurada en un sistema de información para la toma de decisiones es imprescindible para que exista una actuación coordinada de todos los actores del sistema.

Igual que es necesario disponer de sistemas de información integrales e integrados para actuar de forma ágil y adaptada en cada momento, ello solo es posible si se dispone de un cuadro de mandos integral (CMI) sólido, dinámico y fiable, con unos objetivos medibles, que dé apoyo a la toma de decisiones a todos los niveles y en todo el territorio.

El cuadro de mandos integral, que incluya información clínica, epidemiológica y social de todo el territorio y de los recursos sociales y de salud, debe elaborarse de acuerdo con las necesidades y estrategias establecidas para responder a la situación de crisis,



con la formulación de objetivos concreta, a corto, medio y largo plazo, y una medición del cumplimiento realizado mediante indicadores claros y viables.

La evaluación exhaustiva de la situación tiene que permitir la actuación ágil y la planificación, así como que se disponga de los argumentos para decidir qué acciones aportan valor y cuáles no. Esta evaluación aporta claridad y transversalidad a los procesos, alineando a todos los agentes y facilitando información a la ciudadanía sobre el impacto de las estrategias gubernamentales. La transparencia aplicada a los datos y los modelos de pronóstico que influyen en la gestión de la crisis de forma comprensible facilita la implicación y el compromiso de todos los intervinientes (ciudadanos, profesionales, gestores, etc.).

También se tiene que garantizar que esta información, en forma de resultados, tenga efectos sobre la normativa, la compra de servicios y el sistema de pago, para evitar que se limiten los procesos asistenciales y dotarse de las herramientas que faciliten su implementación.

R14. Impulsar el despliegue de la tecnología orientada a la atención no presencial, aprovechando la capacidad de adaptación demostrada por los profesionales y la ciudadanía, especialmente en la atención primaria, y de forma proporcional a las necesidades de interacción física.

La emergencia sanitaria y las decisiones tomadas, sobre todo con respecto al distanciamiento físico para parar la propagación del virus, han acelerado la adopción de medidas virtuales creativas con el fin de evitar las reuniones físicas entre personas. La virtualidad ha permitido a muchos ciudadanos que continúen en contacto con sus profesionales de referencia, especialmente de la atención primaria y comunitaria (APyC), pero también ha dejado a muchos desamparados.

La experiencia reciente ha mostrado las bondades y beneficios de la telemedicina, que la ha situado como una opción óptima, y se ha visto y vivido con buenos ojos por buena parte de sus usuarios (ciudadanos y profesionales). Ha ayudado a protegerlos y a controlar la propagación del virus.

La tendencia ahora es la de aprovechar este momento y el nivel de adaptación que han adquirido los ciudadanos y, sobre todo, los profesionales, para desarrollar transversalmente la práctica virtual en el ámbito de la salud, especialmente desde la APyC. Hay que desarrollar el papel de la consultoría, de coordinación y enlace, de la atención domiciliaria y de la teleasistencia, con una clara tendencia a aprovechar los beneficios de la atención no presencial.

En este contexto, la ordenación y el desarrollo de la atención virtual son necesarias en condiciones habituales y también lo serían en futuras emergencias sanitarias. Debe tenerse en cuenta que la virtualidad no puede sustituir a la atención presencial requerida en un número importante de intervenciones sanitarias.

Se tiene que impulsar el despliegue de la tecnología orientada a la atención no presencial, que debe ser equitativa e inclusiva y tiene que prever los aspectos éticos, y, al mismo tiempo, es necesario que sea de calidad, segura y eficiente. Es imprescindible que se encuentre el equilibrio entre la presencialidad y la virtualidad, analizándolas de forma muy precisa y decidiendo qué ha ser atención no presencial y qué no puede serlo. A menudo las cualidades humanas del contacto y la comunicación próxima son imprescindibles cuando se cuida de las personas.

Hay que favorecer la resolución de problemas con herramientas tecnológicas que facilitan la atención virtual, dado que es una oportunidad de mejora de la atención a las personas, y ello podría incrementar el tiempo disponible para las visitas presenciales.

R15. Acelerar el despliegue de la atención domiciliaria como modelo de atención alternativo a la hospitalización o a la institucionalización de las personas, a partir de la experiencia adquirida durante la crisis. Hay que hacer un seguimiento de la calidad del despliegue y evaluación del impacto de este modelo de atención en los núcleos familiares.

La atención domiciliaria, intervención comunitaria que tiene lugar allí donde viven las personas, ha adquirido una gran relevancia durante la crisis de la COVID-19, dado que ha sido el lugar de atención preferente. Ello ha resultado de esta manera por la necesidad del distanciamiento físico, que se ha aplicado en forma de confinamiento en el lugar donde viven los ciudadanos.

Igual que la virtualidad ha permitido que muchas personas continuaran en contacto con sus profesionales de referencia desde la distancia, la atención domiciliaria ha permitido que se siguiera realizando el cuidado de una parte de las personas que lo han necesitado en su domicilio, con un papel clave de las enfermeras y enfermeros como profesionales imprescindibles en la promoción, prevención y atención próxima al entorno de las personas. Hay que continuar promocionando un modelo de atención holístico, integrado en la comunidad y constituido por equipos profesionales con un alto grado de autogestión y en que los servicios domiciliarios tengan apoyo en redes de atención social comunitaria ya establecidas, normalmente en manos de las autoridades locales.

A pesar del protagonismo de la atención domiciliaria, es necesario saber si ha llegado a todo el mundo que lo ha necesitado, especialmente a las personas que se encuentran en un contexto de vulnerabilidad (niños, personas mayores, personas con discapacidad, con problemas de salud crónicos, con necesidades complejas, en proceso de final de la vida, etc.). También, hay que conocer cuáles han sido sus resultados, cuál ha sido el impacto para la familia y los cuidadores de las personas que necesitan ayuda y cuál ha sido la variabilidad territorial, entre otros. Esta evaluación tiene que permitir que se identifiquen sus posibles deficiencias y tomar medidas para mejorar la atención. El fortalecimiento de la atención domiciliaria implica necesariamente que se refuerce la APyC, eje sobre el que debe pivotar el sistema de salud (Consejo Asesor de Salud, 2019b). Al mismo tiempo, el resto de los servicios sanitarios tienen que prestar el apoyo necesario para una atención en el domicilio equitativa, de calidad, segura y eficiente y que garantice la continuidad asistencial.

También, deben integrarse definitivamente la atención sanitaria y la social con el fin de ofrecer una atención integral domiciliaria a las personas con necesidades sociales y sanitarias, a sus familias y a sus cuidadores. En línea con las recomendaciones sobre este aspecto que hizo públicas el Consejo Asesor de Salud, es imprescindible que el trabajo conjunto de los profesionales de la APyC social y sanitaria y del resto de los departamentos que intervienen incorpore y comparta las decisiones sobre la atención con las personas afectadas y sus familias, respetando sus preferencias y valores y manteniéndolas en su entorno habitual, preferentemente su domicilio (Consejo Asesor de Salud, 2019b). También es necesario que las personas y su familia dispongan de unos profesionales referentes que les resuelvan toda la atención coordinadamente, de

manera que se garantice la continuidad de los cuidados independientemente de la naturaleza del servicio.

Para llevarlo a término, hay que revisar los planteamientos de la atención domiciliaria e incorporar las lecciones aprendidas durante esta etapa. También debe acelerarse la implementación de un plan de desarrollo de atención domiciliaria integral e integrada. Este plan debe ser coparticipado por familias y cuidadores y profesionales del ámbito social y sanitario. Al mismo tiempo, en relación con ello, debe reconocerse y aprovecharse la capacidad de las redes sociales inmediatas con el fin de incrementar el acompañamiento, la ayuda y el confort de las personas que lo necesiten.

R16. Disponer de un plan de gestión de crisis que recoja, ampliamente y con detalle, el proceso vivido durante la crisis, que documente las experiencias, las analice y, a partir de los resultados, las protocolice.

Las emergencias sanitarias a menudo están relacionadas con crisis imprevisibles. Con el fin de hacerles frente y estar preparado para dichas contingencias, es clave que se disponga del correspondiente plan específico.

La experiencia y aprendizajes derivados de la crisis de la COVID-19 tienen que servir como punto de partida para mejorar la gestión de las emergencias. Deben ser útiles, en el futuro, para dar una respuesta documentada, planificada, ágil y segura de protección, prevención y atención a toda la ciudadanía.

El plan de crisis, que hay que elaborar partiendo de las lecciones aprendidas, tiene que servir de guía a todos los actores del sistema. Evita la sensación de pérdida de control que se puede dar en estas situaciones y las posibles indecisiones o errores guiando a todo el mundo y contrarrestando efectos negativos de la crisis.

El plan de gestión de crisis tiene que prever y contener los ítems siguientes: la gestión de *stocks* críticos estratégicos (productos sanitarios, tecnología, productos diagnósticos y medicamentos), unos canales seguros de adquisición y distribución de materiales y recursos, la capacidad de producción, la activación de profesionales, las actuaciones civiles (hospitalización de campaña, adaptación de espacios sanitarios y espacios públicos, etc.), la actualización de guías (especialmente diagnósticas, asistenciales y

bioéticas), los procesos de coordinación en los territorios y la actuación comunitaria con los diferentes organismos públicos, circuitos y modelos de comunicación pública e interna, y el modelo claro de gobernanza de la crisis (comités y circuitos de decisión).

Este plan tiene que ser elaborado con una mirada de especial consideración respecto a los colectivos que se encuentran en un contexto de vulnerabilidad, los trabajadores del ámbito de la salud, el personal de los servicios esenciales, y los primeros individuos sintomáticos y sus contactos, especialmente en las escuelas, servicios sociales y sanitarios, prisiones, etc.

R17. Constituir un comité asesor de crisis, plural y formado por personas expertas y reconocidas en la materia, para formular recomendaciones consensuadas y fundamentadas. De entre los miembros de este comité, se tiene que seleccionar a una única persona que sea la portavoz experta y transmita el conocimiento científico-técnico en que la autoridad sanitaria base su toma de decisiones, de forma que se evite así la transmisión al sistema y a la ciudadanía de opiniones contradictorias.

La gestión de una crisis de la magnitud de la pandemia, aparte de ser excepcional, plantea un escenario especialmente complejo, donde la toma de decisiones se tiene que basar en el conocimiento científico.

Con el fin de recoger, articular y transmitir este conocimiento, es necesario que se cuente con una pluralidad de personas expertas en la materia procedentes de varias disciplinas. Tal como señala el Consejo de Europa (European Council, 2020)020), una crisis de características similares a la que se ha sufrido requiere un cambio de comportamiento a gran escala y la utilización del conocimiento de otras disciplinas. En este sentido, por ejemplo, las ciencias sociales pueden ayudar a hacer coherente el comportamiento humano con las recomendaciones epidemiológicas y la de los expertos en salud pública.

Una vez constituido este grupo de personas expertas, que se podría denominar comité asesor de crisis, es necesario que se haga pública su composición. Como ejercicio de transparencia, la ciudadanía y los profesionales sanitarios tienen que poder conocer a las personas que integran el grupo, junto con información sobre su perfil profesional y



trayectoria. Entre las personas integrantes del comité asesor de crisis, debe seleccionarse a una de ellas que tenga habilidades comunicativas para que pueda ejercer como portavoz.

Visibilizar un liderazgo científico-técnico en el acompañamiento de la toma de decisiones es importante, pero también lo es que dichas decisiones y/o medidas sean explicadas a la ciudadanía.

4.5. Sistema

R18. Reforzar la gobernanza y el liderazgo por parte de la autoridad sanitaria para facilitar el alineamiento, la coordinación y/o la colaboración de las instituciones sanitarias y los recursos del sistema de salud.

Las autoridades sanitarias, en este caso, el Departamento de Salud, tienen el deber y la responsabilidad de aplicar un enfoque de sus estrategias que se centre en las personas y comunidades, y de preparar los sistemas de salud y bienestar para garantizar que toda la población esté protegida y se sienta segura en cualquier circunstancia.

La gobernanza, que establece las líneas estratégicas y actuaciones que tienen que dirigir el sistema de salud en Cataluña, debe ejercerse con transparencia y con liderazgo efectivo y visible. A fin de que sea útil, hay que contar con la participación real de todos los actores del sistema de salud, incluyendo a los profesionales y la ciudadanía.

El sistema sanitario catalán, cada vez más complejo y con un contexto social y económico en constante transformación, requiere que exista un liderazgo fuerte a todos los niveles y capaz de implementar las políticas sanitarias. El ejercicio de este liderazgo necesita de la centralización de la toma de decisiones, sustentada en una visión global y que garantice sobre todo la equidad. Al mismo tiempo, debe poder combinarse con el

ejercicio del liderazgo en los entornos que sean más próximos al lugar donde se tiene que atender a la población.

El liderazgo de las organizaciones se tiene que ejercer con todo el respeto y consideración hacia la inmensa diversidad de actores que conviven e interactúan en un sistema sanitario tan complejo como el catalán. La ciudadanía corresponsable, los profesionales comprometidos y las instituciones alineadas en un marco común necesitan directrices claras, compromiso y liderazgo, así como un marco normativo, de financiación, de provisión y de evaluación transversales adaptados a las necesidades de salud de las personas.

R19. Reforzar las estrategias interdepartamentales en un contexto de crisis, especialmente con respecto al ámbito de la educación, de los servicios sociales, del trabajo o de la economía.

La acción conjunta de los diferentes ámbitos de un gobierno se ha convertido en clave, sobre todo últimamente, vista la transversalidad de las actuaciones y la necesidad de una mirada integral con respecto a las personas. Ello requiere la interacción permanente de los diferentes departamentos del Gobierno y la definición conjunta de estrategias interdepartamentales.

La emergencia sanitaria provocada por la pandemia y las medidas adoptadas han tenido repercusiones en ámbitos de gran trascendencia ciudadana como son la salud, la educación, los servicios sociales, el trabajo o la economía. El impacto ha sido devastador para la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

El cierre de los centros dedicados a la educación presencial, de todas las edades escolares y diversidad de perfiles y de todo tipo de formación, ha tenido una gran repercusión en el modelo educativo y, también, en los aspectos sociales para toda la ciudadanía, especialmente en el caso de los niños y adolescentes. De forma similar, la pandemia ha golpeado los servicios sociales, sobre todo los dedicados a las personas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedades mentales, niños y adolescentes. Además, ha tenido un gran impacto no solo en las personas afectadas sino también en sus familiares y cuidadores. Y, en este contexto, en el ámbito económico, las consecuencias son y se prevén que sean asoladoras.



La pandemia y su efecto sobre todo en los ámbitos educativo, social y económico ha afectado y seguirá afectando a todos los ciudadanos, agravando la situación de los colectivos que se encuentran en un contexto de vulnerabilidad, impactado directamente en las necesidades básicas de la población en situación de pobreza y en riesgo de exclusión social.

Todos los ámbitos afectados por la crisis sanitaria son, al mismo tiempo, determinantes clave de la salud de las personas. Muchas de las políticas y programas que afectan directamente a la salud tienen el origen en otros sectores, de manera que se retroalimenta una situación que requiere una acción política interdepartamental coordinada y ágil. Esta acción debe basarse en los aprendizajes y la evidencia disponible, y tiene que incorporar una mirada transversal e integradora en las medidas que se tengan que aplicar y en los planes y programas que se tengan que revisar, modificar o crear. Al mismo tiempo, en Cataluña se necesita un consenso amplio por la salud que garantice el compromiso y la voluntad de todos los implicados e impulse la transformación del sistema de salud y bienestar, transformación reclamada antes de la pandemia de COVID-19 y todavía más necesaria en la pospandemia.

El Departamento de Salud tiene que liderar y consolidar las estrategias interdepartamentales que afectan a la salud y el bienestar de la ciudadanía y debe trabajar para que se cree un contexto favorable para el establecimiento de un consenso de país por la salud transversal, que sea capaz de alinearse con un necesario acuerdo, también de país por la educación y el bienestar de las personas.

R20. Incrementar, en la medida necesaria, la financiación en salud para alcanzar objetivos explícitos y evaluables de mejora de la equidad, la calidad y la seguridad, la coordinación y la eficiencia, y priorizar las acciones y prestaciones de acuerdo con el valor añadido.

La sostenibilidad es uno de los principales retos ante los que se encuentra el sistema sanitario. Actualmente, se financia básicamente por la vía de los impuestos, aunque, en mucha menos medida, se establecen contribuciones de la ciudadanía.

El sistema sufre una infrafinanciación que se remonta a la transferencia de las competencias de salud en el año 1981. Esta situación se traduce en un déficit crónico

y no viable, que se sitúa en torno al 10 % del presupuesto sanitario público anual. Parte de estas carencias son el resultado de las deficiencias del modelo de financiación autonómica.

El gasto destinado a salud en Cataluña no es proporcional a su nivel de riqueza. Tal como recoge el catedrático de economía Guillem López-Casasnovas en su último libro (Lopez Casasnovas & Casanova, 2020), si Cataluña tuviera el mismo sistema de financiación del País Vasco, el presupuesto anual para la sanidad se elevaría a unos 2.500 millones de euros (incremento del 23 % del presupuesto real de 2019). En este mismo sentido, si se aplicara al PIB de Cataluña el peso medio del gasto sanitario público en relación con el PIB por término medio del Estado (6.39 %), ello supondría 4.000 millones de euros adicionales. Haciendo un ejercicio parecido en el contexto internacional para igualar Cataluña con países que tienen un PIB similar, el déficit se situaría entre los 4.600 y 6.000 millones de euros.

En este marco de infrafinanciación, en el año 2011 se adoptaron medidas para afrontar la crisis económica. El presupuesto de salud disminuyó sustancialmente y obligó a la reducción de las tarifas y de la actividad comprada, y a la revisión de los planes de renovación en infraestructuras y tecnología del sistema.

Aunque estas medidas se empezaron a revertir en el año 2016, esta falta de inversión ha tenido un claro impacto en la crisis de la COVID-19. La falta de inversiones ha perjudicado la capacidad de recuperación ante oleadas como la derivada de esta emergencia sanitaria, que ha requerido que se dispusiera de profesionales de la salud, de camas de críticos, equipos de protección y materiales diversos (materiales de protección, equipos de pruebas, aparatos de ventilación mecánicos, etc.).

Hay que abordar la mejora de la financiación del sistema sanitario de forma urgente. Este abordaje es complejo porque al contexto de infrafinanciación crónico deben añadirse: un incremento del gasto producido por la aceleración del desarrollo de nuevos dispositivos tecnológicos, nuevos fármacos, nuevas prótesis y nuevos productos sanitarios, y la presión para incorporarlos; el crecimiento de la demanda de atención sanitaria, y el envejecimiento de la población e incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Ahora bien, el incremento de recursos tiene que ir acompañado por la incorporación de mecanismos y herramientas que garanticen la evaluación sistemática de coste-

efectividad de las prestaciones (dispositivos, fármacos y otros productos) y modelos de atención.

R21. Reforzar la salud pública con la identificación y el abordaje de las debilidades, especialmente con respecto a la adecuación de recursos, con el fin de ajustar el encaje en el sistema de salud, y dar más protagonismo a la comunidad

La salud pública (SP) es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad (Piédrola Gil, 2015)⁰¹⁵). La vigilancia epidemiológica, función fundamental del SP, contribuye a diseñar las estrategias para impedir la propagación de enfermedades y planificar los recursos para mejorar la salud de la población.

La pandemia de la COVID-19, enfermedad transmisible infecciosa, ha centrado la atención en la situación de la salud pública, evidenciando la necesidad de disponer de una red adecuadamente estructurada y dotada que permita detectar y alertar sobre la propagación y el impacto de cualquier patógeno. En esta emergencia sanitaria, también se ha tomado más conciencia de que la atención centrada en los individuos no es suficiente y se tiene que reforzar la atención centrada en la comunidad (Nittas & von Wyl, 2020). Los expertos y organismos internacionales también señalan que es imprescindible la detección y el control y seguimiento de todos los casos (asintomáticos y sintomáticos), con el fin de realizar un diagnóstico claro de la situación y de determinar el nivel de transmisión comunitaria.

En Cataluña, se han evidenciado debilidades en la gestión de la pandemia que hay que revertir con celeridad. Se requiere que la Red de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña (XVEC), en colaboración con el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), refuerce los mecanismos de control y de evaluación de acuerdo con la información disponible.

Es necesario intensificar la coordinación entre la SP y la atención primaria y comunitaria (APyC), sumando esfuerzos para ofrecer una respuesta conjunta. Se tiene que intensificar la monitorización de los cambios epidemiológicos, de la efectividad de las estrategias de SP y de APyC, y de su aceptación por parte de la población.



Mientras se espera una vacuna y se desarrollan tratamientos eficaces para la COVID-19, es necesario que se realicen una monitorización y seguimiento intensivos de la enfermedad con el fin de conocer sus consecuencias, tomar decisiones y aplicar medidas basadas en la evidencia y criterios unívocos. Deben aprovecharse, también, los beneficios de las tecnologías para mejorar la detección de casos y alertas y efectuar el seguimiento de contactos, respetando la confidencialidad de los datos.

El Departamento de Salud tiene que intensificar el esfuerzo para establecer canales de comunicación efectivos y disponer de la capacidad de recoger, tratar y compartir información fiable mediante un sistema de información robusto. La comunicación es imprescindible para permitir que todos los agentes del sistema conozcan de forma transparente la situación, sus consecuencias, las medidas que se adoptan y el impacto de estas medidas. De forma, se puede mantener el control y facilitar la implicación de los ciudadanos, los profesionales, los gestores y el conjunto del sistema y hacerles partícipes de ello. También, ayuda a mantener la credibilidad y a no crear alarmas innecesarias y garantizar un sistema de alerta y de gestión de brotes que prevenga y minimice la propagación de las enfermedades transmisibles. Y, además, deben realizarse auditorías técnicas para establecer los puntos clave de mejora.

R22. Incorporar a la agenda de las políticas de salud las cuestiones de salud global que puedan tener impacto en la salud de la ciudadanía.

La salud global adquiere relevancia en un mundo en que las cuestiones sobre la salud trascienden todo tipo de fronteras (geopolíticas, sociales, económicas, culturales, etc.) y donde son esenciales los determinantes de la salud.

En este contexto, son diversas las amenazas permanentes, y las enfermedades transmisibles constituyen un buen ejemplo de ello. En el año 2019, la OMS hablaba de un número mundial de 1.483 epidemias en 172 países durante los últimos 8 años (2011-2018) (Global Preparedness Monitoring Board, 2019). Los informes ya alertaban de la posibilidad de la propagación rápida y letal de un patógeno respiratorio que provocaría la muerte de entre 50 y 80 millones de personas, con un impacto económico sin precedentes (Global Preparedness Monitoring Board, 2019).



En la pandemia de la COVID-19, causada por un patógeno previamente desconocido, se ha observado variabilidad en el nivel de preparación y medidas gubernamentales aplicadas por los diferentes países (Chaudhry, Dranitsaris, Mubashir, Bartoszko, & Riazi, 2020), que hubieran podido ser más efectivas si hubieran sido comunes (la realización de pruebas diagnósticas, el confinamiento, el seguimiento de casos, el distanciamiento físico, etc.). Las proyecciones, los escenarios y la incertidumbre sobre esta pandemia y futuras epidemias y pandemias ponen de manifiesto la necesidad de organizar una respuesta global para preparar los sistemas de salud a escala mundial. Cataluña tiene que buscar mecanismos de participación en la preparación de respuestas globales a futuras crisis, en las cuales los sistemas sanitarios tendrán una especial relevancia, a la vista de la necesidad de cuidar de la salud de las personas que se genera.

Incorporar a la agenda de las políticas de salud las cuestiones de salud global implica actuar bajo los principios de solidaridad y respeto, de forma coordinada y en red, poniendo la salud pública en el centro y aplicando medidas basadas en la evidencia. Para llevarlo a cabo, hay que esforzarse por aceptar qué es y qué implica la salud global, e incorporarla a la agenda política. Se tienen que establecer políticas de coordinación y colaboración para el trabajo en red internacional que facilite la implicación de las autoridades y de todos los actores concernidos.

En Cataluña, el Departamento de Salud debe tener muy en cuenta esta realidad global para estar alerta sobre los acontecimientos en el mundo, viendo los retos y actuando de manera proactiva sobre los determinantes universales de la salud que, inevitablemente, nos afectarán, con el fin de mantener y mejorar la salud y el bienestar de la población.

R23. Orientar el modelo asistencial de atención primaria y comunitaria propuesto por el Consejo Asesor de Salud, teniendo en cuenta el equilibrio entre la atención centrada en la persona y la atención centrada en la comunidad

La crisis provocada por la pandemia y la posterior situación de brotes, con y sin transmisión comunitaria, han dado protagonismo a la atención primaria y comunitaria (APyC) en la resolución, la contención y la monitorización de la enfermedad.

La APyC ha sumado esfuerzos, de manera corresponsable, con la salud pública para la detección, atención, control y seguimiento de los casos. Al mismo tiempo, se ha seguido prestando apoyo a las residencias, a los hospitales de campaña y a los hoteles a medida y se han ido diagnosticando más casos. Paralelamente, la APyC, orientada a aumentar su capacidad resolutive desde hace años, especialmente en la atención a las personas con enfermedades crónicas y con riesgo de sufrir alguna, también ha continuado en contacto con su población de referencia y la ha estado atendiendo (generalmente, mediante visitas virtuales o atención domiciliaria). Ha intervenido atendiendo y conteniendo. Y ahora, se suma al seguimiento prolongado de todas las personas que, habiendo pasado la enfermedad, siguen mostrando sintomatología de forma crónica.

El Consejo Asesor de Salud (CAS) hizo un análisis de situación y una propuesta pre-COVID-19 de recomendaciones para orientar el modelo de atención primaria y comunitaria y abordar el modelo asistencial desde la proximidad (Consell Assessor de Salut, 2019b). El documento del CAS ya destacaba la necesidad de mantener la APyC como eje vertebrador del modelo asistencial sanitario, reforzando la salud comunitaria y trabajando para disminuir las desigualdades en salud y garantizar la accesibilidad, la transversalidad y la longitudinalidad, y con un claro protagonismo de la ciudadanía y los profesionales. También destacaba su necesaria integración tanto con la salud pública como con el ámbito social, así como la necesidad de aumentar la financiación y concreción de la cartera de servicios. Las recomendaciones también centraban el foco en la evaluación, la docencia, la investigación y la innovación, así como en el aprovechamiento de las tecnologías de la información con el fin de disponer de una APyC preparada y bien dotada para afrontar los retos actuales y futuros.

El CAS se remite al documento publicado en 2019, que considera válido. Debe reforzarse la APyC para que siga llegando a toda la población, y se tienen que garantizar la calidad y la continuidad de los cuidados con intervenciones de enfoque protector, preventivo y asistencial, individual y también comunitario. La APyC es considerada un elemento clave de la transformación del sistema de salud y bienestar catalán. Es especialmente importante para reforzar el sistema de una doble orientación: respecto a las personas y a las comunidades.

Al mismo tiempo, es necesario que la APyC incorpore los aprendizajes e innovaciones derivadas de la pandemia, con la inclusión en la práctica habitual de medidas como la

atención no presencial, y que ello se haga con cautela y respetando las necesidades de interacción física directa. También hay que aprovechar el papel clave de las enfermeras y los enfermeros como profesionales imprescindibles en la promoción, prevención y atención de proximidad a la ciudadanía y también se tienen que incorporar de manera estructural otros profesionales.

R24. Implementar el nuevo modelo de atención a las necesidades sociales y sanitarias propuesto por el Consejo Asesor de Salud, equilibrando al modelo de atención centrada en la persona con la necesaria mirada de atención centrada en la comunidad, que se ha evidenciado que es especialmente apropiada durante la pandemia.

La emergencia sanitaria de la COVID-19 ha evidenciado la necesidad de acelerar la transformación del sistema de salud y bienestar para mejorar la respuesta a las necesidades, preferencias y expectativas sociales y sanitarias de las personas. Una vez más, se ha demostrado que es imprescindible que se garantice la continuidad de la atención entre los servicios sociales y sanitarios esenciales, con el fin de cuidar de la población y, especialmente, de los colectivos que se encuentran en un contexto de vulnerabilidad.

El Consejo Asesor de Salud (CAS) hizo un análisis de situación y una propuesta pre-COVID-19 de orientaciones sobre el modelo de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias (Consejo Asesor de Salud, 2019a). En aquel momento, ya se destacaba el consenso político general que situaba la integración de la atención como elemento clave de la transformación del sistema de salud y bienestar, a pesar de la falta de acuerdo en la manera alcanzarlo.

El CAS proponía una fórmula específica con el fin de avanzar en la consecución de una atención integral e integrada social y sanitaria. Explicitaba que era necesario “crear un instrumento con capacidad de innovación para transformar la relación de los diferentes niveles de intervención e implicar a todos los actores. [...] Este órgano responde a la necesidad de disponer de un instrumento que ejerza la autoridad social y sanitaria haciendo efectiva la coordinación intersectorial e interadministrativa de forma dependiente pero diferenciada de la estructura actual de la administración gubernamental pública. De esta forma se podrá dotar de eficacia, agilidad y flexibilidad

a las soluciones a las necesidades y retos planteadas por las personas con dificultades sociales y de salud. [...] Consecuentemente, este órgano tendría que disponer de un presupuesto específico, de capacidad de determinar la compra de servicios o, en su defecto, de asignación de recursos sociales y sanitarios, y hacerse responsable de rendir cuentas para garantizar una atención social y sanitaria equitativa, de calidad y eficiente” (Consell Assessor de Salut, 2019a)). Esta idea ha sido reforzada por las recientes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre las reformas pos-COVID. La OMS pide a los sistemas sanitarios de los países que evolucionen hacia una gobernanza más integrada de la atención social y sanitaria (Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief, 2020).

Es importante que los ciudadanos sean atendidos desde la percepción de una única atención que resuelve sus problemas. Igualmente, también es primordial que los profesionales puedan desarrollarse con el convencimiento y la confianza en que cuentan con el apoyo de un ente que los ayuda a ser resolutivos y que lo hace bajo criterios de equidad, calidad y eficiencia.

R25. Abordar las debilidades del modelo de atención residencial equilibrando la gestión entre los departamentos competentes en salud y bienestar social, con la dotación presupuestaria y de recursos humanos y materiales suficientes, atendiendo las necesidades sanitarias, pero evitando la sanitización de las respuestas a las necesidades sociales.

La COVID-19 ha tenido un impacto devastador sobre las personas mayores y con comorbilidades como la diabetes, las enfermedades respiratorias y otros problemas de salud crónicos (Heymann & Shindo, 2020)020). El efecto todavía ha sido más importante cuando estas personas se encontraban en recursos de atención de larga duración, especialmente en las residencias, donde se ha registrado una elevada transmisión y mortalidad por COVID-19. Expertos de diferentes países identifican características comunes en los modelos de atención de larga duración centrados en las infraestructuras, en los modelos organizativos y en la dotación de recursos humanos como puntos clave de mejora (Inzitari et al., 2020). También existen estudios que relacionan una presencia más numerosa de personal enfermero y unos mejores resultados en la calidad de la atención en las residencias con el potencial de controlar

mejor la propagación del nuevo coronavirus y reducir las muertes (Li, Temkin-Greener, Gao, & Cai, 2020).

Actualmente, los perfiles de las personas mayores, las personas con discapacidad y las que tienen problemas de salud mental atendidas en el ámbito residencial son muy diferentes de los que existían en los años 80. La evolución que ha tenido lugar con respecto a la complejidad del estado de salud y social de los residentes conlleva que se tenga que reformular el modelo residencial. La atención a estas personas tiene que mantener la vertiente social y de salud y debe basarse en el nivel de complejidad de los cuidados que requieren. Es necesario que los servicios residenciales se reorganicen para ofrecer varios niveles de atención en función de las necesidades sociales y/o sanitarias de cada persona.

La atención residencial debe seguir desarrollándose, con un papel clave de los cuidados enfermeros y con la incorporación de varias profesiones sanitarias, con la estrecha colaboración de la atención primaria y comunitaria social y sanitaria y teniendo una mirada integral de las personas. En ningún caso se han de sanitarizar los problemas sociales ni intentar dar respuesta a las necesidades sanitarias desde el sistema social. En la coyuntura actual, es necesaria más implicación de los responsables de salud para proporcionar una atención integral e integrada a las personas que precisan recursos residenciales y/o de atención de larga duración que garanticen más seguridad.

Se tiene que clarificar, definir y delimitar qué corresponde al modelo residencial y qué al imprescindible modelo de cuidados intermedios, con el fin de evitar errores de interpretación y conseguir que las personas reciban la atención sin tener que preocuparse de quién la proporciona.

El Consejo Asesor de Salud ya apuntaba en anteriores documentos la necesidad de que la atención residencial debiera poder evolucionar hacia otras alternativas, con la determinación de diferentes niveles de intensidad de apoyo, más sanitario en función de las necesidades de las personas, y siendo coherentes con el enfoque comunitario y de proximidad (Consell Assessor de Salut, 2019a)).

R26. Elaborar protocolos y pautas con indicaciones explícitas y unívocas que incorporen criterios éticos para la atención en un contexto de crisis sanitaria, y que tengan en cuenta que, en un contexto de recursos limitados, la priorización

y, en su caso, el racionamiento, tienen que garantizar la equidad y evitar la disparidad de criterios.

Una de vivencias más cruentas de la pandemia ha sido el planteamiento de la posibilidad de tener que priorizar recursos cuando estos son limitados y tienen que llegar a todo aquel que lo necesite. El miedo de la ciudadanía, las publicaciones de los medios de comunicación y el intercambio en las redes sociales, entre otros, han creado una alarma social ante la posibilidad de tener que requerir recursos vitales de forma repentina y masiva, aunque las alianzas y la solidaridad entre los sectores han hecho posible que se palien las carencias de los dispositivos e instalaciones en un tiempo récord.

Esta situación ha centrado la atención en los protocolos y pautas de actuación, especialmente con relación a la atención al final de la vida, y en el criterio de la edad del paciente para descartar su acceso a un recurso de soporte vital. Estas pautas y protocolos, que en su mayoría estaban disponibles y se utilizaban antes de la pandemia bajo criterios clínicos, para ayudar a los profesionales a determinar las prioridades en el acceso a medidas de soporte vital y evitar el encarnizamiento terapéutico en beneficio del confort de las personas, han sido sometidos a juicio público.

El Departamento de Salud debe garantizar un modelo asistencial equitativo, inclusivo, de calidad, seguro y eficiente mediante el establecimiento de estrategias y directrices que impulsen y faciliten la elaboración de protocolos y pautas basadas en la evidencia. Este modelo tiene que formular respuestas para las necesidades de las personas, dotando a los profesionales de herramientas que los ayuden en la toma de decisiones en situación de crisis sanitaria. Los protocolos y pautas deben poner a disposición de los profesionales del sistema indicaciones explícitas y unívocas que eviten la disparidad de actuaciones y la variabilidad territorial en los resultados en salud.

Estos instrumentos tienen que incorporar los aspectos éticos del cuidado a la salud y el bienestar de las personas que impregnan el conjunto del sistema. En este sentido, deben elaborarse protocolos y pautas rigurosas y de consenso, para afrontar aspectos como la priorización de recursos en situación de crisis sanitaria cuando estos son limitados.

Es necesario hacer partícipes a los ciudadanos en el proceso de elaboración de estos protocolos y pautas para incorporar sus experiencias, preferencias y expectativas.

También, deben establecerse espacios estables para su participación en el debate de los aspectos éticos sobre las situaciones que afectan a la salud y al bienestar de las personas.

Además, es necesario que se diseñen campañas de comunicación que permitan el ejercicio de la transparencia y poner a disposición los protocolos, guías y pautas elaboradas de forma comprensible. Así también se evita la sensación de falta de liderazgo y coordinación en aspectos tan sensibles y transversales como la aplicación de las mejores prácticas.

R27. Establecer un espacio de reflexión y debate ético para formular recomendaciones que sirvan de modelo y guía sobre el acompañamiento de las personas institucionalizadas, especialmente en la fase final de la vida, en un contexto de emergencia. Las recomendaciones tienen que permitir que se garantice la equidad y deben basarse en criterios humanistas y de muerte digna.

La crisis de la COVID-19 ha sido especialmente impactante en el contexto de las personas mayores cuya “casa” es su residencia, espacio donde confluyen más vulnerabilidad y riesgos añadidos por la propia situación de dependencia y comorbilidad en gran parte de sus usuarios. Personas mayores, a menudo con diferentes patologías de base, con diferentes grados de dependencia y necesidades, polimedicadas, etc. En este contexto, y en el pico de la pandemia con los recursos limitados, el factor de la edad ha sido también relevante como un criterio más a tener en cuenta en la toma de decisiones, y ha supuesto en muchos casos que no se indicara una derivación hospitalaria o el acceso en un respirador, no siempre con claridad ni bastante justificación, y generando la idea de que las personas mayores ya no cuentan para el sistema y quedan excluidas. Seguramente, en muchas ocasiones este criterio era acertado, por la situación de base de la que partía la persona enferma y las escasas expectativas de supervivencia, pero el hecho de no contar con directrices claras y no existir una unidad de acción ha ayudado a generar una falsa imagen de que las personas mayores no eran prioritarias.

Así, muchas personas han muerto en las residencias y en los centros sanitarios, solas, sin ningún acompañamiento de sus familiares ni personas próximas, sin poder despedirse, y ha llegado a las familias una mera información telefónica y seguramente

todo ello ha generado situaciones de duelo nada fáciles. Y las personas que no han enfermado o que han superado la COVID-19 han sufrido también mucha soledad durante meses, confinamientos injustificados en habitaciones sin más contacto que el personal de la residencia, con poca o nula información, y sintiéndose prisioneros en su casa, incluso cuando el resto de la ciudadanía estaba ya en fases de desconfinamiento. En nombre de su protección, probablemente se ha sido más injusto con las personas mayores que con el resto de la ciudadanía.

Por toda esta realidad vivida resulta indispensable que se cree este espacio de debate, pluridisciplinar, con la participación de profesionales sanitarios y sociales, pero también y muy especialmente del ámbito de la ética, y hace falta ser capaces de concretar directrices y orientaciones que, con el máximo respeto de la dignidad de las personas y de su autonomía y, al mismo tiempo, también con criterios de justicia y equidad, permitan que los profesionales realicen un abordaje mejor y más humano en el ámbito residencial, en un escenario futuro de crisis sanitaria.

R28. Constituir, en el marco del Comité de Bioética de Cataluña, un grupo encargado de velar por las cuestiones éticas en el tratamiento de los datos y la información confidenciales.

Tal como se ha expuesto y se recoge en otras recomendaciones, la gestión de los datos de salud monitorizados para el control de la pandemia ha sido una de las experiencias vividas por la ciudadanía, que al mismo tiempo se ha mostrado receptiva y colaboradora, queriendo ayudar al control de los datos epidemiológicos. No obstante, la información sobre la salud es altamente sensible y conlleva la necesidad de tomar las medidas cautelares suficientes que garanticen la seguridad, la confidencialidad y que no se utilice para finalidades que no sean el objetivo inicial que ha justificado su recogida.

En el marco de la COVID-19, la información a la ciudadanía sobre las apps y otros mecanismos de seguimiento ha resultado muy intensa en la demanda de colaboración, pero escasa, en cambio, con respecto a la transparencia, explicación de los mecanismos de gestión de los datos, usos que se les da, etc. Al mismo tiempo, con el debate sobre la mesa respecto a los cribados poblacionales con serologías, pruebas de detección de la enfermedad, acreditaciones de inmunidad, etc., todo este tema resulta



más relevante y es un deber de la Administración velar para que cualquier medida a implementar pase antes por el filtro de la corrección ética y el respeto de los derechos básicos de los ciudadanos.

Por ello es imprescindible contar con un ente u organismo que tenga esta misión y con el cual se consulte y se analice cualquier medida que se pretenda aplicar en este ámbito. Es cierto que se dispone de la Agencia Catalana de Protección de Datos, pero su función se limita a la revisión del cumplimiento del marco legal, y no siempre todo aquello que la norma permite es éticamente aceptable o hay que ponderar su extensión y proporcionalidad.

Una comisión o grupo vinculado al Comité de Bioética de Cataluña, del que también pudieran formar parte expertos en datos, resultaría en esta tranquilidad de que se vela no solo por la protección de datos en sentido jurídico sino también por la calidad ética de las medidas a aplicar. Años atrás, el Comité de Bioética de Cataluña ya tenía una comisión permanente, de funcionamiento independiente, denominada Comisión Asesora para el Tratamiento de la Información Confidencial (CATIC). Se propone que se reanude su funcionamiento, se actualice la composición y se definan claramente su misión y objetivos.

R29. Crear espacios o grupos de debate, de toma de decisiones y de elaboración de recomendaciones con todas las partes implicadas, especialmente en un contexto de crisis, en torno a los límites de la intervención sanitaria y las tensiones que se generan entre los derechos individuales y el bien común o la salud de la colectividad.

La pandemia ha sacudido conciencias y ha provocado inquietudes en cuanto a los límites de la ciencia, la tecnología y la ética en la atención a la salud de las personas. Paralelamente, las medidas gubernamentales adoptadas para afrontar la pandemia de la COVID-19 han generado tensiones entre los derechos individuales y los intereses colectivos, que a menudo ya se contraponen en situaciones diversas.

En este contexto, es preciso un debate profundo sobre los límites de la intervención sanitaria entre todos los agentes implicados en la protección y promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención a las personas con necesidades de

salud: ciudadanía, profesionales, gestores, planificadores y expertos en ética, entre otros.

Hay que establecer unos valores de consenso para valorar los aspectos éticos de las intervenciones sanitarias asistenciales y de salud pública. Desde los valores, se puede encontrar el equilibrio entre los derechos individuales y los intereses colectivos cuando se apliquen medidas que afectan a todos los ciudadanos de forma drástica. En esta línea, debe garantizarse el respeto a los derechos básicos de los ciudadanos evitando medidas que puedan ser discriminatorias o excluyentes y que siempre tienen que ser guiadas por el criterio de proporcionalidad.

R30. Acelerar la implementación de las estrategias de transformación del sistema definidas pendientes de aplicación, previa revisión e incorporación de la experiencia adquirida durante la crisis, y evitar duplicidades.

La crisis ha situado los sistemas sanitarios de los diferentes países al límite, y los ha obligado a desplegar grandes transformaciones en un corto plazo para dar respuestas inmediatas a las necesidades que iban surgiendo. Una parte de estas transformaciones no empezaba de cero. Las soluciones que se han ido desarrollando a lo largo de estos meses, en muchos casos, partían de marcos estratégicos que ya se habían definido, pero que todavía no habían sido implementados.

El contexto de la crisis sanitaria ha permitido impulsar y reafirmar la necesidad de llevar a cabo transformaciones anteriormente formuladas, compartidas por el Consejo Asesor de Salud. Algunos de estos elementos clave de transformación son la participación de la ciudadanía en las políticas públicas, la participación de los profesionales en las estrategias del sistema, la ordenación, planificación y formación de los profesionales, el papel de la atención primaria y comunitaria, el nuevo modelo de salud pública o la integración social y sanitaria.

Es necesario que los cambios iniciados en el transcurso de la crisis se impulsen y se consoliden, implementando la totalidad de las estrategias y contribuyendo a una verdadera transformación del sistema de salud y bienestar, para llegar a una atención integral e integrada, equitativa, inclusiva, de calidad, segura y eficiente. Todos estos

cambios deben acompañarse de avances en la financiación, la cartera de servicios, la investigación y la innovación o en la colaboración público-privada.

R31. Desarrollar, ensayar e implementar las herramientas y alternativas tecnológicas que faciliten la toma de decisiones en la gobernanza, la planificación, la gestión y la atención.

La pandemia de la COVID-19 ha obligado a avanzar, en un tiempo récord, en la implantación de herramientas y alternativas tecnológicas que se preveía que tardarían años en implementarse o desarrollarse, y que han sido primordiales en la gestión de la crisis. Se han impulsado, por ejemplo:

- La telemedicina para facilitar la atención virtual (no presencial), de manera que se evitan las reuniones físicas y se reduce el riesgo de transmisión de la enfermedad.
- La inteligencia artificial en el estudio del comportamiento del virus, la predicción de nuevos brotes, la prevención de la propagación, la protección de los profesionales, etc.
- Las innovaciones colaborativas, que han unido a varios sectores, la comunidad de código abierto, etc., con gran potencial para generar ideas e innovaciones.

En Cataluña, hay que promover el desarrollo, ensayo e implementación de herramientas y alternativas tecnológicas seguras y basadas en la evidencia. La tecnología debe ayudar a avanzar en la equidad e inclusividad, teniendo en cuenta los aspectos éticos y la provisión de una atención de calidad, segura y eficiente. Se trata de incorporar inteligencia a los datos sin deshumanizar la atención.

Para llevarlo a cabo, sin embargo, se tiene que disponer de datos de gran calidad y sistemas de información robustos y hay que defender explícitamente la confidencialidad, la transparencia y la rendición de cuentas con respecto al uso de los datos. También, deben superarse las principales barreras para su aplicación, como podrían ser los problemas de interoperabilidad y la seguridad.



Es imprescindible que se lleve a término una evaluación rigurosa de las tecnologías aplicadas en el ámbito de salud y el bienestar de las personas. En este sentido, es clave que se recupere el papel de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) como agencia independiente de evaluación de las tecnologías que recomiende y oriente la adopción de las mejores para el sistema de salud y bienestar.

También, hay que establecer un marco normativo a este respecto, de acreditación y adaptación del sistema de pago para la aplicación transversal de la telemedicina, la inteligencia artificial y las innovaciones colaborativas para mejorar la respuesta del sistema a las necesidades sanitarias y sociales de las personas.

R32. Elaborar un marco de orientación y ordenación de la investigación e innovación para un contexto de emergencia, con el fin de establecer a qué necesidades se tiene que dar respuesta, cómo se tiene que llevar a cabo y cómo debe financiarse.

En los tiempos de la COVID-19, la comunidad científica, acostumbrada a la colaboración internacional, ha impulsado radicalmente esta colaboración. Se ha realizado un esfuerzo conjunto inmenso, sin precedentes, para cooperar y avanzar en la investigación de tratamientos y vacunas a escala mundial. La pandemia ha motivado el intercambio de conocimientos científicos, con frecuencia de forma gratuita, que ha permitido el avance de proyectos de investigación colaborativos que se han aprobado y ejecutado en un tiempo récord.

El mundo ha adquirido conciencia de que el conocimiento, la docencia, la investigación y la innovación, que tienen que arraigarse en los principios bioéticos básicos, son elementos decisivos para afrontar los problemas de estas dimensiones. Ciudadanos, investigadores, organismos e instituciones de investigación, agencias reguladoras, comités éticos, etc., han sumado esfuerzos por un objetivo común. Esta conciencia ha sido el catalizador de la movilización de recursos realizada a todos los niveles. En Cataluña, se han destinado recursos específicos de manera inmediata mediante convocatorias competitivas. Y debe mantenerse esta fórmula más allá de los efectos de la crisis.

Se tiene que destacar el valor de la investigación y de la innovación y los agentes implicados, pero también hay que poner el acento en la cuestión de que no todo vale.



Deben establecerse mecanismos de control de calidad de la investigación en un contexto de emergencia sanitaria. Es necesario que se eviten la discrecionalidad en las prácticas de investigación y los conflictos de interés y hay que maximizar el interés de la colectividad, así como los derechos individuales de las personas a quienes se implique en esa investigación. También debe tenerse en cuenta que el trabajo contrarreloj ha resultado en que los tratamientos se fueran definiendo a medida que se probaban fármacos, con el método ensayo-error, ante la falta de alternativas. Hay que ordenar y trasladar los resultados a protocolos y guías para garantizar las mejores prácticas, para garantizar la calidad y la seguridad.

De la misma forma, los resultados de la investigación y de la innovación en políticas de salud tiene que traducirse en guías de planificación y gestión basadas en el estudio de la efectividad de las medidas de control de la pandemia (Nussbaumer-Streit et al., 2020; Park, Cook, Lim, Sun, & Dickens, 2020). Los resultados y nuevas preguntas tienen que servir para determinar las futuras líneas de investigación en el ámbito de la planificación, la gestión, la prevención y la atención en un contexto de emergencia sanitaria. Al mismo tiempo, se tiene que promover que estos resultados impacten en el tejido productivo catalán, para que las soluciones a estas necesidades en salud orienten su actividad.

En esta pandemia, la otra cara de la moneda ha sido el abandono de muchos otros aspectos, ámbitos y líneas de la investigación en salud, que aparentemente no tenían impacto directo en las consecuencias de la COVID-19. En una situación de crisis, se tiene que poder compaginar la investigación dirigida a solucionar la crisis y las causas que la provocan, pero debe poder compaginarse con otras líneas de investigación que también sean prioritarias.

Es necesario invertir para que los centros de investigación catalanes, que tienen una gran capacidad de adaptación a la innovación, sean todavía más fuertes y competitivos y que el talento de las personas se dedique más a la propia investigación que a la búsqueda de recursos y a la justificación de su utilización.

R33. Impulsar y promover la capacidad productiva, en paralelo al aprovisionamiento y la compra pública anticipada, que permita garantizar la disponibilidad permanente de materiales y medicamentos, así como la creación de organismos habilitados para realizar su acreditación.



La emergencia sanitaria por la COVID-19 ha provocado un aumento ingente e imprevisto de la demanda de tratamientos, equipamientos y materiales. Esta ha sido uno de las principales preocupaciones y ocupaciones de gobernantes y responsables sanitarios durante la fase más dura de la pandemia. La escasez de materiales y medicamentos esenciales ha aumentado los riesgos para los profesionales y ciudadanos, y ha dificultado el control de la propagación del virus en el mundo.

La capacidad de producción y distribución es clave para garantizar que todo aquel que lo necesite disponga de los medios esenciales para controlar una situación de crisis. Los escenarios de futuro sugieren que hace falta tener prevista, de manera estructural, la disponibilidad de materiales y medicamentos imprescindibles para afrontar posibles brotes, epidemias y pandemias, cualquiera que su patógeno o elemento causante (conocido o desconocido).

Debe encontrarse el equilibrio entre forzar la producción colaborativa internacional o impulsar la producción propia. La experiencia, sin embargo, ha puesto en evidencia la necesidad de impulsar la capacidad de producción propia ante la competencia, que provoca desabastecimiento de los mercados e incremento desproporcionado de los precios.

Cataluña, con su competencia científica y su tejido industrial, tiene capacidad para liderar propuestas de producción propia para responder a su ciudadanía y, en la medida de lo posible, ser solidarios con otros. El conocimiento, la experiencia y la capacidad de producción tienen que servir de catalizadores para reforzar los mecanismos productivos existentes y crear nuevos mecanismos.

El Departamento de Salud tiene que elaborar un plan de necesidades sobre los tratamientos, equipamientos y materiales, y debe ponerlo a disposición del tejido empresarial con el fin de orientar e impulsar una producción responsable que conlleve respuestas adecuadas en un contexto de crisis.

Garantizar la seguridad de las personas pasa por garantizar la calidad de la producción de materiales y medicamentos. Es clave que se disponga de organismos propios que aprueben y acrediten los medicamentos y materiales. La experiencia vivida ha puesto de manifiesto la necesidad de agilizar los trámites y procesos de aprobación y acreditación para poder tenerlos a disposición con el mínimo tiempo posible, pero con las máximas garantías.

La autoridad sanitaria tiene que realizar una previsión de escenarios de necesidades de materiales, equipamientos, medicamentos y productos farmacéuticos a fin de que su producción se pueda ajustar a la demanda.

5. Bibliografía

- Chaudhry, R., Dranitsaris, G., Mubashir, T., Bartoszko, J., & Riazi, S. (2020). A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes. *EClinicalMedicine*.
<https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2020.100464>
- Codagnone, C., Lupiañez-Villanueva, F., Liva, G., Folkvord, F., Bogliacino, F., Charris, R., ... Reith, G. (2020). *Estudio sobre los efectos del Covid-19 y el confinamiento en Italia, España y Reino Unido. Primera ola*. Retrieved from <https://open-evidence.com/wp-content/uploads/2020/05/20-05-10-COVID19-Open-Evidence-1-wave-ES.pdf>
- Consell Assessor de Salut. (2019a). *Orientacions sobre el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries*. Barcelona. Retrieved from https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-necessitats-socials-i-sanitaries.pdf
- Consell Assessor de Salut. (2019b). *Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària*. Barcelona. Retrieved from https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-apic.pdf
- European Council. (2020). *Joint European Roadmap towards lifting COVID-19 containment measures*. Retrieved from <https://www.consilium.europa.eu/media/43076/26-vc-euco-statement-en.pdf>
- Frazer, J. S., Shard, A., & Herdman, J. (2020). Involvement of the open-source community in combating the worldwide COVID-19 pandemic: a review. *Journal of Medical Engineering & Technology*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/03091902.2020.1757772>
- Global Preparedness Monitoring Board. (2019). *A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies*. Geneva. Retrieved from <http://apps.who.int/iris>
- Heymann, D. L., & Shindo, N. (2020, February 22). COVID-19: what is next for public health? *The Lancet*. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30374-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30374-3)
- Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals Academy of Medicine, Singapore*.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Inzitari, M., Risco, E., Cesari, M., Buurman, B. M., Kuluski, K., Davey, V., ... Bettger, J. P. (2020). International COVID-19 Palliative Care Guidance for Nursing Homes Leaves Key Themes Unaddressed. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1–5.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.151>
- Lee, T. H. (2020). Creating the New Normal: The Clinician Response to Covid-19.
<https://doi.org/10.1056/CAT.20.0076>
- Li, Y., Temkin-Greener, H., Gao, S., & Cai, X. (2020). COVID-19 infections and deaths among Connecticut nursing home residents: facility correlates. *J Am Geriatr Soc*.
<https://doi.org/10.1111/jgs.16689>



- Lopez Casasnovas, G., & Casanova, M. (2020). *La malaltia de la sanitat catalana: finançament i governança*. PROFIT editorial.
- Nittas, V., & von Wyl, V. (2020). COVID-19 and telehealth: a window of opportunity and its challenges. *Swiss Medical Weekly*, (150), w20284. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20284>
- Nussbaumer-Streit, B., Mayr, V., Dobrescu, A. I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., ... Gartlehner, G. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD013574. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574>
- Park, M., Cook, A. R., Lim, J. T., Sun, Y., & Dickens, B. L. (2020). A Systematic Review of COVID-19 Epidemiology Based on Current Evidence. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 967. <https://doi.org/10.3390/jcm9040967>
- Piédrola Gil. (2015). *Medicina preventiva y salud pública. 12th Edition*. Retrieved from <https://www.elsevier.com/books/piedrola-gil-medicina-preventiva-y-salud-publica/fernandez-crehuet-navajas/978-84-458-2605-8>
- Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief*. (2020). Geneva. Retrieved from (WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Vieta, E., Pérez, V., & Arango, C. (2020). Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Reprinted from Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>
- World Health Organization. (2020). *COVID-19 Strategy update*. Geneva. Retrieved from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19&download=true



6. Composición del Consejo Asesor de Salud

Miembros del Consejo Asesor de Salud:

- Manel Balcells Diaz, presidente
- Xavier Bonfill Cosp
- Joan Lluís Borràs Balada
- Carme Borrell Thió
- Pere-Joan Cardona Iglesias
- David Elvira Martínez
- Pilar Espelt Aluja
- Alícia Granados Navarrete
- M. Cristina Martínez Bueno
- Ramon Pujol Farriols
- Núria Terribas Sala

Secretaría Técnica y redacción del documento:

- Iria Caamiña Cabo
- Elena Calvo Valencia
- Carme Planas Campmany