

EL SISTEMA DE SALUD POSTCRISIS DE LA COVID-19

Primeras valoraciones del Consejo Asesor de Salud

29 de abril de 2020



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 deseado, a medio y largo plazo, que plantee cómo tendría que ser el sistema de salud postcrisis de la COVID-19.

Alba Vergés, consejera de Salud

La visión del Consejo Asesor de Salud

El Consejo se deberá centrar en la elaboración de recomendaciones que orienten al modelo asistencial postcrisis, 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.....	6
2. Breve análisis y aprendizajes derivados de la crisis.....	9
2.1. Los aspectos éticos de la gestión y actuación en la pandemia.....	11
2.2. Transformaciones identificadas antes de la crisis y que se mantienen válidas	13
3. Visión del Consejo Asesor de Salud	15
4. Las recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la postcrisis de la COVID-19	17
5. Miembros del Consejo Asesor de Salud.....	22

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.

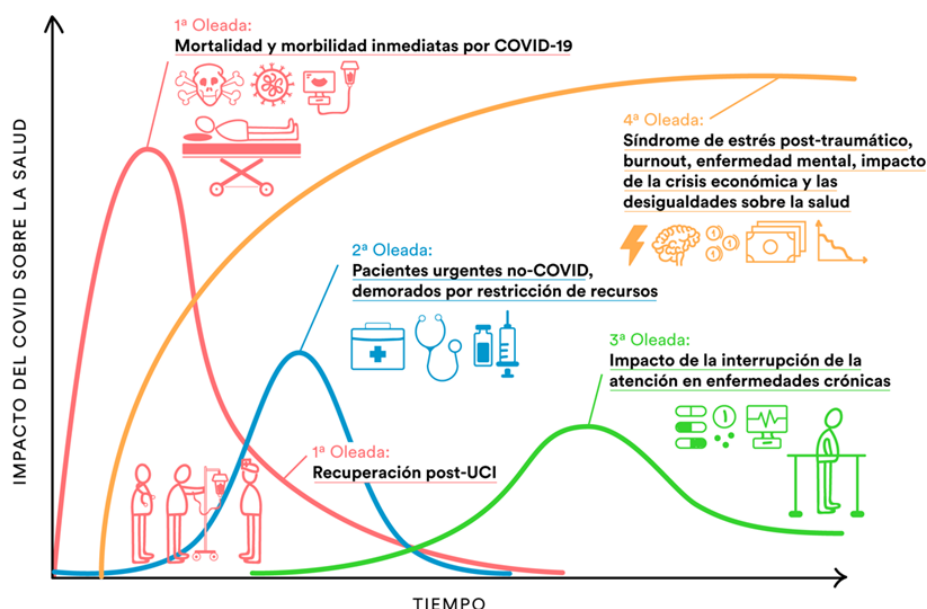
En este contexto de emergencia sanitaria, la crisis de la COVID-19 ha evidenciado la fragilidad de nuestro sistema sanitario, y ha puesto de manifiesto que hay reformas del sistema de salud y bienestar que hace años que esperan y que ya no pueden esperar más. También se ha puesto de manifiesto la bondad de un sistema sanitario de acceso universal y la importancia de la intervención pública de la gestión de 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 aparte de una red de redes interconectadas. En ese sentido, esta crisis ha acelerado la implicación y corresponsabilización de las personas y las comunidades, así como la flexibilización necesaria de organizaciones y profesionales, estos cada vez más exigentes y legitimados por la ciudadanía.

En un artículo reciente, expertos en economía y salud han descrito el impacto de la COVID-19 en cuatro oleadas (figura 1). Las consecuencias a corto y medio plazo requieren respuestas inmediatas. Las primeras consecuencias, la mortalidad y la morbilidad inmediatas provocadas por la COVID-19, las está afrontando ahora 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 las organizaciones del ámbito sanitario y social. Posteriormente, las oleadas segundas y terceras irán incrementando a medida que se recupere la capacidad de la actividad del sistema no relacionada con la COVID-19. Para hacer frente a ellas se está iniciando el proceso de reactivación de la

atención más urgente a 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. Eso derivará en un empeoramiento del estado de salud y, posiblemente, de las condiciones de vida de las personas que han visto demorada su atención. Finalmente, se describe una cuarta oleada, sin picos, pero sostenida en el tiempo y con impacto transversal. Esta última oleada prevé un aumento de casos de síndrome de estrés posttraumático, Burnout y enfermedad mental, así como el impacto de la crisis económica y del 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 onduladas), AES abril 2020



Llebad 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 a: <http://www.aes.es/blog/2020/04/19/la-salida-mejorar-la-capacidad-de-respuesta-sanitaria-y-social/>

Será necesario estar muy atentos para ver cómo evoluciona la situación, prever escenarios y avanzar en las medidas proactivas de respuesta postcrisis –centradas en las personas y las comunidades, los profesionales y las organizaciones– que permitan paliar sus efectos. Al mismo tiempo, se tendrá 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 hacer un debate y una reflexión ética sobre determinadas medidas que afectan 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 hay que orientar el sistema sanitario en la etapa postcrisis 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 al futuro.

En las próximas semanas, el CAS elaborará el documento definitivo, donde se profundizará en el cambio de modelo estructural que intuimos que estaremos obligados a desarrollar.

2. Breve análisis y aprendizajes derivados de la crisis

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

Aun así, también se ha adelantado 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 Consejo pone el foco en las cuestiones relevantes en relación con 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, de la Consejería de Salud en el momento de tomar decisiones.

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

- Entre las fortalezas, se destacan:
 - o La solidaridad de la ciudadanía, especialmente respecto al gran esfuerzo que ha hecho en el confinamiento, con todas las dificultades que comporta.
 - o La solidaridad y flexibilidad de los profesionales para adaptar su día a día para hacer frente a la COVID-19.
 - o La capacidad de adaptación y flexibilización del sistema ante las crisis. El esfuerzo llevado a cabo por reorganizar los centros sanitarios de todo el territorio y transformarlos en centros COVID-19. También el incremento de la

capacidad en número de camas para los cuidados intensivos y la transformación de equipamientos diversos en hospitales de campaña. Paralelamente se han generado protocolos nuevos y diversos, pero con variabilidad territorial.

- o El potencial de las herramientas digitales.
 - o 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 de la teleasistencia.
- A pesar de las fortalezas del sistema de salud ante la crisis, también se han identificado debilidades:
 - o 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 deberían llegar de manera equitativa a todo el mundo que lo necesitara.
 - La atención al proceso de final de la vida.
 - o Falta de integración asistencial en los ámbitos de la salud y social que se evidencia por una coordinación mejorable en el territorio.
 - o Deficiencias en el análisis y la 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.
 - o 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).
 - o Falta de una voz científicotécnica consensuada, autorizada y reconocida del ámbito de la salud, visible como referente del sistema de salud.

- o Falta 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 estos centros de recursos para hacer frente a la situación.

2.1. Los aspectos éticos de la gestión y actuación en la pandemia

Los aspectos éticos, que impregnan el conjunto del sistema, se recogen esencialmente en 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 el mundo que lo necesite**

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

Con la crisis de la COVID-19 esta carencia de recursos se ha manifestado de manera repentina y masivamente. La afectación masiva del virus en la ciudadanía, con carácter muy grave en un cierto número de personas, ha hecho necesario plantearse criterios que ayudaran a los profesionales a determinar las prioridades en el acceso a medidas de apoyo vital.

Aunque las alianzas y la solidaridad entre sectores han hecho posible paliar las carencias de dispositivos y de instalaciones en 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 parezca. Hay que decir, sin embargo, que en la práctica estas decisiones han sido minoritarias, seguramente por el hecho de haberse procurado recursos suficientes para soportar los picos de la crisis.

Con todo, 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 en la ciudadanía ante el posible planteamiento de establecer determinados criterios casi como prioritarios, como podría ser la edad de la persona. Estos planteamientos han generado una alarma social, totalmente evitable, entre la población mayor 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 el aislamiento total de las personas enfermas, a pesar de encontrarse en proceso de final de la vida, y, posteriormente, se fue extendiendo la indicación de permitir el acceso de un familiar para acompañarlas los últimos días de vida, debidamente equipado y con compromiso de 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 despedirlos y sufriendo un luto nada fácil. El elemento de casi “inhumanidad” se ha ido modulando con los días, a partir de documentos de reflexión que recomendaban un cambio de criterio. Probablemente, con la experiencia adquirida, podríamos convenir que este criterio hubiera sido adecuado aplicarlo desde el primer momento, y evitar así mucho sufrimiento.

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

La ciudadanía se ha mostrado totalmente receptiva y colaboradora en aquellas iniciativas públicas de seguimiento y monitorización de los ciudadanos, 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 de menos información sobre la gestión de estos datos, sobre las garantías de confidencialidad, sobre el recorrido que tendrán y qué usos se podrá hacer. Hace falta tener en cuenta que afectan derechos fundamentales de las personas y, cuando menos, hay que ser transparentes e informar de ello abiertamente.

La gestión de datos de salud siempre va unida bien sea a la investigación bien sea a la asistencia. Tanto en un ámbito como en otro se dispone de estamentos para someter a debate cuándo se produce un conflicto de valores. En este sentido disponemos de los comités éticos de investigación y de los comités de ética asistencial. Y, en relación con la gestión de datos macro (*bigdata*), también disponemos 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 manera, pues, en la gestión imprescindible de datos relacionados con la COVID-19, es necesario dar 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 haciendo frente a 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; se han entregado muy por encima del 100% en su tarea, sin escatimar 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 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 manera recurrente de la capacidad resolutive de la atención primaria y comunitaria (APiC), especialmente en la atención a las personas con enfermedades crónicas y con riesgo de sufrirlas. También, sobre aspectos de ordenación y planificación de profesionales, incluida la necesidad de adaptar los roles profesionales. La investigación y la innovación, la telemedicina y la colaboración publicoprivada también han estado previstas.

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 el APiC, la atención especializada y la atención social. La necesidad de integrar servicios y poner a las personas y las comunidades en el centro de la atención es 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 a las personas y a las comunidades, desde una perspectiva multidisciplinar.

Otros aspectos prioritarios que continúan vigentes y sobre los cuales hay que seguir trabajando y avanzando en la postcrisis de la COVID-19 son:

- La necesidad de seguir trabajando para eliminar las desigualdades en salud, poniendo énfasis en las diferencias socioeconómicas y de género.
- Seguir potenciando el envejecimiento saludable y la accesibilidad equitativa a los servicios de atención a la salud social y sanitaria.
- 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– seguirán siendo un eje estratégico de todas las políticas de salud y sociales.
- El desarrollo continuo del conocimiento y los avances científicos y tecnológicos mantendrán 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 fueron nombrados a finales del 2018 con el encargo de repensar y reorientar al modelo de futuro de acuerdo con las necesidades y los cambios sociales, demográficos y tecnológicos de los próximos años. Lo tenían que hacer 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 detenido 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...), los profesionales (los roles, las especialidades, el valor de la humanización, la ética, el reclutamiento y las proyecciones, la formación...), las organizaciones del sistema (hasta donde puede llegar su capacidad de reacción y reinversión, su flexibilidad...) y los avances tecnológicos y la innovación (la agilidad con la cual las innovaciones se han implementado, el impacto de la tecnología en la atención no presencial en tiempo de crisis respecto del ritmo normal de implementación...).

Esta crisis nos obliga a reflexionar sobre lo que ha pasado, a hacer diferente y a proyectar diferente. Nos lleva 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 hay una serie de aspectos básicos que no teníamos bastantes 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 tiene que permitir analizar nuestras fortalezas y debilidades, y aprender las lecciones oportunas de cara al futuro.

Quizás todavía es pronto y hace falta un poco más de tiempo y distancia para hacer un análisis cuidadoso del impacto de la pandemia. Aun así, desde el Consejo 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.

Un “rinoceronte gris” es una amenaza muy probable, inminente; podemos ver la nube de polvo al horizonte mucho antes de que se vea el 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 where the Obvious Dangers We Ignore, 2016

El Consejo, reunido en abril de 2020 en sesiones telemáticas extraordinarias, se ha centrado en el replanteamiento de algunos aspectos del sistema de salud. Concretamente, a identificar los aprendizajes derivados de la crisis y a formular recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la postcrisis de la COVID-19. Parte de las premisas que el sistema debe ser justo, equitativo, de calidad y eficiente. También, 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.

4. Las recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la postcrisis de la COVID-19

La urgencia recae ahora a 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, de calidad y eficiente, y tomando decisiones para mantenerlo viable a medio y a largo plazo.

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.
- 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 a las directrices que se tienen que dar en los centros y profesionales sanitarios, y priorizar la atención (retrasada y nueva). Estos criterios deberían ser elaborados por un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud (personal gestor y asistencial), profesionales del ámbito de la bioética y la ciudadanía. Será necesario velar por evitar la utilización exclusiva de criterios de eficiencia económica, e incorporar criterios de equidad, de resultados en la salud y bienestar, y de satisfacción y calidad de vida.
- R4. Mantener la disponibilidad de estructuras y circuitos sanitarios y sociales necesarios, preparados por si se producen nuevos brotes.

- R5. Identificar y documentar las innovaciones desarrolladas en el transcurso de la crisis que han aportado valor, seleccionar aquellas que sean escalables, y elaborar un plan de implementación viable.

Ciudadanía

- R6. Definir y priorizar el despliegue de estrategias de protección social y de la salud dirigidas a la atención a las personas en 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.

Profesionales

- R8. Reconocer, mediante medidas concretas de ámbito estructural, 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.

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 y, disponer 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 de los roles de los profesionales y de las organizaciones.

- R12. 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 monitorar los equipamientos y los recursos sanitarios y sociales, y facilitar la alineación de los agentes del sistema, la toma de decisiones, la evaluación y la transparencia.
- R13. 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.
- R14. 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. Habrá que hacer un seguimiento de la calidad del despliegue y evaluación del impacto de este modelo de atención en los núcleos familiares.
- R15. 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. Tendría que contener: gestión de *stock*s críticos (productos sanitarios, tecnología, productos diagnósticos y medicamentos), canales seguros de adquisición y distribución de materiales y recursos, activación de profesionales, actuaciones civiles (hospitalización de campaña, adaptación de espacios sanitarios y espacios públicos...), actualización de guías (especialmente diagnóstica, asistencial y bioética), procesos de coordinación en los territorios y actuación comunitaria con los diferentes organismos públicos, circuitos y modelos de comunicación pública e interna, modelo claro de gobernanza de la crisis (comités y circuitos de decisión).
- R16. Constituir un comité asesor de crisis formado por personas expertas en la materia, plurales y reconocidas, para formular recomendaciones consensuadas y fundamentadas. De entre los miembros de este comité, se tiene que seleccionar una única persona que ejerza de portavoz experto y transmita el conocimiento científicotécnico en el que la autoridad sanitaria apoye su toma de decisiones, y evitar así transmitir al sistema y a la ciudadanía opiniones contradictorias.

Sistema

- R17. Reforzar la gobernanza y el liderazgo por parte de la autoridad sanitaria para facilitar la alineación, la coordinación y/o la colaboración de las instituciones sanitarias y los recursos del sistema de salud.
- R18. 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 las prestaciones de acuerdo con el valor añadido.
- R19. 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.
- R20. Incorporar a la agenda de las políticas de salud las cuestiones de salud global que puedan tener impacto en la salud de la ciudadanía.
- R21. Implementar el nuevo modelo de atención a las necesidades sociales y sanitarias propuesto por el Consejo, equilibrando el modelo de atención centrada en la persona con la necesaria mirada de atención centrada en la comunidad, que se ha evidenciado especialmente apropiada durante la pandemia.
- R22. Abordar las debilidades del modelo de atención residencial, manteniendo las competencias en el Departamento de Salud, con la dotación presupuestaria y de recursos humanos y materiales suficientes, y evitar la sanitización de las respuestas a las necesidades sociales.
- R23. Elaborar protocolos y pautas con indicaciones explícitas y unívocas que incorporen criterios éticos para la atención, en el marco del Comité de Bioética de Cataluña, y que tengan en cuenta que en un contexto de recursos limitados la priorización tiene que garantizar la equidad y evitar la variabilidad.
- R24. 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 tendrán que permitir garantizar la equidad y se tendrán que basar en criterios humanistas y de muerte digna.

- R25. 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.
- R26. Crear espacios de debate entre gestores, expertos en ética, profesionales y ciudadanía en torno a los límites de la medicina y las tensiones que se generan entre derechos individuales y colectivos que elaboren recomendaciones.
- R27. 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.
- R28. 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.
- R29. Elaborar un marco de orientación y ordenación de la investigación 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.
- R30. Impulsar y promover la capacidad productiva que permita garantizar la disponibilidad permanente de materiales y medicamentos, así como la creación de organismos habilitados para hacer su acreditación.

5. Miembros del Consejo Asesor de Salud

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:

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