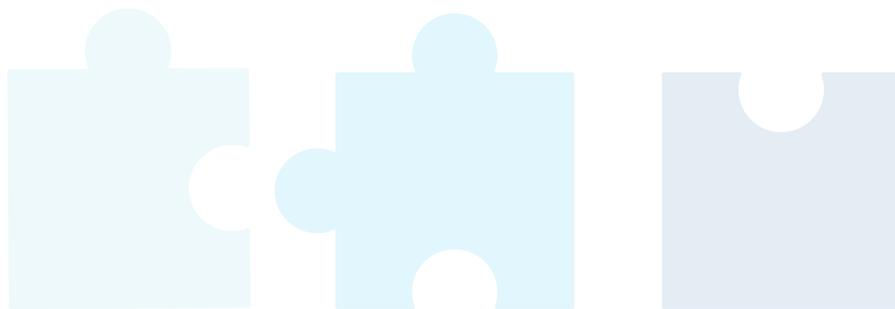


IMPACTO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS:

25 PROPUESTAS A PARTIR DE LO QUE HEMOS APRENDIDO



Societat Catalana de
Gestió Sanitària



L'Acadèmia
FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

**Impacto de la pandemia del COVID-19 en las organizaciones sanitarias:
25 propuestas a partir de lo que hemos aprendido**

Junta Directiva de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria: Pere Vallribera, Manel del Castillo, Roser Fernández, Josep Maria Argimon, Xavier Bayona, Jaume Benavent, Alba Burgués, Joan X. Comella, Ramon Cunillera, José Augusto García, Pau Gomar, Rafael Gotsens, Manel Jovells, Frederic Llordachs, Enric Mangas, Xavier Mate, Vicente Ortún, Olga Pané, Esteve Picola, Jaume Raventós, Ignasi Riera, Helena Ris, Lluís Segú, Núria Serra y Jordi Varela.

Tino Martí i Gemma Bruna

ÍNDICE

Introducción	5
Lecciones aprendidas	6
Una buena respuesta organizativa a todos los niveles	6
Ineficacias y déficits	9
25 propuestas a partir de lo que hemos aprendido	
I. Hacia un sistema de salud más dotado, efectivo y ágil	11
II. La gestión de las organizaciones sanitarias importa... y mucho	12
III. Medidas específicas: mientras dure la pandemia y para estar preparados para una segunda ola	14
IV. Los profesionales: a la búsqueda de modelos más adaptables	15
V. Por un nuevo modelo de acompañamiento a las personas mayores	16
Es el momento del cambio	18
Cuadro resumen:	
25 propuestas a partir de lo que hemos aprendido en la pandemia COVID-19	19

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: 25 PROPUESTAS A PARTIR DE LO QUE HEMOS APRENDIDO

La emergencia sanitaria de la pandemia del COVID-19 ha puesto a prueba el profesionalismo y las estructuras organizativas de los sistemas sanitarios. Prácticamente de la noche a la mañana, los dispositivos asistenciales han cambiado la forma tradicional de trabajar para afrontar de forma muy acelerada un gran número de transformaciones, en algunos casos no previstas y en otros, largamente esperadas.

La respuesta, en términos generales, ha sido más que satisfactoria, pero ahora, que se están aliviando las medidas de confinamiento y que la presión de los pacientes infectados y el ingreso hospitalario se ha reducido, surge la preocupación de si todo lo que ha producido durante la crisis seremos capaces de incorporarlo en la práctica diaria, a la hora de corregir los errores detectados, así como de incorporar las mejoras que se han implementado.

Por todo ello, la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria (SCGS) ha considerado oportuno elaborar un documento que sirva para repensar el modelo sanitario, teniendo en cuenta la experiencia vivida y las necesidades que generará la nueva situación social, económica y epidemiológica.

LECCIONES APRENDIDAS

UNA BUENA RESPUESTA ORGANIZATIVA A TODOS LOS NIVELES

Los dispositivos sanitarios, de un día para otro, se han convertido prácticamente en monotemáticos COVID, lo que ha sido un choque imprevisto, no sólo para las organizaciones y los profesionales, sino también por la esencia de cada institución. Aunque de forma imperfecta y no planificada, las organizaciones sanitarias han sabido adaptarse al cambio de escenario y han dado una notable respuesta de la que nos podemos sentir orgullosos. Los principales ejes de esta respuesta han sido las siguientes:

1. **La agilidad en la gestión de los centros sanitarios ha permitido dar la respuesta adecuada ante la crisis.** La ausencia o minimización de los trámites burocráticos para contratar profesionales, adquirir materiales o tomar decisiones de gestión ha generado un incremento de la efectividad sin la que no habríamos logrado los resultados obtenidos.
2. **Se han reorganizado los servicios en función de las necesidades de los pacientes.** Los servicios, los recursos y las estructuras han sido reorganizadas en función de las necesidades de los pacientes y no en base de otras consideraciones corporativas, de derechos adquiridos o de especialización. Desde la atención primaria, desde los servicios de urgencias, desde las plantas de hospitalización, desde las unidades de críticos y desde los servicios sociosanitarios se ha optado por, más allá de los protocolos, evaluar a cada persona, de manera integral, con la finalidad de ajustar el esfuerzo terapéutico de acuerdo con cada circunstancia personal y clínica. Ha sido relevante la capacidad de respuesta y contención de la atención primaria, así como también la actuación de la atención intermedia sociosanitaria.
3. **La autonomía de gestión, la gestión clínica y la flexibilidad han permitido el cambio.** Los comités de crisis, en todos los momentos y niveles, han sido claves para que las direcciones asistenciales y los mandos intermedios, conjuntamente, tomaran decisiones ajustadas a la información disponible. Esta nueva manera descentralizada de tomar decisiones ha puesto de relieve el valor de la confianza entre profesionales, la autonomía de gestión y la flexibilidad organizativa.
4. **El liderazgo de los gestores sanitarios y clínicos ha sido imprescindible para responder efectivamente.** El liderazgo de gestores y mandos intermedios (gestores clínicos) ha sido un elemento decisivo para la vertebración de las respuestas efectivas. Se ha potenciado la inteligencia colaborativa y la capacidad de desarrollo exprés de proyectos, lo que ha permitido deshacer los nudos organizativos históricos, asignando la decisión a los niveles de máxima resolución. Se ha demostrado capacidad suficiente para muntar nuevos servicios hospitalarios en polideportivos y hoteles, contando con profesionales procedentes de hospitales, centros sociosanitarios o de la atención primaria.

-
- 5. La flexibilidad en la gestión de personas y el compromiso de los profesionales ha sido determinante.** La actuación de los profesionales ha sido, sin duda, el elemento fundamental de la respuesta del sistema de salud ante la crisis. Pero para que esta respuesta fuera efectiva, ha sido vital poder llevar a cabo los cambios necesarios para ajustar las presencias a las necesidades asistenciales de cada momento. Se han reorganizado turnos, optando en muchos casos por los de 12 horas, y se ha modificado sustancialmente el sistema anacrónico de guardias médicas de 24 horas. Se han suspendido permisos y vacaciones, se han llamado a jubilados recientes y se han reclutado a residentes sin plaza y estudiantes de último curso. El compromiso de los profesionales y la comprensión y alineamiento de las prioridades han sido claves para poder llevar a cabo todas estas modificaciones, que, sin un objetivo claro, definido y urgente, habrían sido imposibles.
- 6. La atención primaria ha hecho de contención del acceso de pacientes al hospital.** La atención primaria ha hecho de contención para evitar los ingresos innecesarios, permitiendo que los pacientes permanecieran en el domicilio o en las residencias, contribuyendo así a evitar el colapso de los hospitales. Pese a ello, el cierre de los centros de atención primaria para unificar un punto de atención presencial en un municipio no siempre ha sido una solución acertada, dificultando que los equipos de profesionales pudieran organizarse para dar una respuesta adecuada a la población adscrita a un área básica de salud. En el ámbito del trabajo social, se han activado sistemas de cribado de alta efectividad que, a partir de las detecciones de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP), facilitaron el confinamiento en los hoteles o en las áreas adecuadas.
- 7. Se ha incrementado extraordinariamente la atención domiciliaria, en la que las enfermeras han tenido un papel clave.** Se ha potenciado la atención domiciliaria presencial de pacientes crónicos y frágiles en los programas específicos de la atención primaria, así como en los de hospitalización. En ambos casos ha sido muy importante la dedicación y la alta resolución de las enfermeras y trabajadores sociales.
- 8. La atención multidisciplinaria, un cambio largamente esperado.** El trabajo clínico se ha centrado, de manera encomiable, en la búsqueda de la efectividad: “prevenir contagios, salvar vidas”. En este sentido, el trabajo en equipo multidisciplinario se ha vivido como la única vía para actuar de forma coordinada y eficiente. En las unidades COVID - urgencias, plantas y críticos - se han visto colaborando a anestesiólogos, intensivistas y otro tipo de especialistas, también quirúrgicos, hecho impensable antes de la pandemia. Da la impresión de que muchos especialistas han recuperado las esencias de la troncalidad de la medicina y parece que la experiencia ha sido no sólo útil sino también, satisfactoria.

9. **La telemedicina y el teletrabajo han llegado para quedarse.** En la atención primaria y en las consultas externas de los hospitales, se ha potenciado, de manera sorprendentemente ágil, las prestaciones telefónicas y telemáticas para realizar el triaje de la demanda, para el seguimiento domiciliario de pacientes de riesgo, con complicaciones generadas por el COVID y con otras patologías que se podían derivar a los servicios hospitalarios, así como para desburocratizar prestaciones.

Por otra parte, el teletrabajo, que se ha llevado a cabo desde los domicilios de los profesionales confinados, ha sido de ayuda para no perder efectivos en momentos de gran carencia. Los sistemas de información en red, mediante aplicaciones poco seguras, pero muy extendidas (whatsapp, microsoft teams, zoom, etc.), han sido decisivos para la efectividad de las acciones clínicas y para el buen funcionamiento de los comités de crisis.

10. **La colaboración público-privada ha resultado exitosa y no debería desaparecer.** La colaboración entre los servicios públicos y las iniciativas privadas han sido no solo posible, sino determinante para el éxito de muchas acciones. La vinculación de centros privados a hospitales públicos y la diversidad de fórmulas de uso de los dispositivos ha permitido que la actividad COVID y no COVID se haya resuelto a favor de los pacientes, especialmente quienes presentaban problemas graves inaplazables. Asimismo, el apoyo social percibido por parte de los profesionales y de los centros sanitarios ha sido fundamental no solo en el plano emocional sino para sensibilizar a la administración pública, para que levantara las barreras administrativas y promover las donaciones materiales de todo tipo por parte de empresas y organizaciones filantrópicas.

11. **Se debe valorar en un futuro la disminución de la actividad de poco valor añadido.** En los hospitales y en la atención primaria se ha constatado una importante disminución de actividad en urgencias, consultas o pruebas complementarias. Aparte de las reprogramaciones debidas a la pandemia, que habrá que ver cómo afrontar, se han identificado actividades clínicas prescindibles y de poco valor añadido que hay que reducir o eliminar. Esto hace pensar que puede que el número de actuaciones de poco valor añadido en la operativa diaria era mayor de lo que pensábamos.

INEFICACIAS Y DÉFICITS

Pese a realizar un diagnóstico general positivo de la respuesta a la pandemia, se han detectado ciertos déficits que tendríamos que resaltar para evitar que pudieran reproducirse en un futuro. La población en general, creemos que ha comprendido que no estuviéramos preparados para una pandemia de tales dimensiones, pero no disculpará que, ante una segunda ola, no hayamos corregido las ineficacias y los déficits detectados.

- 1. El aprovisionamiento de materiales críticos ha sido uno de los puntos más débiles.** Pese a la agilidad mostrada por las organizaciones, la falta de stocks suficientes de equipos de protección individual (EPI) ha sido un punto negro que no se comprenderá que vuelva a ocurrir. Se ha percibido, de manera dramática, que la seguridad de los profesionales es la seguridad de los pacientes y viceversa. La insuficiencia de EPI, especialmente al inicio de la epidemia, ha obligado a repensar diariamente los protocolos de protección, teniendo que contraponer, con demasiada frecuencia, el derecho a la seguridad del trabajador al de la atención a las personas enfermas. La falta de pruebas diagnósticas y un stock insuficiente de respiradores ha sido otro punto débil que tampoco puede volver a repetirse.
- 2. A los servicios de salud pública les ha faltado conexión con la realidad sanitaria.** Los primeros protocolos de salud pública atribuían solo a los hospitales la capacidad de prescribir PCR y centralizaban los resultados al Servicio de Urgencias de Vigilancia Epidemiológica de Catalunya (SUVEC). Ello no tuvo en cuenta la magnitud del problema y su dimensión comunitaria y retrasó mucho, durante el inicio de la pandemia, la realización de pruebas, menospreciando la capacidad resolutive de la atención primaria de salud y salud comunitaria.
- 3. La coordinación entre redes y entre niveles no ha funcionado suficientemente bien.** El trabajo en red, atención primaria, hospitales, sociosanitario y, especialmente, los servicios sociales, no ha sido muy exitoso, detectándose una gran disparidad en la agilidad de los circuitos y los criterios utilizados entre territorios. A los circuitos de comunicación preceptiva de salud pública, enfocados en el aislamiento de casos, les ha faltado la dimensión comunitaria de la epidemia, lo que ha obstaculizado la adecuada búsqueda de contactos, especialmente al principio de la crisis.

-
- 4. La atención en las residencias de persons mayores no está planificada para hacer frente a una crisis de salud como la vivida.** Hay que leer con especial atención la experiencia en las residencias geriátricas. La relación entre los Departamentos de Salud y Asuntos Sociales de la Generalitat de Catalunya no ha sido suficientemente fluida ni ejecutiva.
 - 5. La atención a la salud mental ha sufrido doblemente el confinamiento.** Los servicios de salud mental, que basan su trabajo en la integración de los pacientes a la sociedad, ha sufrido doblemente el confinamiento, lo que ha generado una dosis añadida de institucionalización no deseada para muchas personas enfermas.

25 PROPUESTAS A PARTIR DE LO QUE HEMOS APRENDIDO

Actualmente, se está gestionando la salida de la crisis, especialmente en lo referente a la demanda no atendida durante este largo periodo y en la preparación para hacer frente al riesgo de rebrotes de la epidemia. En base a lo que hemos aprendido, de los aciertos y déficits, la SCGS quiere ofrecer un conjunto de propuestas argumentadas que aporten valor al sistema de salud. La crisis nos ha enseñado que las organizaciones sanitarias requieren de estructuras robustas y fiables fundamentadas en el liderazgo distribuido y en el profesionalismo para responder con agilidad y efectividad a los retos que se quieran plantear a los nuevos tiempos, especialmente si aparecen nuevas crisis de salud pública. Por este motivo, hemos elaborado las siguientes propuestas para fortalecer las organizaciones sanitarias:

I. HACIA UN SISTEMA DE SALUD MÁS DOTADO, EFECTIVO Y ÁGIL

- 1. Hay que incrementar sustancialmente el presupuesto sanitario** para poder hacer frente al reto que representa la atención a la salud después de la pandemia. Un sistema infrafinanciado ha mostrado debilidades durante la crisis, que han sido compensadas con los recursos complementarios que se han destinado para afrontar dicha situación. En cualquier caso, un sistema infradotado siempre será débil ante la recuperación de la crisis y los riesgos de nuevos brotes. Es el momento del impulso económico, ya que ciudadanos y políticos han percibido como nunca la trascendencia del sistema de salud.
- 2. Debe permitirse agilizar la toma de decisiones, cambiando los rigores administrativos, la burocracia y los controles presupuestarios previos,** y adoptar un enfoque a los resultados y a la rendición de cuentas y a la transparencia. La agilidad que hemos tenido en los centros probablemente desaparecerá al finalizar el estado de alarma. Podría darse la paradoja que, ante una segunda ola, las organizaciones tuvieran menos instrumentos de gestión, debido a la recuperación de todos los sistemas burocráticos y controles administrativos, que conllevaran una toma de decisiones lenta y farragosa. Ha de ser posible ser transparente y eficiente, sin tener que soportar losas como la gestión presupuestaria o los expedientes de compra actuales, pensadas más para proteger a los proveedores que a los ciudadanos. En definitiva, hay que dedicar el alto coste de la burocracia a la mejora de la eficiencia del sistema.
- 3. Se propone un nuevo modelo de contratación de servicios a las entidades del sistema público de atención sanitaria,** que incentive las medidas propuestas, basadas en el valor de las actividades clínicas, la vertebración de la atención primaria, el trabajo en equipo multidisciplinario, la integración de los servicios domiciliarios, sociales y también sanitarios, la transversalidad de los procesos clínicos complejos y, en definitiva, la consecución y evaluación de los resultados que realmente interesan a las personas.

II. LA GESTIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS IMPORTA... Y MUCHO

4. **Hay que dotar de más autonomía de gestión a los equipos clínicos.** Una de las lecciones aprendidas ha sido la importancia que juegan las unidades de gestión clínica, servicios hospitalarios o de atención primaria, y sus mandos, en el seno de las organizaciones. Proponemos que se refuerce una selección profesionalizada en los sitios clave, además de una evaluación periódica de su valía y competencia en la gestión de los equipos que lideran.
5. **Deben fomentarse las unidades clínicas transversales** y evolucionar hacia una gestión colaborativa con la toma de decisiones conjuntas, que debe responder a necesidades objetivas y trabajar en equipo multidisciplinario, promoviendo los valores de la evidencia científica y de las decisiones compartidas, rindiendo cuentas de acuerdo con los resultados que realmente interesan a las personas.
6. **Les tareas administrativas en el trabajo clínico deben reducirse a las imprescindibles para su práctica,** como mayoritariamente se ha conseguido hacer durante la crisis, especialmente en la atención primaria. Las unidades clínicas han de definir las rutinas y procedimientos prescindibles y reordenar las delegables, realizando propuestas en la línea de la “burocracia cero”. La creación de la figura del asistente clínico, que apoye a los profesionales sanitarios, debe hacer posible que estos se puedan centrar en su tarea clínica, que genera valor añadido.
7. **Hay que impulsar la atención clínica telemática,** en detrimento de la presencial, en las consultas externas y en la atención primaria, cuando sea posible. La atención presencial debería reservarse para las situaciones que lo requieran. Para hacer viable esta estrategia, hay que invertir claramente en soluciones digitales que ofrezcan sistemas telemáticos facilitadores y seguros. El Departamento de Salud debería empujar la transformación digital de la provisión de servicios sanitarios con estrategias transformativas e inversiones específicas.
8. **Proponemos adscribir médicos hospitalistas a plantas de hospitalización,** con plena dedicación y capacidad de liderar clínicamente a los equipos multidisciplinarios, tomando de referencia el funcionamiento observado en las plantas COVID.

-
9. **La atención primaria debe organizar su trabajo en base a las necesidades de las personas,** como se ha hecho durante la pandemia. El triaje profesional de la demanda es una línea sobre la que deberíamos reflexionar, una manera de acabar con el ancestral trabajo, demasiado individualista, de las unidades básicas asistenciales. Serán necesarios cambios estructurales en los centros de atención primaria que faciliten los cambios funcionales en los equipos para una atención más adecuada al triaje efectuado, con nuevos espacios y roles profesionales más resolutivos.

 10. **Es necesario consolidar un modelo de salud comunitaria,** contando con los servicios de salud pública, los comunitarios, los sociales y los de atención primaria de salud para, a partir de los determinantes de salud de cada territorio y de sus activos sociales, establecer programas transversales apropiados a las características locales, que permitan modular servicios y responder con efectividad a las situaciones de crisis. Hay que valorar todas las iniciativas de integración de los ámbitos sanitario y social.

 11. **Las innovaciones lideradas por parte de profesionales deben dotarse de un clima proclive** desde la primera línea, facilitando tanto como sea posible que las ideas que se proponen se puedan poner a prueba y evaluar, y que se promuevan los procesos de co-creación con la participación de los ciudadanos.

III. MEDIDAS ESPECÍFICAS: MIENTRAS DURE LA PANDEMIA Y PARA ESTAR PREPARADOS ANTE UNA SEGUNDA OLA

12. **La atención primaria debe disponer de equipos de profesionales dotados**, que cuenten con todos los requerimientos de seguridad necesarios y que se encarguen del seguimiento de pacientes COVID en el domicilio mientras dure la epidemia. La telemedicina puede contribuir también a este seguimiento a domicilio.
13. **Los tests diagnósticos del COVID deben estar a disposición de la atención primaria y de los hospitales** para poder ser usados, sin trabas y máxima agilidad, de acuerdo con las recomendaciones de los protocolos vigentes en cada momento.
14. **Los hospitales deben disponer de planes de contingencia** para la ampliación rápida de camas de críticos y de reorganización de las urgencias y las plantas, teniendo en cuenta las lecciones aprendidas, y deben tener un stock apropiado de EPI y de respiradores preparados para nuevas situaciones de crisis.
15. **Hay que establecer una estrategia de producción por parte de la industria local de los materiales imprescindibles** en caso de una nueva crisis (EPI, respiradores, monitorización avanzada o determinados fármacos o productos sanitarios diagnósticos). Para ello, hay que contar con el apoyo de los distintos departamentos de la Generalitat. Respecto a la provisión de materiales clave, es conveniente tomar nota de lo que se ha vivido y asegurarse que, en un rebrote de la infección, la logística esté en manos de empresas resolutivas. Sería recomendable un stock de reserva centralizado y un stock mínimo por centro, a la espera de una solución definitiva de la pandemia.
16. **Hay que poner al día el parque tecnológico sanitario para encarar el futuro.** Esta crisis debe espolear a todo el sector a superar el retraso de inversiones, en los últimos años, de aparatos de electromedicina y otras tecnologías sanitarias más básicas.
17. **Desde la ética y desde el debate social y profesional, hay que avanzar en criterios menos drásticos de aislamiento de pacientes.** Durante la crisis se ha priorizado el bien común ante los derechos individuales, llegando a situaciones límite de aislamiento de pacientes que se estaban muriendo, que han hecho estremecer a la sociedad. Para futuras crisis será necesario pensar en pautas de actuación más elaboradas.

IV. LOS PROFESIONALES: A LA BÚSQUEDA DE MODELOS MÁS ADAPTABLES

18. **El modelo funcionarial y las actuales condiciones salariales de todos los profesionales deben sustituirse progresivamente por la contratación laboral y una mejora de las condiciones laborales, con todas las garantías, basadas en la acreditación, la competencia y la experiencia.** El modelo funcionarial, tal como está concebido, con sus rigideces, está siendo un lastre para la gestión clínica y de las organizaciones y para la gestión de la crisis, en particular. La normativa laboral debe facilitar la flexibilidad en la creación de tantos equipos multidisciplinarios como se requieran. Asimismo, es necesario que los directivos sanitarios, independientemente de la titularidad de la entidad, dejen de tener una consideración de altos cargos, lo que denota una vinculación política que no debe existir, para pasar a ser profesionales seleccionados y evaluados por sus méritos y el desarrollo de su función, como el resto de profesionales.
19. **Es fundamental volver a la idea de la formación troncal de los residentes,** amparada por la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, que tan necesaria ha sido para la polivalencia, especialmente de los médicos jóvenes durante la crisis. **Asimismo, los planes formativos de cada especialidad y estamento deben ser revisados,** incorporando cómo trabajar en equipos multidisciplinarios y transversales, en situaciones de crisis de salud pública, en el uso de la telemática y también promover mejoras de las habilidades comunicativas en el entorno digital.
20. **Hay que dotar el sistema de más enfermeras y, para ello, hay que formar a más profesionales,** en lo referente al número, así como en la capacitación, para que asuman un papel **más relevante en los equipos multidisciplinarios,** en la atención primaria, en los hospitales y en los centros sociosanitarios. Es necesario crear plazas de EIR en las especialidades de enfermería familiar y comunitaria y en enfermería geriátrica y avanzar en la prescripción enfermera.
21. **Se debe potenciar el rol de los profesionales administrativos** en todos los niveles de las organizaciones sanitarias, unos servicios de apoyo al trabajo clínico con una mayor formación, similar a la de las secretarías médicas, que se han revelado imprescindibles para afrontar las situaciones más críticas, y hacerlo con proximidad y cercanía para los pacientes y sus familias.

V. POR UN NUEVO MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO A LAS PERSONAS MAYORES

Por la importancia que durante la pandemia ha tenido la situación de los centros residenciales, consideramos que se corre el riesgo de que una sobrerreacción acabe medicalizando en exceso los centros de personas mayores, convirtiéndolos en pseudo-hospitales. Desde la SCGS queremos contribuir al debate con la finalidad de ayudar a definir el nuevo modelo de acompañamiento a las personas mayores. En los próximos seis años se producirá un importante descenso de la población mayor de 85 años de edad, lo que condicionará una cierta disminución de la presión sobre los servicios sanitarios y sociales, que se tendrá que aprovechar para diseñar nuevos modelos asistenciales. En consecuencia, consideramos que ahora es el momento de elaborar un plan multisectorial basado en los siguientes puntos:

22. El hogar debe convertirse en el centro de operaciones para las personas mayores en situación de fragilidad y vulnerabilidad, quienes precisarán de planes individualizados elaborados de manera colaborativa entre servicios sociales territoriales y la atención primaria de salud. Estos planes deben tener como objetivo ofrecer servicios domiciliarios coordinados y de intensidad proporcionada y así evitar tantas institucionalizaciones en residencias geriátricas como sea posible. Las enfermeras familiares y comunitarias y los servicios sociales podrían tener un papel clave en estos programas, como se está viendo en otros países, así como una dotación tecnológica que coordine los servicios sociales y los sanitarios casi en tiempo real. **Los pisos para personas mayores con servicios son una alternativa a potenciar**, pero para ello hay que disponer de suelo público, además de estimular la colaboración público-privada. De las experiencias con éxito, se sabe que son necesarias promociones con pisos adaptados, además de espacios comunes para actividades sociales y servicios comunitarios, y la dotación tecnológica de apoyo imprescindible.

23. La atención primaria debería desplegar equipos multidisciplinares, con gran protagonismo de las enfermeras, destinados a la atención domiciliaria y con un apoyo más decidido de las áreas administrativas y de trabajadores familiares. Estos equipos deberían atender a personas mayores que reúnan criterios de fragilidad, en los propios hogares y en las residencias sociales. **Los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) contratados por las residencias deberían integrarse en estos equipos**, una manera sensata de equipar la calidad de los servicios sanitarios entre las personas institucionalizadas y las que viven en su hogar.

-
- 24. Las residencias de personas mayores, no preparadas para dar respuesta por ellas mismas a la crisis, deben mejorar su coordinación con el sistema de salud.** Pese a los esfuerzos, en ocasiones, la institucionalización es inevitable. Por esto **hay que revisar el modelo de gestión y la coordinación del ámbito residencial y modelar o remodelar las residencias con la finalidad que recuerden, tanto como sea posible, a la calidez de un hogar.** Es clave que la dotación de personal, especialmente las cuidadoras-gerocultoras, sea suficiente, tenga la formación imprescindible, esté bien gestionada y se retribuya adecuadamente. Las enfermeras especialistas en geriatría deberían tener un papel clave en la dirección de las residencias y en la coordinación con el resto de estructuras necesarias para garantizar el bienestar de los residentes.
- 25. Hay que mantener y potenciar unidades especializadas con equipos multidisciplinares de dedicación exclusiva para atender a personas en fases avanzadas.** En este punto consideramos que, en el entorno sociosanitario, ya hay bastantes unidades que realizan esta tarea y que, en todo caso, deberían mantenerse y potenciarse.

ES EL MOMENTO DEL CAMBIO

La SCGS propone al CatSalut que aprovechemos las lecciones aprendidas durante la crisis del COVID para profundizar en las reformas necesarias, con un nuevo gobierno de las instituciones, una nueva gestión, profundizando en la financiación y la autonomía real de los centros, así como un nuevo modelo de atención, con la participación de todos los profesionales de la salud.

Consideramos que la situación social y sanitaria es suficientemente grave como para que las reformas se vehiculen a partir de un amplio acuerdo político y social que pueda sostenerse más allá de un ciclo electoral.

25 PROPUESTAS A PARTIR DE LO QUE HEMOS APRENDIDO EN LA PANDEMIA DEL COVID-19

La Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria propone profundizar en las reformas necesarias, en la financiación y la autonomía de los centros para un nuevo modelo de atención

I PARA UN SISTEMA DE SALUD MÁS DOTADO, EFECTIVO Y ÁGIL

1. Incrementar sustancialmente el presupuesto sanitario para vencer la falta crónica de financiación.
2. Agilizar las decisiones, cambiando burocracia por enfoque a resultados y transparencia.
3. Adaptar un nuevo modelo de contratación de servicios a las entidades del sistema público de atención sanitaria para incentivar las propuestas y la consecución de los resultados.

II LA GESTIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS IMPORTA... Y MUCHO

4. Dotar de más autonomía de gestión con rendición de cuentas a los equipos clínicos.
5. Fomentar unidades clínicas transversales.
6. Reducir las tareas administrativas en el trabajo clínico.
7. Impulsar la atención clínica telemática.
8. Adscribir médicos hospitalistas a las plantas de hospitalización.
9. Nueva organización de la Atención Primaria (AP) con más recursos en base a nuevas necesidades.
10. Consolidar un modelo de salud comunitaria.
11. Crear un clima proclive a la innovación y a la co-creación con ciudadanos.

III MEDIDAS MIENTRAS DURE LA PANDEMIA Y ESTAR PREPARADOS PARA UNA NUEVA OLA

12. Dotar correctamente a la AP para el seguimiento de enfermos con COVID-19.
13. Disponer de los tests diagnósticos en la AP y en los hospitales.
14. Disponer de planes de contingencia para una segunda ola.
15. Establecer estrategias de producción de proximidad de EPI y con una logística adecuada.
16. Actualizar el parque tecnológico sanitario.
17. Avanzar en criterios de aislamiento más adecuados desde la ética y el debate social.

IV LOS PROFESIONALES A LA BÚSQUEDA DE MODELOS MÁS ADAPTABLES

18. Sustituir el modelo funcional por el laboral, con contrataciones flexibles y mejores condiciones.
19. Retomar la formación troncal de residentes.
20. Dotar el sistema con más enfermeras, más capacitadas y con papel relevante.
21. Potenciar nuevos roles para los profesionales administrativos.

V POR UN NUEVO MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO A LAS PERSONAS MAYORES

22. Recuperar el hogar como centro de operaciones para las personas mayores, y los pisos asistidos, como alternativa a potenciar.
23. Desplegar equipos multidisciplinares desde de la AP para la atención domiciliar y residencias geriátricas, integrando a los profesionales de las residencias.
24. Mejorar el modelo de gestión, coordinación y dotación de profesionales de las residencias.
25. Potenciar unidades especializadas para atender a enfermos en fases avanzadas.