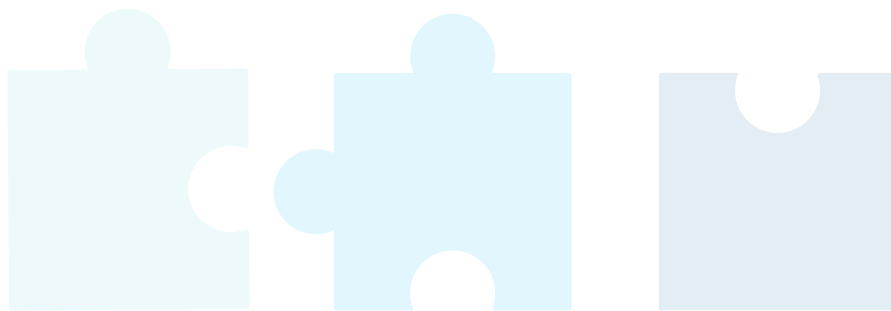




IMPACTE DE LA PANDÈMIA DEL COVID-19 A LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES:

25 PROPOSTES A PARTIR DEL QUE HEM APRÈS



**Impacte de la pandèmia del COVID-19 a les organitzacions sanitàries:
25 propostes a partir del que hem après**

Junta Directiva de la Societat Catalana de Gestió Sanitària: 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 i Jordi Varela.

Tino Martí i Gemma Bruna

ÍNDEX

Introducció	5
Les lliçons apreses	6
Una bona resposta organitzativa a tots els nivells	6
Les ineficàcies i mancances	9
25 propostes a partir del que hem après	
I. Cap a un sistema de salut més dotat, efectiu i àgil	11
II. La gestió de les organitzacions sanitàries importa... i molt	12
III. Mesures específiques: mentre duri la pandèmia i per estar preparats per a una segona onada	14
IV. Els professionals: a la cerca de models més adaptables	15
V. Per un nou model d'acompanyament a la gent gran	16
És el moment del canvi	18
Quadre resum: 25 propostes a partir del que hem après en la pandèmia COVID-19	19

IMPACTE DE LA PANDÈMIA A LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES: 25 PROPOSTES A PARTIR DEL QUE HEM APRÈS

L'emergència sanitària de la pandèmia de la COVID-19 ha posat a prova el professionalisme i les estructures organitzatives dels sistemes sanitaris. Gairebé de la nit al dia, els dispositius assistencials han canviat la forma tradicional de treballar per afrontar de manera molt accelerada un gran nombre de transformacions, en alguns casos no previstes i en d'altres llargament esperades.

La resposta en termes generals ha estat més que satisfactòria, però ara que s'estan alleugerint les mesures de confinament i que la pressió dels pacients infectats i l'ingrés hospitalari afluïxa, sorgeix la preocupació de si tot allò que ha succeït durant la crisi serem capaços de incorporar-lo a la practica diària, tant per corregir els errors detectats, com per incorporar les millores que s'han implementat.

Per tot plegat, la Societat Catalana de Gestió Sanitària (SCGS) ha cregut oportú elaborar un document que serveixi per repensar el model sanitari, tenint en compte l'experiència viscuda i les necessitats que generarà la nova situació social, econòmica i epidemiològica.

LES LLIÇONS APRESES

UNA BONA RESPOSTA ORGANITZATIVA A TOTS ELS NIVELLS

Els dispositius sanitaris, d'un dia per l'altre, han esdevingut serveis pràcticament monotemàtics COVID, la qual cosa ha estat un xoc imprevisit, no només per a les organitzacions i els professionals, sinó per a la pròpia essència de cada institució. Tot i que de manera imperfecta i no planificada, les organitzacions sanitàries han sabut adaptar-se al canvi d'escenari i han donat una resposta notable de la que ens podem sentir orgullosos. Els principals eixos d'aquesta resposta han estat els següents:

- 1. L'agilitat en la gestió dels centres sanitaris ha permès donar la resposta adequada a la crisi.**
L'absència o minimització de tràmits burocràtics per contractar professionals, adquirir materials i prendre decisions de gestió ha generat un increment de l'efectivitat sense la qual no s'haguessin aconseguit els resultats obtinguts.
- 2. S'han reorganitzat els serveis en funció de les necessitats dels pacients.** Els serveis, els recursos i les estructures han estat reorganitzats en funció de les necessitats dels pacients, i no en base a d'altres consideracions corporatives, de drets adquirits o d'especialització. Des de l'atenció primària, des dels serveis d'urgències, des de les plantes d'hospitalització, des de les unitats de crítics i des dels serveis socio-sanitaris, s'ha optat per, més enllà de protocols, avaluar cada persona, de manera integral, amb la finalitat d'ajustar l'esforç terapèutic d'acord amb cada circumstància personal i clínica. Ha estat rellevant la capacitat de resposta i contenció de l'atenció primària, així com també l'actuació de l'atenció intermèdia socio-sanitària.
- 3. L'autonomia de gestió, la gestió clínica i la flexibilitat han permès el canvi.** Els comitès de crisi, a tothora i a tot nivell, han estat claus perquè les direccions assistencials i els comandaments intermedis conjuntament prenguessin decisions ajustades a la informació disponible. Aquesta nova manera descentralitzada de prendre decisions ha posat de relleu el valor de la confiança entre professionals, l'autonomia de gestió i la flexibilitat organitzativa.
- 4. El lideratge dels gestors sanitaris i clínics ha estat imprescindible per respondre efectivament.** El lideratge de gestors i comandaments intermedis (gestors clínics) han estat elements decisius per a la vertebració de respostes efectives. S'ha potenciat la intel·ligència col·laborativa i la capacitat de desenvolupament exprés de projectes, la qual cosa ha permès desfer nusos organitzatius històrics, assignant la decisió al nivell de màxima resolució. S'ha demostrat capacitat suficient com per muntar nous serveis hospitalaris en poliesportius i hotels, comptant amb professionals procedents tant dels hospitals, com dels centre socio-sanitaris o de l'atenció primària.

-
- 5. La flexibilitat en la gestió de persones i el compromís dels professionals ha estat determinant.** L'actuació dels professionals ha estat, sens dubte, l'element fonamental de la resposta del sistema de salut a la crisi. Però per tal que aquesta resposta fos efectiva, ha estat vital poder fer els canvis necessaris per ajustar les presències a les necessitats assistencials de cada moment. S'han reorganitzat torns, optant en molts casos pels de 12 hores, i s'ha modificat substancialment el sistema anacrònic de guàrdies mèdiques de 24 hores. S'han suspès permisos i vacances, s'ha cridat als jubilats recents i s'han reclutat residents sense plaça i estudiants d'últim any. El compromís dels professionals i la comprensió i alineament de les prioritats han estat clau per poder portar a terme totes aquestes modificacions, que sense un objectiu clar, definit i urgent haurien estat impossibles.
- 6. L'atenció primària ha fet de contenció de l'accés de pacients a l'hospital.** L'atenció primària ha fet de contenció per evitar els ingressos innecessaris, permetent que els pacients romanguessin al domicili o a les residències, contribuint a evitar el col·lapse dels hospitals. Malgrat això, el tancament dels centres d'atenció primària per unificar un punt d'atenció presencial en un municipi no sempre ha estat una solució encertada, dificultant que els equips de professionals poguessin organitzar-se per donar una resposta adient a la població adscrita a una àrea bàsica de salut. En l'àmbit del treball social, s'han activat sistemes de cribratge d'alta efectivitat que, a partir de les deteccions dels professionals dels Equips d'Atenció Primària (EAP), van facilitar el confinament als hotels o àrees adequades.
- 7. S'ha incrementat extraordinàriament l'atenció domiciliària, en la qual les infermeres han tingut un paper clau.** S'ha potenciat l'atenció domiciliària presencial de pacients crònics i fràgils, tant en els programes específics de l'atenció primària com en els d'hospitalització. En ambdós casos ha estat molt important la dedicació i l'alta resolució de les infermeres i dels treballadors socials.
- 8. L'atenció multidisciplinària, un canvi llargament esperat.** El treball clínic s'ha centrat, de manera encomiable, en la cerca de l'efectivitat: "prevenir contagis, salvar vides". En aquest sentit, el treball en equip multidisciplinari s'ha viscut com l'única via per actuar de manera coordinada i eficient. A les unitats COVID - urgències, plantes i crítics - s'ha vist col·laborant anestesiològics, intensivistes, internistes i d'altres tipus d'especialistes, fins i tot quirúrgics, fet impensable abans de la pandèmia. Fa la impressió que molts especialistes han recuperat les essències de la troncalitat de la medicina i sembla que la experiència s'ha demostrat no només útil, sinó també satisfactòria.

9. **La telemedicina i el teletreball han vingut per quedar-se.** A l'atenció primària i a les consultes externes dels hospitals, s'han potenciat, de manera sorprenentment àgil, les prestacions telefòniques i telemàtiques per fer triatge de la demanda, per al seguiment domiciliari de pacients de risc, amb complicacions generades pel COVID i amb d'altres patologies que no es podien derivar als serveis hospitalaris, així com per desburocratitzar prestacions.

Per altra banda, el teletreball, dut a terme des del domicili dels professionals confinats, ha estat d'ajut per no perdre efectius en moments de gran carència. Els sistemes d'informació en xarxa, mitjançant aplicacions poc segures però molt esteses (whatsapp, microsoft teams, zoom, etc.), han estat decisius per a l'efectivitat de les accions clíniques i per al bon funcionament dels comitès de crisi.

10. **La col·laboració públic-privada ha estat exitosa i no hauria de desaparèixer.** La col·laboració entre els serveis públics i les iniciatives privades ha estat no només possible, sinó determinant per a l'èxit de moltes accions. La vinculació de centres privats a hospitals públics i la diversitat de fórmules d'ús dels dispositius ha permès que l'activitat COVID i no-COVID hagin pogut resoldre's en favor dels pacients, especialment els que presentaven problemes greus inajornables. Així mateix, el suport social percebut pels professionals i els centres sanitaris ha estat fonamental, no només en el plànol emocional, sinó per sensibilitzar a l'administració pública perquè aixequés barreres administratives a les innovacions i per promoure donacions materials de tota mena per part d'empreses i organitzacions filantròpiques.

11. **Cal valorar en un futur la disminució de l'activitat de poc valor afegit.** Tant als hospitals com a l'atenció primària s'ha constatat una important disminució d'activitat a urgències, consultes o proves complementaries. A banda de les reprogramacions degudes a la pandèmia, que s'hauran de veure com enfrontar-les, s'han identificat activitats clíniques prescindibles i de poc valor afegit que caldria reduir o eliminar. Això ens fa pensar que potser el nombre d'actuacions de poc valor afegit en la operativa diària era més gran del que ens pensàvem.

LES INEFICÀCIES I LES MANCANCES

Tot i fer un diagnòstic general positiu sobre la resposta a la pandèmia, s'han detectat mancances que caldria ressaltar per tal d'evitar que es puguin reproduir en un futur. La població en general creiem que ha entès que no estiguéssim preparats per a una pandèmia d'aquestes dimensions, però no disculparà que, en una segona onada, no haguem corregit les ineficàcies i les mancances detectades.

- 1. L'aprovisionament de materials crítics ha estat un dels punts més febles.** Malgrat l'agilitat mostrada per les organitzacions, la manca d'estocs suficients d'equips de protecció individual (EPI) ha estat un punt negre que no s'entendrà que torni a passar mai més. S'ha percebut, de manera dramàtica, que la seguretat dels professionals és la seguretat dels pacients i viceversa. La insuficiència d'EPI, especialment al començament de l'epidèmia, ha obligat a repensar diàriament els protocols de protecció, havent de contraposar, massa sovint, el dret a la seguretat del treballador al de l'atenció a les persones malaltes. La falta de proves diagnòstiques i un estoc insuficient de respiradors ha estat un altre punt feble que tampoc s'hauria de repetir.
- 2. Als serveis de salut pública els ha faltat connexió amb la realitat sanitària.** Els primers protocols de salut pública atribuïen només als hospitals la capacitat de prescriure PCR i centralitzaven els resultats en el Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (SUVEC). Això no va tenir en compte la magnitud del problema i la seva dimensió comunitària i va retardar molt a l'inici de la pandèmia la realització de proves, menystenint la capacitat resolutiva de l'atenció primària de salut i salut comunitària.
- 3. La coordinació entre xarxes i entre nivells no ha funcionat prou bé.** El treball en xarxa, atenció primària, hospitals, sociosanitari i, especialment, els serveis socials, no ha reeixit suficientment, detectant una gran disparitat en l'agilitat dels circuits i els criteris emprats entre territoris. Els circuits de comunicació preceptiva de salut pública, enfocats a l'aïllament de casos, ha estat mancat de la dimensió comunitària de l'epidèmia, i això ha entorpit l'adequada cerca de contactes, especialment al principi de la crisi.

-
4. **L'atenció a les residències de gent gran no està planificada ni preparada per fer front a una crisi de salut com la viscuda.** Cal llegir amb especial atenció l'experiència a les residències geriàtriques. La relació entre els Departaments de Salut i Afers Socials de la Generalitat de Catalunya no ha estat prou fluida ni executiva.

 5. **L'atenció a la salut mental ha patit doblement el confinament.** Els serveis de salut mental, que basen la seva feina en la integració dels pacients a la societat, han patit doblement el confinament, la qual cosa ha generat un dosi afegida d'institucionalització no desitjada per a moltes persones malaltes.

25 PROPOSTES A PARTIR DEL QUE HEM APRÈS

Actualment, s'està gestionant la sortida de la crisi, especialment pel que fa a la demanda no atesa en aquest llarg període i a la preparació per fer front al risc de possibles rebrots de l'epidèmia. Sobre la base del que hem après, dels encerts i les mancances, la SCGS vol oferir un conjunt de propostes raonades que aportin valor al sistema de salut. La crisi ens ha ensenyat que les organitzacions sanitàries requereixen estructures robustes i fiables fonamentades en el lideratge distribuït i en el professionalisme per poder respondre amb agilitat i efectivitat als reptes que li puguin plantejar els nous temps, especialment si apareixen noves crisis de salut pública. Per aquest motiu hem elaborat les següents propostes per enfortir les organitzacions sanitàries:

I. CAP A UN SISTEMA DE SALUT MÉS DOTAT, EFECTIU I ÀGIL

- 1. Cal incrementar substancialment el pressupost sanitari** per tal de poder fer front al repte que representa l'atenció a la salut durant i després de la pandèmia. Un sistema infrafinançat ha mostrat febleses durant la crisi, que han estat compensades amb els recursos complementaris que s'han destinat a fer-hi front. En qualsevol cas, un sistema infradotat sempre serà dèbil davant la recuperació de la crisi i els riscos de nous brots. És el moment de l'impuls econòmic, ja que ciutadans i polítics han percebut com mai la transcendència del sistema de salut.
- 2. S'ha de permetre i agilitzar la presa de decisions, canviant els rigors administratius, la burocràcia i els controls pressupostaris previs,** i adoptar un enfocament als resultats i a la rendició de comptes i la transparència. L'agilitat de la que han disposat els centres probablement desapareixerà al decaure l'estat d'alarma. Podria donar-se la paradoxa que, davant d'una segona onada, les organitzacions tinguessin menys instruments de gestió, degut a la recuperació de tots els sistemes burocràtics i controls administratius, que comportessin una presa de decisions lenta i feixuga. Ha de ser possible ser transparent i eficient, sense haver de suportar lloses com la gestió pressupostària o els expedients de compra actuals, pensats més per protegir als proveïdors que als ciutadans. En definitiva, cal dedicar l'alt cost de la burocràcia a la millora de l'eficiència del sistema.
- 3. Es proposa un nou model de contractació de serveis a les entitats del sistema públic d'atenció sanitària,** que incentivi les mesures proposades, basades en el valor de les activitats clíniques, la vertebració de l'atenció primària, el treball en equip multidisciplinari, la integració dels serveis domiciliaris, tant socials com sanitaris, la transversalitat dels processos clínics complexos i, en definitiva, la consecució i avaluació dels resultats que realment interessin a les persones.

II. LA GESTIÓ DE LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES IMPORTA... I MOLT

4. **Cal dotar de més autonomia de gestió als equips clínics.** Una de les lliçons apreses ha estat la importància que juguen les unitats de gestió clínica, serveis hospitalaris o d'atenció primària, i els seus comandaments, en el si de les organitzacions. Proposem que es reforci una selecció professionalitzada dels llocs claus, a més d'una avaluació periòdica de la seva vàlua i competència en la gestió dels equips que lideren.
5. **S'han de fomentar les unitats clíniques transversals** i evolucionar cap a una gestió col·laborativa amb presa de decisions conjuntes, que han de respondre a necessitats objectives i treballar en equip multidisciplinari, promovent els valors de l'evidència científica i de les decisions compartides i retre comptes d'acord amb els resultats que realment interessin a les persones.
6. **Les tasques administratives en el treball clínic han de disminuir a les imprescindibles per a la seva pràctica,** tal com majoritàriament s'ha aconseguit fer durant la crisi, especialment a l'atenció primària. Les unitats clíniques han de definir les rutines i procediments prescindibles i reordenar les delegables, fent propostes en la línia de la "burocràcia zero". La creació de la figura d'assistent clínic, que doni suport als professionals sanitaris, ha de fer possible que aquests es puguin centrar en la tasca clínica que genera valor afegit.
7. **Cal impulsar l'atenció clínica telemàtica,** en detriment de la presencial, tant a les consultes externes com a l'atenció primària, quan això sigui possible. L'atenció presencial s'hauria de reservar per a les situacions que la requereixen. Per fer viable aquesta estratègia, cal invertir clarament en solucions digitals que ofereixin sistemes telemàtics facilitadors i segurs. El Departament de Salut hauria d'empènyer la transformació digital de la provisió de serveis sanitaris amb estratègies transformatives i inversions específiques.
8. **Proposem adscriure metges hospitalistes a les plantes d'hospitalització,** amb dedicació plena i capacitat de liderar clínicament els equips multidisciplinaris, emmirallant-se en el funcionament observat a les plantes COVID.

-
9. **L'atenció primària ha d'organitzar el seu treball en base a les necessitats de les persones,** tal i com s'ha fet durant la pandèmia. El triatge professional de la demanda és una línia sobre la qual convindria reflexionar, una manera d'acabar amb l'ancestral treball massa individualista de les unitats bàsiques assistencials. Seran necessaris canvis estructurals en els centres d'atenció primària que facilitin els canvis funcionals als equips per una atenció més adequada al triatge efectuat, amb nous espais i nous rols professionals més resolutius.
 10. **És necessari consolidar un model de salut comunitària,** comptant amb els serveis de salut pública, els comunitaris, els socials i els d'atenció primària de salut per, a partir dels determinants de la salut de cada territori i dels seus actius socials, establir programes transversals apropiats a les característiques locals, que permetin modular serveis i respondre amb efectivitat a les situacions de crisi. Cal valorar totes les iniciatives d'integració dels àmbits sanitari i social.
 11. **Les innovacions liderades pels professionals s'han de dotar d'un clima procliu** des de la primera línia, facilitant tant com es pugui que les idees que es proposen es puguin posar a prova i avaluar, i que es promoguin els processos de cocreació amb la participació dels ciutadans.

III. MESURES ESPECÍFIQUES: MENTRE DURI LA PANDÈMIA I PER ESTAR PREPARATS PER A UNA SEGONA ONADA

12. **L'atenció primària ha de disposar d'equips de professionals dotats**, que comptin amb tots els requeriments de seguretat necessaris i que s'encarreguin del seguiment de pacients COVID a domicili mentre duri l'epidèmia. La telemedicina pot contribuir també a aquest seguiment a domicili.
13. **Els tests diagnòstics del COVID han d'estar a disposició de l'atenció primària i dels hospitals** per tal de poder ser utilitzats, sense traves i amb màxima agilitat, d'acord amb les recomanacions dels protocols vigents a cada moment.
14. **Els hospitals han de disposar de plans de contingència** per a l'ampliació ràpida de llits de crítics i de reorganització de les urgències i les plantes, tenint en compte les lliçons apreses, i han de tenir un estoc apropiat d'EPI i de respiradors preparats per a noves situacions de crisi.
15. **Cal establir una estratègia de producció per part de la indústria local dels materials imprescindibles** en cas d'una nova crisi (EPI, respiradors, monitoratge avançat o determinats fàrmacs o productes sanitaris diagnòstics). Per això, cal comptar amb el suport de diversos departaments de la Generalitat. Pel que fa al proveïment dels materials claus, convé prendre nota del que s'ha viscut i assegurar-se que en un rebrot de la infecció, la logística estigui en mans d'empreses resolutives. Seria recomanable un estoc de reserva centralitzat i un estoc mínim per centre, en espera d'una solució definitiva a la pandèmia.
16. **Cal posar al dia el parc tecnològic sanitari per encarar el futur.** Aquesta crisi ha d'esperonar tot el sector a superar l'endarreriment d'inversions dels darrers anys d'aparells d'electro-medicina i d'altres tecnologies sanitàries més bàsiques.
17. **Des de l'ètica i des del debat social i professional, caldrà anar avançant en criteris menys dràstics d'aïllament de pacients.** Durant la crisi s'ha prioritzat el bé comú als drets individuals, havent arribat a situacions límit d'aïllaments en pacients que s'estaven morint, que han fet estremir la societat. Per a futures crisis caldrà pensar en pautes d'actuació més elaborades.

IV. ELS PROFESSIONALS: A LA CERCA DE MODELS MÉS ADAPTABLES

- 18. El model funcionarial i les actuals condicions salarials de tots els professionals s'han de substituir progressivament per la contractació laboral i una millora de les condicions laborals, amb totes les garanties, basades en l'acreditació, la competència i l'experiència.** El model funcionarial, tal com està concebut, amb les seves rigideses, està sent un llast per a la gestió clínica i de les organitzacions i per a la gestió de les crisis, en particular. La normativa laboral ha de facilitar la flexibilitat en la creació de tants equips multidisciplinaris com les situacions requereixin. Així mateix, cal que els directius sanitaris, independentment de la titularitat de la entitat, deixin de tenir la consideració administrativa d'alts càrrecs, el que denota una vinculació política que no ha d'existir, per passar a ser professionals seleccionats i avaluats pel seus mèrits i desenvolupament de la seva funció, com ho són la resta de professionals.
- 19. És fonamental retornar a la idea de la formació troncal dels residents,** emparada per la Llei 44/2003 d'ordenació de les professions sanitàries, que tant necessària ha estat per a la polivalència, especialment dels metges més joves durant la crisi. **Així mateix, els plans formatius de cada especialitat i estament han de ser revisats,** incorporant com treballar en equips multidisciplinaris i transversals, en situacions de crisi de salut pública, en l'ús de la telemàtica i també promoure millores de les habilitats comunicatives en l'entorn digital.
- 20. Cal dotar al sistema de més infermeres, i per això, cal formar-ne més,** tant pel que fa al nombre com a la capacitat, perquè assumeixin **un paper més rellevant en els equips multidisciplinaris,** tant a l'atenció primària, als hospitals com als centres sociosanitaris. És necessari crear places d'IIR en les especialitats d'infermeria familiar i comunitària i d'infermeria geriàtrica, i avançar en la prescripció infermera.
- 21. S'ha de potenciar el rol dels professionals administratius** a tots els nivells de les organitzacions sanitàries, uns serveis de suport al treball clínic amb una major formació similar a la de les secretàries mèdiques que s'han revelat imprescindibles per afrontar les situacions més crítiques, i fer-ho amb proximitat i acolliment als pacients i a les seves famílies.

V. PER UN NOU MODEL D'ACOMPANYAMENT A LA GENT GRAN

Per la importància que durant la pandèmia ha tingut la situació dels centres residencials, creiem que correm el risc que una sobrereacció acabi medicalitzant en excés els centres de gent gran convertint-los en pseudohospitals. Des de la SCGS, volem contribuir al debat amb la finalitat d'ajudar a definir el nou model d'acompanyament a la gent gran. En els propers sis anys es produirà una important davallada de la població més gran de 85 anys d'edat, fet que condicionarà una certa disminució de la pressió sobre els serveis sanitaris i socials, que caldrà aprofitar per dissenyar nous models assistencials. Conseqüentment, creiem que ara és el moment d'elaborar un pla multisectorial basat en els següents punts:

22. La llar ha d'esdevenir el centre d'operacions per a les persones grans en situació de fragilitat i vulnerabilitat, les quals precisaran de plans individualitzats elaborats de manera col·laborativa entre serveis socials territorials i l'atenció primària de salut. Aquests plans han de tenir com a objectiu oferir serveis domiciliaris coordinats i d'intensitat proporcionada i així evitar tantes institucionalitzacions en residències com es puguin. Les infermeres familiars i comunitàries i els serveis socials podrien tenir un paper clau en aquests programes, tal com s'està veient en d'altres països, així com una dotació tecnològica que coordini els serveis socials i els sanitaris gairebé en temps real. **Els pisos per a la gent gran amb serveis són una alternativa a potenciar**, però per això cal disposar de sol públic, a més d'estímul a la col·laboració públic-privada. De les experiències reeixides se sap que calen promocions amb pisos adaptats, a més d'espais comuns per a activitats socials i serveis comunitaris, i la dotació tecnològica de suport imprescindible.

23. L'atenció primària hauria de desplegar equips multidisciplinaris, amb gran protagonisme de les infermeres, destinats a l'atenció domiciliària i amb un suport més decidit de les àrees administratives i de treballadores familiars. Aquests equips haurien d'atendre a les persones grans que reuneixin criteris de fragilitat, tant a les pròpies llars com a les residències socials. **Els professionals de la salut (metges i infermeres) contractats per les residències haurien d'integrar-se en aquests equips**, una manera sensata d'equipar la qualitat dels serveis sanitaris entre les persones institucionalitzades i les que viuen a la seva llar.

-
- 24. Cal que les residències de gent gran, no preparades per a donar resposta per si soles a la crisi, millorin la seva coordinació amb el sistema de salut.** Malgrat els esforços, de vegades la institucionalització és inevitable. Per això cal **revisar el model de gestió i la coordinació de l'àmbit residencial i modelar o remodelar les residències amb la finalitat que recordin, com més millor, a la calidesa d'una llar.** És clau que la dotació de personal, especialment les cuidadores-gerocultores, sigui suficient, tingui la formació imprescindible, estigui ben gestionada i estigui retribuïda adequadament. Les infermeres especialistes en geriatria haurien de tenir un paper clau en la direcció de les residències i en la coordinació amb la resta d'estructures necessàries per garantir el benestar dels residents.
- 25. Cal mantenir i potenciar unitats especialitzades amb equips multidisciplinaris de dedicació exclusiva per atendre persones en fases avançades.** En aquest punt creiem que, en l'entorn sociosanitari, ja hi ha força unitats que fan una gran tasca i que, en tot cas, caldria mantenir i potenciar.

ÉS EL MOMENT DEL CANVI

La SCGS proposa al CatSalut que aprofitem les lliçons apreses durant la crisi del COVID per aprofundir en les reformes necessàries, un nou govern de les institucions, una nova gestió, aprofundint en el finançament i l'autonomia real dels centres i un nou model d'atenció, amb la participació de tots els professionals sanitaris.

Considerem que la situació social i sanitària és prou greu com perquè les reformes es vehiculin a través d'un ampli acord polític i social que pugui sostenir-se més enllà del cicle electoral.

25 PROPOSTES A PARTIR DEL QUE HEM APRÈS EN LA PANDÈMIA COVID-19

La Societat Catalana de Gestió Sanitària proposa aprofundir en les reformes necessàries, en el finançament i l'autonomia dels centres per a un nou model d'atenció

I **CAP A UN SISTEMA DE SALUT MÉS DOTAT, EFECTIU I ÀGIL**

1. Incrementar substancialment el pressupost sanitari per vèncer la crònica manca de finançament.
2. Agilitzar les decisions, canviant burocràcia per enfocament a resultats i transparència.
3. Adaptar nou model de contractació de serveis a les entitats del sistema públic d'atenció sanitària per incentivar les propostes i la consecució dels resultats.

II **LA GESTIÓ DE LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES IMPORTA...I MOLT**

4. Dotar de més autonomia de gestió amb retiment de comptes als equips clínics.
5. Fomentar unitats clíniques transversals.
6. Reduir les tasques administratives en el treball clínic.
7. Impulsar l'atenció clínica telemàtica.
8. Adscriure metges hospitalistes a les plantes d'hospitalització.
9. Nova organització de l'Atenció Primària (AP) amb més recursos en base a noves necessitats.
10. Consolidar un model de salut comunitària.
11. Crear un clima procliu per a la innovació i la cocreació amb ciutadans.

III **MESURES MENTRE DURÍ LA PANDÈMIA I ESTAR PREPARATS PER A UNA NOVA ONADA**

12. Dotar correctament l'AP per al seguiment de malalts amb COVID-19.
13. Disposar dels tests diagnòstics a l'AP i als hospitals.
14. Disposar de plans de contingència per una segona onada.
15. Establir estratègies de producció de proximitat d'EPI i amb una logística adequada.
16. Actualitzar el parc tecnològic sanitari.
17. Avançar en criteris d'aïllament més adequats des de l'ètica i el debat social.

IV **ELS PROFESSIONALS A LA CERCA DE MODELS MÉS ADAPTABLES**

18. Substituir el model funcionarial pel laboral, amb contractacions flexibles i amb millors condicions.
19. Reprendre la formació troncal de residents.
20. Dotar el sistema de més infermeres, més capacitades i amb paper rellevant.
21. Potenciar nous rols als professionals administratius.

V **PER UN NOU MODEL D'ACOMPANYAMENT A LA GENT GRAN**

22. Recuperar la llar com a centre d'operacions per a la gent gran, i els pisos assistits, com alternativa a potenciar.
23. Desplegar equips multidisciplinaris des de l'AP per a l'atenció domiciliària i centres residencials, integrant als professionals de les residències.
24. Millorar el model de gestió, coordinació i dotació de professionals de les residències.
25. Potenciar unitats especialitzades per atendre malalts en fases avançades.