

COVID-19: LECCIONES APRENDIDAS. POR UNA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO DE SALUD

Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha impactado de manera profunda en nuestra sociedad. Ha sido una crisis sanitaria sin precedentes que marca un antes y un después en la sociedad, que ha pagado un precio altísimo por el número de defunciones, pero también por el impacto que la enfermedad y el confinamiento tendrá a nivel de salud, por las secuelas físicas y psicológicas y por las consecuencias económicas y sociales.

La crisis ha evidenciado la fortaleza y el compromiso de los profesionales y de los ciudadanos. Ahora, hay que aprovechar esta alianza para salir de la pandemia con un sistema sanitario más fuerte, resolutivo y preparado para el futuro.

Queremos un sistema nacional de salud universal y de financiación pública, que sea líder en análisis de resultados, sostenible y preparado para alcanzar los retos de futuro.

Una de las lecciones que debemos aprender de esta crisis, de manera inmediata, es la necesidad de establecer cambios significativos en el sistema sanitario. Cambios que hace años que la profesión médica estamos reclamando. La crisis de la COVID-19 ha puesto en evidencia las carencias del sistema sanitario. Carencias que se han amortiguado y, en muchos casos, superado gracias al esfuerzo y capacidad de adaptación de los profesionales sanitarios y con el apoyo de la población. La capacidad autoorganizativa de los profesionales, de aportar soluciones y de hacer frente a la situación de manera autónoma y colaborativa y con flexibilidad, ha sido uno de los aspectos más positivos que se debe aprovechar de esta crisis.

La crisis ha dejado, sin embargo, una profunda huella en la sociedad y también en los profesionales. El esfuerzo continuado y la tensión se han acumulado y han conducido a una situación de sobrepresión extrema. Las vivencias de la crisis y sus consecuencias han causado una herida social, también en los profesionales y en el propio sistema sanitario. La experiencia ha sido durísima y no la olvidaremos.

Todos estos hechos implican la necesidad de acelerar el proceso de cambio y reformas del sistema sanitario. Una transformación que debe contar con el apoyo mayoritario de las fuerzas políticas y con la implicación de los agentes profesionales del sistema sanitario. Apelamos a un **nuevo pacto por la sanidad** que debería estar en la agenda política como prioridad número 1.

El acuerdo y el consenso político deben incluir todos los niveles de la administración con competencias al respecto: la Unión Europea, el Gobierno del Estado y la

Generalitat de Catalunya. Este acuerdo debe basarse en tres elementos: la financiación, un nuevo esquema de funcionamiento y organización de los recursos humanos (que impacta directamente en los profesionales), y una nueva política de salud pública.

Nuestro sistema sanitario y, por tanto, sus modelos de organización fueron diseñados para la realidad sociodemográfica de la década de los 1980. La realidad actual es muy diferente, caracterizada por uno de los índices de envejecimiento más altos del planeta y por una elevada prevalencia de cronicidad y de enfermedades discapacitantes de larga evolución que hacen obsoleto el modelo asistencial actual, el cual, por otra parte, tampoco está pensado ni preparado para dar respuesta a situaciones de crisis de salud pública como la actual.

La demanda de cambios ha convertido en una exigencia. Los responsables políticos de nuestro país deben estar a la altura del momento y de la situación. Hay que evitar debates estériles y centrarse en lo que impacta directamente en la salud, en el bienestar y en la supervivencia y calidad de vida de las personas. Necesitamos un sistema sanitario más fuerte. No valen las excusas. Países de nuestro entorno han hecho evidente que la crisis de la COVID-19 es una oportunidad para hacer cambios radicales en el sistema de salud (*discurso del primer ministro francés, Sr. Édouard Philippe, del 25-05-2020*). A nosotros nos toca hacer lo mismo, en el marco de nuestro sistema sanitario. Son necesarias reformas que converjan, a nivel europeo, en una nueva visión de los sistemas de salud en la construcción europea.

Para hacerlo factible, el reto es colosal. Este documento consta de dos partes. La primera parte propone los cuatro ejes sobre los que deberían pivotar las acciones generales para la refundación del sistema sanitario (financiación, profesionales, organización sanitaria y salud pública) y contiene también un apéndice que hace referencia a los nuevos retos de telemedicina y salud digital. La segunda parte formula propuestas concretas para distintos ámbitos asistenciales: atención primaria, hospitales, atención intermedia y residencial y salud mental.

1. Acciones generales sobre el sistema sanitario

a) Financiación

El pasado 30 de enero, la asociación Cercle de Salut publicó un estudio elaborado por el catedrático de Economía Guillem López-Casasnovas, según el cual, al sistema sanitario catalán, en relación con población, rentas y nivel de vida, le corresponden 5.000 millones de euros más de los que en estos momentos se destinan al presupuesto sanitario público anual. El déficit histórico ha supuesto carencias que se pueden

resumir en tres grandes bloques: por un lado, precariedad laboral y reconocimiento económico insuficiente de los profesionales, por otro, infradotación y falta de renovación de las infraestructuras y equipamientos sanitarios y de tecnología y, por último, una inversión muy insuficiente en formación e investigación.

Pero en la situación actual, no hay más excusas. El sistema sanitario debe reformarse y, por ello, se ha de dotar económicamente de acuerdo con las necesidades de nuestra población y con nuestro nivel de vida.

La crisis sanitaria de la COVID-19 ha puesto en evidencia el hecho de que no hay economía productiva sin garantizar de manera homogénea la salud de la población.

Reclamamos, de acuerdo con estimaciones y estudios como el mencionado, que, en un periodo de tres años, se añadan al sistema sanitario catalán los 5.000 millones de euros necesarios.

De acuerdo con una primera aproximación, el 60 % de estos recursos adicionales debería servir para eliminar la precariedad de los profesionales, con mejoras retributivas y cambios organizativos, y el 40 % restante debería destinarse a revitalizar las infraestructuras, con inversión en equipamientos, en impulso tecnológico y en nuevas políticas de salud pública. También habría que analizar cuáles son los recursos necesarios para implementar las políticas sociales, con especial dedicación a las personas mayores, para garantizar una atención adecuada y *desanitarizar* la atención de problemas de ámbito social.

Queremos llamar la atención sobre el riesgo actual de que las administraciones quieran recuperar el presupuesto adicional que está siendo necesario para hacer frente a la pandemia. De aquí a final de este año, serán necesarios más recursos para hacer frente a la gestión y priorización de toda la actividad aplazada por la crisis y también a la recuperación anímica de los profesionales.

Estaremos al frente de las reivindicaciones en este sentido. Cualquier demora o tentación de recortar recursos en el momento actual, que pondrían en riesgo real de viabilidad el sistema sanitario (y, más dramáticamente aún, si se produjera la eventualidad de una segunda ola de la actual pandemia), se encontrará con nuestra frontal oposición en defensa del sistema sanitario y de sus profesionales. No se pueden repetir, con el objetivo de cuadrar un presupuesto agónico, actuaciones subterráneas sobre contrataciones, retribuciones y penalizaciones de los profesionales. Aunque menos, teniendo en cuenta el actual agotamiento físico y emocional de estos.

Las condiciones actuales de contratación de servicios en los centros sanitarios por parte del CatSalut son insuficientes. Esto significa que hay que revisar la financiación,

primero en clave de Estado, y revisar también la financiación y el gasto sanitario en clave autonómica. Habrá que hacer reformas profundas en la organización del trabajo profesional y en las retribuciones a los centros sanitarios. El funcionamiento actual es obsoleto. No se puede gestionar la sanidad aprobando presupuestos por debajo del gasto real, condicionando la acción de los gestores y traspasando a los profesionales el dilema de dar la cara ante una población exigente que reivindica una sanidad de país avanzado.

Potenciar la colaboración del sector público y el sector empresarial privado para la innovación en sanidad. Hay que desarrollar mecanismos de colaboración y de financiación pública y privada, así como habilitar medidas incentivadoras para aumentar las aportaciones económicas a la docencia, la investigación y la innovación.

Por último, queremos mencionar en este apartado a la sanidad privada y a su papel también relevante, junto al sistema público, en la crisis de la COVID-19 y, más allá de esta, a su papel asistencial de una parte de la población, que elige esta opción. En el caso concreto de la COVID-19, el alineamiento junto a los centros públicos ha supuesto un incremento muy importante de profesionales y camas disponibles para atender a la población. El espíritu de superación de sus profesionales, en sintonía con los responsables de los centros, debería suponer un punto de inflexión para renovar las relaciones entre médicos, centros sanitarios privados y entidades aseguradoras.

En Cataluña, 1,7 millones de ciudadanos pagan un seguro privado y más de 6.000 médicos prestan allí su servicio. Es imprescindible convocar una **mesa de diálogo y consenso** de las tres partes, aseguradoras, centros sanitarios y médicos, con la supervisión de administración, para establecer criterios asistenciales y de calidad en la confección de las prestaciones básicas que incluyen las pólizas de salud (contenidos sanitarios) y en la prestación de los servicios. El deterioro progresivo del sector, en el marco de una guerra feroz de precios de las pólizas y de un aumento de la demanda por razones demográficas y tecnológicas, conlleva condiciones indignas en cuanto a los honorarios profesionales e incide negativamente en la calidad del servicio, hechos que hemos denunciado periódicamente.

b) Profesionales y profesionalismo

La reforma del sistema sanitario a la que apelamos debe contar con los profesionales sanitarios y, en concreto, con los médicos. Por ello, somos conscientes de que se necesitan cambios profundos, de acuerdo con nuevos modelos organizativos, donde el paciente sea el centro real del sistema, con corresponsabilidad. La crisis de la COVID-19 ha puesto en evidencia que, cuando los profesionales contamos con autonomía, la

empleamos con eficacia y rigor para prestar el mejor servicio al paciente hasta el límite de nuestras fuerzas.

El profesionalismo es la base del cambio: autonomía de gestión, rendimiento de cuentas y evaluación de resultados. Debemos avanzar muchísimo para alcanzar una visión mucho más flexible de la organización y de las posibilidades de interacción entre los diferentes ámbitos asistenciales y entre los propios servicios a los centros hospitalarios. La práctica profesional incluye la asistencia, la docencia, la investigación y la innovación. Aunque no entremos en detalles sobre cada una de estas actividades, en este documento nos referimos a su conjunto como un hecho inseparable.

Desde nuestra perspectiva, los ejes principales son:

- Es necesario liberar a los profesionales de tareas que no aportan valor a la asistencia médica y nos debemos dotar de nuevas figuras de apoyo asistenciales (asistentes médicos) para aquellas tareas administrativas y de control que ahora hacen innecesariamente los médicos. La burocracia en las organizaciones supone un porcentaje muy alto del tiempo de dedicación del médico en la actual organización sanitaria.
- Reclamamos mejoras retributivas en base a la retribución ordinaria y también una retribución real en relación con los objetivos y resultados obtenidos pactados previamente. El sistema sanitario ha deteriorado la importancia de la retribución por resultados, quedando su pago a años posteriores y llegando a acuerdos por objetivos cuando el periodo de la actividad a evaluar ya ha caducado.
- Como repetimos desde hace muchos años, es urgente poner fin a la precariedad de los contratos temporales, las retribuciones mileuristas y una planificación del trabajo que condiciona la conciliación de la vida personal y profesional, factores todos estos que inciden especialmente sobre los médicos más jóvenes, los médicos internos residentes, que son el futuro del sistema y que tienen una retribución indigna en comparación a su formación y capacidad. ¡Hace años que denunciábamos que casi el 50 % de los médicos de menos de 45 años sufren precariedad laboral!
- Debemos apostar por una flexibilización de la jornada laboral y un replanteamiento de los turnos y guardias.
- Reclamamos la implantación de un Sistema de Desarrollo Profesional Continuo que permita transparentar el proyecto profesional, los objetivos alcanzados y planificar una trayectoria profesional vinculada a la organización sanitaria, que,

en definitiva, debe repercutir en la mejora del servicio al ciudadano. Habrá que unificar criterios de nomenclatura curricular para poder evaluar y facilitar el cambio y el progreso profesional.

- Hay que hacer evolucionar el sistema de formación MIR. Después de 40 años de existencia, es necesaria una reforma profunda de la formación y del examen MIR, insistir en acercar las especialidades a la troncalidad (la experiencia vivida en la pandemia ha mostrado a las especialidades dando lo mejor, haciendo surgir vías clínicas y procedimientos compartidos y poniendo al servicio de los pacientes ciertos grados de conocimientos generalistas entre los servicios del hospital, la atención primaria y la sociosanitaria). Estos cambios deben repercutir directamente sobre la formación universitaria, sobre la base de la formación de médicos en aptitudes y actitudes, en lugar de formar candidatos a un examen.
- En la formación especializada MIR es necesario profundizar en un proyecto formativo que sea compatible con una actividad laboral digna y con una mejora de la retribución.
- En políticas de recursos humanos, apostamos por unas nuevas relaciones laborales entre las administraciones, patronales y sindicatos. Y, con respecto a los médicos, por unos **nuevos acuerdos singulares** que contemplen una mejora de la retribución fija y nuevas retribuciones variables que premien el esfuerzo, la alineación con los objetivos sanitarios de los centros y los individuales.
- A raíz de esta pandemia, los médicos debemos hacer una reflexión para avanzar hacia unos sistemas sanitarios basados en la atención centrada en necesidades y no en especialidades.
- La crisis de la COVID-19 ha puesto en evidencia la necesidad de disponer de dispositivos de urgencias y emergencias, hospitalarios y extrahospitalarios, potentes, plenamente profesionalizados, con personas expertas y organizaciones flexibles y ágiles, capaces de adaptarse rápidamente a situaciones imprevistas puntuales o de larga duración. Las dificultades actuales a la hora de disponer de médicos y enfermeras expertas en este ámbito son muy grandes, por todos los motivos mencionados con anterioridad, los cuales se agudizan en este entorno por la intensísima actividad asistencial y la dureza de los horarios. Actualmente, las coberturas insuficientes o bien las coberturas con profesionales poco expertos son frecuentes en diferentes entornos del territorio. En el marco de la especialización en la troncalidad, habrá que promover el

debate del reconocimiento de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias.

- Hay que revisar el número de especialistas en formación de algunas especialidades y, en concreto, en las especialidades de medicina preventiva y salud pública y de medicina del trabajo.
- Se vuelve prioritaria la formación de más especialistas en la gestión de las personas con multimorbilidad compleja y, en particular, de las más frágiles y mayores, tanto en situaciones de emergencia como en la atención de larga duración. Asimismo, hay que abordar la realidad de las dificultades a la hora de disponer de profesionales, especialmente de medicina, con una formación amplia para atender a aquellas personas con multimorbilidad, condiciones crónicas y necesidades complejas, como, por ejemplo, especialistas en geriatría, medicina interna o familiar y comunitaria, que puedan proporcionar una respuesta de primera línea en estas personas, ya sea a los servicios de urgencias, a domicilio, a la hospitalización de agudos o a la atención intermedia.
- Es importante, pues, que la atención a la persona no se base sólo en la mejor medicina basada en la evidencia (MBE), hay, además, recoger al plan de atención los objetivos, preferencias y valores de la persona con el fin de adaptar esta MBE a la realidad que vive, con el fin de ofrecer la mejor calidad de vida y experiencia de atención. Esta es la mejor atención que puede dar el sistema de salud a las personas que tienen necesidades complejas y en situación de final de vida, aunque, probablemente, también lo sea para la ciudadanía en general.

c) Nuevos modelos organizativos del trabajo profesional

La mejora imprescindible de los recursos debe venir acompañada de cambios profundos en la resolución de los problemas de salud de los ciudadanos.

Para lograr avanzar en los cambios que proponemos, es necesario rediseñar el actual sistema de compra de servicios del CatSalut que, junto con los contratos programa, son las herramientas de que dispone la administración para incidir en estas reformas.

A modo de resumen, creemos que hay que:

- Nivelar objetivos en los centros de trabajo y en los diferentes ámbitos asistenciales. En la pandemia se ha demostrado que, cuando los objetivos de la administración, los gestores y los profesionales se han entendido y puesto en

común y se han alineado, el sistema ha funcionado y se ha traducido en resultados. **Es necesario, por tanto, que los objetivos sean compartidos.**

- Transformar estructuras verticales en horizontales y orientadas a la consecución de objetivos comunes en los centros sanitarios. El manejo de la crisis de la COVID-19 ha dejado en evidencia la necesidad de una colaboración horizontal entre niveles asistenciales y centros financiados con recursos públicos y privados. Hay una relación transparente y medible entre entidades y profesionales, con el paciente en el centro. Es necesaria una reforma profunda de los modelos transicionales entre la atención primaria, hospitales, centros sociosanitarios, de salud mental y residencial. Es necesaria también la integración y colaboración estrecha entre servicios de salud y servicios sociales.
- Evolucionar hacia el equipo asistencial multidisciplinar, donde los diferentes profesionales tienen su papel alineados en la consecución de unos objetivos comunes consensuados y compartidos con el centro y el propio ámbito territorial.
- Un reto inmediato es incorporar nuevas profesiones a los equipos, muy relacionadas con las nuevas tecnologías (ingenieros, informáticos, físicos, biólogos, etc.) para desarrollar herramientas de apoyo y trabajo en equipo en la asistencia, investigación y docencia.
- También es necesario rehacer la relación entre ámbitos asistenciales y entre los centros hospitalarios de referencia y de nivel comarcal. Es importante clarificar los objetivos asistenciales de los diferentes ámbitos y centros y su colaboración. La falta de eficacia mina la moral de los profesionales de los centros más pequeños por la indefinición de objetivos asistenciales, lo que incide sobre las lícitas ambiciones de desarrollo profesional.
- La crisis causada por la epidemia ha puesto sobre la mesa la necesidad de reforzar las estructuras de apoyo emocional a los profesionales de forma individual y como equipo. La Fundación Galatea y la Clínica Galatea, impulsada por la administración catalana y los colegios profesionales sanitarios, tienen más de 20 años de experiencia en el apoyo emocional y el tratamiento de patología mental de los profesionales. Es necesario que los centros sanitarios habiliten sistemas de coordinación y colaboración que repercutan en el bienestar de sus profesionales y, por tanto, sobre la atención sanitaria.

d) Por una nueva Agencia de Salud Pública que aborde una política de salud pública moderna, capacitada e integrada con la atención primaria de salud

Hasta ahora, la Agencia de Salud Pública de Cataluña y el sistema público de salud en Cataluña han respondido a un modelo tradicional, aunque no pensado ni estructurado para afrontar los problemas de salud pública del presente y futuro (como, por ejemplo, la pandemia del COVID-19). Las tres áreas de actividades clásicas de la salud pública (protección de la salud y control de enfermedades transmisibles; educación para la salud y promoción de la salud, y servicios para la población o comunidad) están cubiertas y parecían adecuadas.

Pero la naturaleza de los retos de salud pública cambia y las prioridades sanitarias también. Por ejemplo, el cambio climático es el reto de salud pública más grande de nuestros tiempos y la mayor amenaza para el futuro del planeta.

La crisis sanitaria producida por la pandemia de COVID-19 ha supuesto un conjunto de retos para el sistema de Vigilancia Epidemiológica y Salud Pública catalán y estatal que se han gestionado con resultados variables, mostrando debilidades importantes. El sistema se vio, primero, desbordado y, después, colapsado parcialmente, con dificultades graves para hacer la vigilancia y seguimiento de casos y contactos. La disponibilidad de datos epidemiológicos necesarios ha sido insuficiente e imprecisa, con una falta importante de sistemas interoperativos que habrían hecho posible automatizar parte de la recogida y envío de datos.

La salud pública en Cataluña ha sido siempre la parte más olvidada e infradotada del sistema sanitario. En *tiempo de paz*, salvo las epidemias de gripe estacional (una infección más previsible, con una buena red de vigilancia epidemiológica) y brotes de infecciones habituales, los servicios que realiza Salud Pública no se perciben como especialmente necesarios. Salud Pública supone el 1,1 % del gasto sanitario en España y eso incluye el presupuesto destinado a las campañas de vacunación sistemática y la compra de vacunas.

En resumen, nuestro sistema de salud pública, incluyendo las actividades de vigilancia epidemiológica y la capacidad de hacer frente a amenazas derivadas de enfermedades transmisibles, estaba en estado precario, tanto en la dotación de recursos humanos, especialmente de personal cualificado, como de recursos materiales y de sistemas de información.

Es importante continuar abordando el desarrollo de conocimiento y el intercambio de evidencia. La creación de un portal web para datos relacionados con la salud pública, accesibles para la ciudadanía (por ejemplo, datos sociodemográficos, de salud, de

educación, de comportamientos relacionados con la salud, etc.) para todo el territorio (como los *Fingertips* de la Agencia de salud del Reino Unido) permitiría compartir evidencias de lo que funciona en todos los ámbitos de la salud pública, incluida una orientación relevante.

La promoción de la salud, desde una visión comunitaria y social, es una prioridad a la hora de invertir. La mejora de los estilos de vida, el cuidado del medio ambiente, la racionalización de los horarios, etc. son las medidas que más mejorarán la salud de la población.

Como consecuencia, el sistema precisa de un instrumento potente y ágil de conocimiento y gestión epidemiológicos, que hay que reforzar con una buena estructura humana y técnica, con capacidad de operar con sistemas de información ágiles y en conexión y coordinación, reforzada en el ámbito comunitario, específicamente de la atención primaria y atención hospitalaria.

Otras condiciones importantes y necesarias son:

- Una coordinación eficaz con las estructuras de salud pública estatales (Ministerio de Sanidad, CCAES) y europeas (*European Centre for Disease Control and Prevention, ECDC*).
- Potenciar las redes de vigilancia epidemiológica. La participación activa del sistema público de atención primaria y del sistema público de atención hospitalaria en la vigilancia epidemiológica es esencial.
- Mejorar la capacidad de los laboratorios de realizar un diagnóstico rápido, que incluya microorganismos no habituales en aquellas situaciones en las que se considere necesario.
- Potenciar la red de Unidades de Aislamiento de Alto Nivel (UAAN) existente y el trabajo coordinado de la misma.
- Disponer de planes de preparación para afrontar nuevas crisis como la que estamos sufriendo ahora.

Apéndice. Telemedicina y salud digital

Cada vez son más los profesionales de la salud que utilizan recursos digitales para sus pacientes como complemento de su visita. La crisis sanitaria causada por la COVID-19 acelera este cambio y favorece que se implemente la telemedicina y el teletrabajo en los procesos en que la visita presencial no sea totalmente imprescindible.

En cualquier caso, se entiende que no se plantea como sustitutiva del acto médico presencial y que siempre deberá prevalecer el criterio clínico para establecer en qué pacientes y en qué situaciones es adecuado proponer esta modalidad de intervención, teniendo en cuenta que la relación personal es un elemento clave en la atención médica. La telemedicina puede tener un gran potencial para mejorar la gestión clínica y la prestación de servicios de atención a la salud en todo el mundo, mejorando el acceso, la calidad, la eficiencia y la rentabilidad.

La optimización de los tiempos de atención y diagnóstico, la experiencia de interactuar con pacientes más informados en la consulta y la posibilidad de reducir los tiempos de espera es el más valorado de la telemedicina.

La telemedicina permite el contacto entre el clínico y el paciente a distancia, así como la asistencia, el consejo, recordatorios, educación, intervenciones, monitorización y admisiones remotas. También la orientación o el cribado *online* se hace desde una plataforma digital que mejora el acceso del paciente a la atención sanitaria, dirigiéndolo al servicio más adecuado a sus necesidades, reduciendo las citas y mejorando la eficiencia de clínicos y administrativos.

El monitoreo remoto es una tecnología que permite hacer el seguimiento de los pacientes fuera de los centros de salud, lo que puede mejorar el acceso a los servicios de salud y reducir los costes. También puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas.

Desde el punto de vista médico, en relación con la tecnología digital y el teletrabajo, debemos promover el diseño y el establecimiento de un marco jurídico moderno que apoye la práctica médica con nuevos instrumentos tecnológicos e instar a la administración a desarrollar una regulación ágil y flexible adaptada a las nuevas necesidades y que dé seguridad a los profesionales. Por otra parte, los colegios profesionales debemos promover los debates éticos-deontológicos que den cobijo a las nuevas formas de ejercer y elaborar códigos de conducta para la implementación y ejecución de la telemedicina.

Es necesario que la administración pública y el sector privado potencien y reconozcan en un nuevo marco contractual de la telemedicina cuestiones como las visitas no presenciales, la monitorización a distancia, la teleradiología, la digitalización de anatomía patológica, la centralización de la pericia y la tutorización (*telementoring*) de profesionales entre centros, en relación con procedimientos quirúrgicos o invasivos.

Para facilitar la interrelación entre centros, habrá que mejorar, en el sector público, la interconexión de los sistemas de información del SISCAT y promover mejoras de los modelos de *reporting* de actividad (simplificación, unificación, depuración y

automatització). La epidemia ha sido un ejemplo de cómo es de necesario poder compartir en tiempo real la información para que Administración, gestores y profesionales puedan tomar, en cada momento, decisiones que repercuten sobre la asistencia.

2. Propuestas concretas por diferentes àmbitos assistencials (pendiente de finalización)

Anexo 1 Documento de Atención Primaria

Anexo 2 Documento de Atención Hospitalaria

Anexo 3 Documento de Atención Intermedia y Residencial

Anexo 4 Documento de Salud Mental

Junio de 2020

Colegios de Médicos de Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona



Con la adhesión de:

