



**Asociación Madrileña de Calidad Asistencial**

# **Análisis estratégico de la gestión de la pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19)**

**Grupo de trabajo AMCA  
3 de diciembre 2020**

## Índice y contenidos

1. RESUMEN EJECUTIVO.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
Marco legislativo y conceptual.....	6
3. ASPECTOS ÉTICOS.....	7
4. METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	9
Población diana .....	9
Grupo de trabajo .....	9
Ámbito y alcance del análisis .....	9
Herramientas y dinámica de trabajo.....	10
5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTRATÉGICO Y RECOMENDACIONES GENERALES .....	11
6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRIORIZADAS:.....	13
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Realizar el análisis y abordar los déficits organizativos del SNS. ....	13
LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Desarrollar un modelo sólido de Salud Pública en todos los niveles del SNS.....	14
LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Reorientar e integrar los sistemas de información sobre la salud y la atención sanitaria en todos los niveles de gestión del SNS. ....	16
LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Impulsar la recuperación, reconocimiento, protección, capacitación y dotación de profesionales.....	17
LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Diseñar un plan de contingencia estatal con despliegue autonómico y municipal para afrontar crisis sanitarias con múltiples víctimas .....	18
LÍNEA ESTRATÉGICA 6: Humanizar la atención en situaciones de crisis sanitarias con múltiples víctimas.....	19
LÍNEA ESTRATÉGICA 7: Desarrollar un modelo de asistencia a grupos especialmente vulnerables y en riesgo de vulnerabilidad.....	21
LÍNEA ESTRATÉGICA 8: Garantizar la seguridad de las personas, tanto ciudadanos como profesionales .....	22
LÍNEA ESTRATÉGICA 9: Fomentar la responsabilidad compartida con la ciudadanía, la solidaridad y la coordinación de las iniciativas comunitarias, y la responsabilidad social corporativa (RSC) de las empresas. ....	23
LÍNEA ESTRATÉGICA 10: Potenciar y dar sostenibilidad a la investigación básica, clínica, epidemiológica, de gestión y traslacional (aplicada). ....	24
7. FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO .....	25
ANEXO 1: Autores y colaboradores.....	27
ANEXO 2: DAFO .....	30
ANEXO 3: DAFO-CAME .....	33

BIBLIOGRAFÍA..... 37

## 1. RESUMEN EJECUTIVO

Las actuales circunstancias de crisis social, sanitaria y económica, consecuencia de la pandemia, obligan a plantear un análisis estratégico robusto y sistemático para conocer qué ha ocurrido, qué hemos aprendido y cómo afrontar el momento presente y futuro. Además, las diferentes circunstancias políticas, económicas y sanitarias actuales deben tenerse en cuenta en cualquier abordaje de este tipo.

La Asociación Madrileña de Calidad Asistencial ha querido aportar con este documento una visión transversal e integradora de todos los agentes y coyunturas de la actual crisis. El análisis se ha realizado utilizando la metodología DAFO, y en él han participado profesionales sanitarios de diferentes ámbitos de la salud.

Para el desarrollo de este trabajo se consideraron, desde el punto de vista ético, los principios de **equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia**, en situaciones de pandemia. Se realizó una reflexión sobre la priorización de recursos; el apoyo a la toma de decisiones por parte de los profesionales; el acompañamiento; los deseos, las voluntades anticipadas y la muerte digna; el apoyo emocional a pacientes, familiares y profesionales y la investigación.

Se estableció el marco temporal desde el inicio de la pandemia hasta octubre de este año con un abordaje general del Sistema Nacional de Salud, en los tres niveles de gestión: macro, meso y microgestión, desde la perspectiva de la Comunidad de Madrid.

La metodología utilizada fue trabajo individual para análisis DAFO inicial y mediante consenso en las fases posteriores.

Con la información inicial se estableció una priorización según factibilidad e impacto de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades y para identificar los abordajes estratégicos se enfrentaron las debilidades y las fortalezas a las oportunidades y amenazas.

La compilación de estos permitió proponer diez líneas estratégicas, cada una de ellas con diferentes propuestas para su desarrollo. El grupo también identificó los factores críticos de éxito necesarios para la progresión de estas recomendaciones.

## 2. INTRODUCCIÓN

Desde la declaración de emergencia de salud pública internacional del brote de corona virus por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero de 2020 hasta la actualidad, diciembre de 2020, la pandemia ha afectado a más de 63 millones de personas en todo el mundo. En España hay más de un millón y medio de afectados, con más de 45.000 fallecidos(1). Y, aunque había señales apuntaban a la posibilidad de una amenaza de este tipo, era difícil presagiar que su impacto podía alcanzar estas dimensiones.

Durante los últimos meses hemos ido familiarizándonos con esta nueva enfermedad, aprendiendo sobre su sintomatología, evolución, diagnóstico y tratamiento, en muchas ocasiones a base de ensayo error, a pesar de que la producción científica sobre el SARS-COV-2 ha crecido exponencialmente en los pocos meses desde su aparición.

La lucha contra esta enfermedad ha llevado a las autoridades de todos los países a establecer medidas drásticas que han supuesto la limitación de algunos derechos individuales en pro de la salud pública. Esto ha desencadenado que, además de las irreparables pérdidas personales y el colapso de los sistemas sanitarios, la pandemia ha distorsionado la economía mundial.

Estas aciagas circunstancias han puesto sobre la mesa las fortalezas y debilidades de nuestros sistemas sanitarios, y especialmente en nuestro país, los déficits estructurales que se vienen arrastrando en los últimos años, tanto a nivel estatal como autonómico, y que repercuten directamente en la calidad y seguridad de la atención que ofrecemos a los pacientes. Estos déficits han sido especialmente notables en Salud Pública, Atención Primaria, Atención Sociosanitaria, y además se ha puesto de manifiesto la falta de coordinación entre los distintos organismos sanitarios e institucionales.

Se han identificado claramente grandes desaciertos e inequidades en la gestión de la pandemia, priorizando otros aspectos sobre las recomendaciones basadas en el conocimiento científico-epidemiológico. Esto ha contribuido a la confusión y la falta de confianza de los ciudadanos en la información que les llegaba de forma, con frecuencia poco coordinada, y en ocasiones, incluso contradictoria, lo que ha podido influir en el no siempre adecuado seguimiento de las precauciones necesarias por parte de la ciudadanía.

Además, hay que subrayar que, a pesar de algunos esfuerzos de profesionales concretos y la propuesta de expertos de diferentes áreas(2), no se ha realizado aún un análisis estratégico metodológicamente robusto y sistemático de lo ocurrido, de los aciertos y los errores y de las posibles causas de los mismos.

Cabía esperar que, una vez superados los primeros y más duros momentos de la pandemia y comenzando la adaptación a la nueva normalidad, los gobiernos y las distintas organizaciones, especialmente las sanitarias, hicieran un ejercicio de reflexión y autocrítica, que permitiera anteponerse a las posibles situaciones venideras y planificar una respuesta adecuada.

El esfuerzo ímprobo que ha supuesto a las organizaciones sanitarias el afrontamiento de la pandemia puede haber influido en la falta de previsión y preparación ante los esperados repuntes de la enfermedad.

La pandemia del nuevo coronavirus es un ejemplo extremo de los denominados entornos VUCA: la volatilidad debida a los cambios que se producen a velocidad de vértigo; la incertidumbre por la incapacidad de predecir las situaciones que van aconteciendo; la complejidad por la dificultad de entender la relación causa-efecto de lo que sucede; y la

ambigüedad por la incompreensión de cómo se interrelacionan los distintos elementos del entorno.

En este ecosistema, cambiante e incierto, sigue siendo fundamental realizar una reflexión profunda desde el análisis del entorno, que permita al sistema sanitario y a las organizaciones adaptarse a las nuevas necesidades que emergen; aprovechar y potenciar las fortalezas y las oportunidades que se nos ofrecen; mitigar las debilidades y luchar contra las amenazas presentes y futuras. Tras el análisis, es imperativo desarrollar las principales líneas estratégicas, y establecer una hoja de ruta ejecutiva consensuada y coordinada con todos los actores principales.

## Marco legislativo y conceptual

El Sistema Nacional de Salud, que es el marco general de los actuales Sistemas Regionales de Salud y la evolución del Sistema de Seguridad Social, surge históricamente como una redefinición del pacto entre el Estado y los Ciudadanos, sustentado en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 (3) que define el Derecho a la Protección de la Salud y se materializa mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad(4), apoyada en otras normativas como el Capítulo IV del Real Decreto Legislativo 1/1994, la Ley General de la Seguridad Social(5) o la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud(6); completado, en aspectos concretos, por otras leyes y normativas como la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública(7), la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica(8), la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales(9), el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público(10), o la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (11),entre otras.

Este marco conceptual que incluye una perspectiva poblacional potencialmente permite integrar de manera natural las competencias en salud pública y la visión de trayectoria vital y de “salud en todas las políticas”, que propone la Organización Mundial de la Salud.

Nuestro marco legislativo incorpora principios básicos que deben, aún en situaciones de crisis sanitaria, garantizar la **equidad** en la atención, no debiendo negarse la atención a los pacientes que la soliciten y ofreciendo siempre la mejor posible adaptada a las características individuales de los pacientes atendidos, a los recursos existentes, a la experiencia de los profesionales y a la mejor evidencia científica disponible.

Así mismo, y de acuerdo con el principio de **universalidad**, debe brindarse la debida atención independientemente de su edad, sexo, país o comunidad autónoma de origen o su estado legal. Debiendo darse una consideración especial a las poblaciones en riesgo de exclusión social y vulnerabilidad o fragilidad.

Para garantizar el principio de **accesibilidad** de la atención sanitaria, debe facilitarse la teleasistencia y la asistencia domiciliaria siempre que sea posible y recomendable, medios de transporte para acudir al hospital y tener disponibles medios y canales pertinentes de comunicación con la población. Debe, por tanto, garantizarse una continuidad asistencial y un seguimiento adecuado de todos pacientes, tanto COVID-19 como no COVID-19.

El principio de **eficiencia** entronca con el principio **evaluación** y de **pertinencia** de las actuaciones. De manera que es muy importante asegurar la generación de conocimiento y la

evaluación continua de las medidas tomadas. Por ello, hay que garantizar la recogida de datos, que los datos tengan suficiente calidad para poder apoyar estudios científicos que avalen futuras decisiones, y que se realice un análisis epidemiológico-clínico robusto en tiempo y forma de los datos que permitan apoyar estas decisiones en situación de máxima incertidumbre.

Las medidas tomadas deben tener **proporcionalidad** y por ello es necesario tener una idea real de la situación, asegurando la accesibilidad y fiabilidad de los datos necesarios. Las decisiones deben garantizar la sostenibilidad inmediata de la asistencia sanitaria, rompiendo la cadena de transmisión y favoreciendo que “nadie se quede atrás”; pero debe permitir la sostenibilidad a medio y largo plazo del SNS.

**El presente documento suscribe los principios básicos del SNS y considera que las decisiones y medidas a tomar durante las fases epidémica e interepidémica deben ampararse en los principios generales que sustentan dicho SNS.**

### 3. ASPECTOS ÉTICOS

Para la elaboración de este documento se han tenido en cuenta los principios éticos en situaciones de pandemia del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social(12). Las medidas que se adopten estarán presididas por los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia. Ninguno de los colaboradores tiene conflicto de interés en la participación.

Consideramos puntos relevantes a tener en cuenta desde la perspectiva ética:

1. Criterios de priorización de recursos no discriminatorios. La gestión de recursos durante epidemias y pandemias conlleva una gran complejidad fundamentalmente por la limitación de recursos y necesidad de tomar decisiones rápidas en situaciones de escasa evidencia científica sobre aspectos como asignación de camas, medicamentos...por lo que se hace necesario desarrollar directrices basadas en el principio de equidad y adaptadas a las circunstancias locales.

2. Apoyo a la toma de decisiones: grupo de profesionales, comité de ética asistencial.

Cuando, en el contexto de una pandemia, se habla de priorizar recursos se está haciendo referencia a limitar o suspender el Derecho Constitucional a la Protección de la Salud (art 43)(3). Cualquier criterio, protocolo o recomendación para priorizar el uso de recursos debe ser aplicado individualmente, basarse en una reflexión sobre las circunstancias concretas(13), tomar decisiones en equipo con la participación de los Comités de Ética Asistencial y, en la medida de lo posible, consensuarse con el paciente y la familia(14).

3. Acompañamiento. La necesidad de aislamiento de las personas infectadas durante la pandemia ha supuesto, y de manera masiva, que los pacientes hospitalizados e institucionalizados hayan estado privados de la presencia de sus familiares y seres queridos incluso en la fase final de su vida o en situaciones vitales de gran intensidad como el embarazo el parto o el apoyo espiritual. Hay un importante consenso en cuanto al objetivo de generar entornos más compasivos y mejorar el acompañamiento adecuándolo a cada contexto para evitar la transmisión del virus a la vez que evitar que ninguna persona muera sola y pueda despedirse de sus seres queridos(15).

Es importante reseñar la relevancia que han adquirido los medios telemáticos que han paliado en muchos casos el aislamiento, que han generado un cambio en profesionales y pacientes aunque no sustituyen el acompañamiento.

4. Deseos y voluntades anticipadas y muerte digna. El Testamento Vital o de Últimas Voluntades es un derecho de la persona (8) y la organización sanitaria debe facilitar al profesional sanitario el acceso al registro de Últimas Voluntades de manera que sea tenido en cuenta en todo momento en la atención al paciente. El profesional sanitario debe comprobar si se ha realizado, y, si es así, debe incorporarse a la toma de decisiones y registrarlo en la documentación clínica para que esté disponible para todos los profesionales que le atiendan.

En los pacientes terminales habitualmente da tiempo a indagar sobre sus preferencias, mientras que en los pacientes con COVID-19 es su evolución clínica la que determina que pueda entrar en una situación de deterioro irreversible, incluso en breve tiempo y en personas sanas en las que no era esperable. Es preciso garantizar por parte de la institución y los profesionales que, si la situación clínica y cognitiva lo permita, se pregunte al paciente sobre qué desea para el final de su vida y se le aporte la información de las diferentes opciones clínicas y se respete, siempre que sea factible, su voluntad y creencias dentro de las alternativas disponibles(16). La atención a las necesidades prácticas de pacientes y familiares genera bienestar y seguridad, siendo muy importante el entrenamiento específico de los profesionales para que tomen conciencia, sean capaces de ayudar y de mejorar su propia vivencia en una situación de elevado estrés emocional.

5. Apoyo emocional a profesionales y familiares. La pandemia COVID-19 ha traído un sufrimiento emocional de enorme impacto para pacientes, familiares, profesionales y sociedad en general. Las instituciones deben garantizar tanto la atención precoz a los profesionales como el apoyo a las familias sobre todo en situaciones en las que se puede prever un duelo alargado o patológico.

Se debe facilitar a los profesionales capacitación, herramientas y los recursos necesarios para minimizar los riesgos en la medida de lo posible. Esto incluye información completa y precisa sobre la naturaleza del virus y las medidas de control de la infección, información actualizada sobre la situación epidemiológica a nivel local y el suministro de los Equipos de Protección Individual(17). Se deben realizar exámenes periódicos para la detección precoz y disminución del riesgo de transmisión al entorno y garantizar la atención sanitaria a los trabajadores que enfermen y a su familia, y deberían también tener un acceso prioritario a vacunas y tratamientos disponibles. Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales deben transformarse en agentes de salud de los profesionales y contribuir así en la garantía de la asistencia sanitaria de la población.

6. Investigación. Durante la epidemia es importante aprender sobre la enfermedad todo lo que sea posible y lo antes posible. Para ello se requiere una evaluación científica adecuada de las tecnologías sanitarias (diagnósticas y de prevención, contención y tratamiento) aplicadas de manera empírica. Esto requiere un diseño y desarrollo metodológico y ético de la investigación.

Además de los ensayos clínicos, otros tipos de investigación, incluida la epidemiológica, la relacionada con ciencias sociales y estudios de implementación, pueden desempeñar un papel fundamental en la reducción de morbilidad y mortalidad y abordar las consecuencias sociales y económicas.



Es esencial, para asegurar que los estudios sean científicamente válidos y agreguen valor social, que los riesgos sean razonables en relación con beneficios anticipados, realizados de forma prospectiva y recogidos en un registro oficial. Las intervenciones experimentales de emergencia ofrecidas a pacientes individuales en ausencia de pautas claras de tratamiento tienen que cumplir requisitos preestablecidos.

Es importante reseñar que la urgencia por avanzar no puede hacerse a costa del rigor científico, que es importante que los proyectos se desarrollen en un marco de coordinación estatal e internacional que garantice el uso eficiente de recursos, que se atienden a los estándares éticos y garanticen los derechos de las personas.

Por último, hay que señalar que la recopilación y el intercambio de datos son fundamentales en una emergencia sanitaria para ayudar a identificar factores etiológicos, predecir la propagación de la enfermedad, evaluar tratamientos efectivos novedosos, aportar información para la prevención y atención y orientar el despliegue de recursos limitados.

Según se recoge en el Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia(12), las medidas que se adopten estarán presididas por los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia, entre otros. En este sentido, resulta también irrenunciable la continua (re)evaluación de los criterios orientativos o prescriptivos adoptados, a la luz de los cambios que se producen en la evolución de la pandemia.

## 4. METODOLOGÍA DE TRABAJO

### Población diana

El presente análisis se dirige a gestores, políticos, profesionales y trabajadores sanitarios y sociosanitarios. No está segmentado por colectivos.

### Grupo de trabajo

La relación de autores y colaboradores figura en el *Anexo 1*. Además de la Junta Directiva de AMCA, se invitó a participar a otros miembros de AMCA y a algunos profesionales relevantes de las áreas de Salud Pública, Atención Primaria, Farmacia Hospitalaria, Epidemiología y Gestión, Atención hospitalaria (con asistencia directa a pacientes COVID-19 y a pacientes no COVID-19), Medicina Preventiva hospitalaria, mandos intermedios, profesionales en formación (MIR), profesionales de los Servicios de emergencias extrahospitalarios y usuarios del sistema de salud en la identificación de amenazas, debilidades, oportunidades y fortalezas.

### Ámbito y alcance del análisis

- **Ámbito temporal:** Desde el inicio de la pandemia (finales de febrero de 2020) y hasta que se finaliza el trabajo (octubre de 2020).
- **Alcance espacial:** Abordaje general del Sistema Nacional de Salud y específico en la meso y microgestión centrado en la Comunidad de Madrid, aunque el documento tiene voluntad de poder ser útil a otras comunidades autónomas y ámbitos.

## Herramientas y dinámica de trabajo

Para dar soporte al trabajo se elaboraron plantillas *ad hoc*, sobre las que se ha trabajado de forma individual, en subgrupos y en plenario a través de reuniones virtuales.

1. Como herramienta inicial de análisis se ha aplicado un **análisis DAFO estructurado** bajo los siguientes parámetros:
  - Se han considerado como elementos internos a efectos del análisis todas las estructuras sanitarias (Ministerio de Sanidad, Administración Sanitaria Autonómica, Hospitales, Atención Primaria, Servicios de Emergencia, Servicios de Salud Pública y Oficinas de Farmacia) y se han analizado como elementos externos aquellos ajenos al ámbito estrictamente sanitario (ciudadanía, residencias de mayores, centros para personas institucionalizadas de cualquier tipo, medios de comunicación, voluntariado, cuerpos y fuerzas de seguridad el estado, ayuntamientos, partidos políticos...)
  - El análisis interno (**DEBILIDADES Y FORTALEZAS**) se ordenó para facilitar la comprensión del alcance de cada aseveración en **ámbitos de gestión**: Gobernanza-Macro gestión (órganos de Gobierno y coordinación del SNS: Ministerio de Sanidad, Carlos III, Consejo Interterritorial), Mesogestión (Órganos de Gobierno de la Comunidad Autónoma y Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad) y Microgestión (centros sanitarios). En el caso de debilidades se señaló el/los segmento/s al que afectaba principalmente (atención hospitalaria, atención primaria, emergencias y salud pública, centros sociosanitarios). En el análisis de fortalezas se establecieron ámbitos que facilitarían su posterior agrupación (liderazgo, coordinación, estrategia y organización, gestión del conocimiento, profesionales, pacientes y ciudadanos, tecnología, sistemas de información). El análisis externo (**AMENAZAS Y OPORTUNIDADES**) se estructuró en áreas o ámbitos (Global, Ciudadanía, Profesionales y Científico-Técnico).

### 2. Iteraciones de consenso

Se llevaron a cabo tres rondas de consenso y síntesis de contenidos similares del análisis interno que permitieron resumir las 150 debilidades iniciales en 69 y posteriormente en 24; y las 63 fortalezas iniciales en 22. Del mismo modo las 28 amenazas identificadas inicialmente pasaron a 18 y las 43 oportunidades se sintetizaron en 16 aseveraciones.

### 3. Priorización

Dada la amplitud del análisis DAFO, se consideró necesario priorizar los resultados, para facilitar la identificación de estrategias en la siguiente fase, por lo que se llevó a cabo un proceso estructurado de priorización basado en dos criterios: factibilidad de actuar e impacto sobre la evolución de la pandemia. A mayor factibilidad de abordaje o de impacto en la mejora de gestión, mayor puntuación.

### 4. Identificación de abordajes estratégicos (CAME)

A partir de tablas de doble entrada en las que se enfrentaban debilidades y fortalezas a amenazas y oportunidades, se realizó de forma individual por cada miembro del grupo una puntuación/ponderación de las relaciones entre las mismas, de 1 a 4 según la fuerza de dicha relación.

En el caso de debilidades, la reflexión a aplicar se estableció como:

- Oportunidades: “si superamos esta debilidad podremos aprovechar mejor esta oportunidad”
- Amenazas: “si superamos esta debilidad podremos defendernos mejor de los efectos de esta amenaza”

Y en el caso de fortalezas ante:

- Oportunidades: “si potenciamos esta fortaleza podremos aprovechar mejor esta oportunidad”
- Amenazas: “si potenciamos esta fortaleza podremos defendernos mejor de los efectos de esta amenaza”

En el mismo soporte cuando se establecía una relación fuerte, se indicaba la línea o actuación recomendada.

### 5. Síntesis y redacción de líneas y propuestas estratégicas

Con los resultados de la fase anterior se establecieron dos subgrupos que trabajaron el desarrollo de las líneas estratégicas derivadas del análisis de debilidades y del de fortalezas. Para esta fase se estableció la estructura y las normas de edición para homogeneizar la redacción.

### 6. Consenso final

El trabajo de ambos grupos se debatió y consensuó en dos reuniones durante el mes de octubre de 2020.

## 5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTRATÉGICO Y RECOMENDACIONES GENERALES

Los resultados del proceso de priorización del análisis DAFO se muestran en el *Anexo 2*. El análisis “DAFO compilado” obtuvo 24 debilidades, 11 amenazas, 22 fortalezas y 5 oportunidades.

En el *Anexo 3* se recogen los resultados de las puntuaciones obtenidas en la identificación de abordajes estratégicos (CAME) mediante cuatro tablas de doble entrada en las que se enfrentaban debilidades y fortalezas a amenazas y oportunidades.

Durante el trabajo realizado para el análisis DAFO se ha evidenciado en distintos niveles y por diferentes partes interesadas (*stakeholders*) que el pacto social expuesto en el marco legislativo y conceptual de la introducción se ha ido distorsionando y alejándose en algunos casos de los principios básicos propuestos de equidad, universalidad, accesibilidad, eficiencia, evaluación, pertinencia y proporcionalidad de la asistencia sanitaria. Se definen y argumentan aspectos relacionados con la inequidad o con el desvalimiento de grupos vulnerables de población que suponen una quiebra de este pacto social y que es, quizá, el aspecto angular del análisis de la situación actual. **Debemos como sociedad democrática y plural recuperar y redefinir los compromisos entre el Estado y los Ciudadanos mediante una actualización del pacto social y profesional, interterritorial y estatal en materia de Sanidad y Salud Pública.**

La existencia y el tipo de sistema de salud, en nuestro caso un sistema nacional de salud, afecta directamente a todas las dimensiones clave propuestas en nuestro análisis DAFO,

siendo particularmente importante el impacto en el Derecho a la Protección de la Salud y en la legitimación ciudadana que dota de contenido al sistema; en la dotación adecuada de los servicios de salud, en el aseguramiento de las tareas y de la cartera básica del SNS; en la gestión de riesgos y en la protección debida a los profesionales y trabajadores; en la confianza en la toma de decisiones compartidas, en la rigurosidad y en la fiabilidad.

A lo largo de todo el análisis estratégico ciertos puntos clave han destacado sistemáticamente. El primero, y quizá el más importante, por la repercusión que tiene en el SNS y en su relación con las partes interesadas es la transparencia y el buen gobierno (gobernanza) del Sistema Sanitario, Sociosanitario y de Salud Pública. Ha sido destacado por todas las partes interesadas consultadas y en todos los ámbitos y niveles asistenciales. Por ello, el marco conceptual de reflexión futura parte de establecer, definir y documentar el Buen Gobierno (gobernanza) del Sistema Sanitario, de Salud Pública y Sociosanitario considerando sus relaciones y coordinación. Este buen gobierno tiene que permitir un sistema de rendición de cuentas real (*accountability*) que implique y afecte a todos los actores del sistema. Por ello, es necesario implementar leyes cuando estén aprobadas y aprobar las leyes cuando no lo estén, de transparencia y buen gobierno de forma operativa y con carácter vinculante. Se propone la creación de organismos de control que permitan asegurar el buen gobierno, por ejemplo, el establecimiento de un Consejo de Administración (*board of stakeholders*) que incluya las partes interesadas, especialmente con participación de la ciudadanía (asociaciones vecinales, pacientes...), dentro del Sistema Nacional de Salud y de cada uno de los Sistemas Autonómicos de Salud que regulen la rendición de cuentas de los hospitales y centros de salud públicos y que permitan identificar áreas de mejora. Se ha propuesto además dotar de autonomía de decisión y de gestión a los servicios y unidades transversales y supervisores o auditores de la seguridad de los ciudadanos y profesionales con competencias que puedan suponer un conflicto entre las visiones asistenciales y poblacionales de las instituciones sanitarias, sirva de ejemplo los servicios de Medicina Preventiva; de Vigilancia Epidemiológica; de Prevención de Riesgos Laborales; de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente mediante la creación de una Agencia Estatal de Salud Pública, de Calidad Asistencial y Seguridad en el entorno sanitario.

Se han identificado diversos cambios estructurales del SNS que deben llevarse a cabo para garantizar la sostenibilidad, además del buen gobierno. Por ello, es necesario identificar y, en consecuencia, implementar los cambios estructurales del sistema sanitario global (Sistema Nacional de Salud, Servicios Sociosanitarios, Servicios Privados de Salud y Red de departamentos de Salud Pública) que permitan su adaptación a los nuevos paradigmas del conocimiento, de la asistencia sanitaria y de la salud global y responder de forma eficiente en el nuevo contexto social. Estos cambios tienen muy diferente entidad e implicación y se destacarían entre otros profesionalizar la gestión y la toma de decisiones en el marco de la Gestión Basada en la Evidencia y el Valor. Estos cambios, incluyen el uso regulado, ético y debidamente justificado de los puestos de confianza no reservados para empleados públicos, la profesionalización de la gestión sanitaria mediante el establecimiento de un sistema de carrera profesional específica basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad, su desvinculación de la política mediante una declaración de intereses que avale jurídicamente su independencia, la evaluación periódica de las competencias, así como un obligatorio sistema de medición de resultados que permita evaluar el desempeño, el valor añadido y el propósito de las decisiones en la gestión de forma periódica y sistemática. Comenzando con la actual pandemia mediante una evaluación externa e independiente, confidencial, conservando el anonimato de los auditores. Sería así mismo necesario a la vista de los resultados desarrollar un conjunto mínimo de indicadores de dignidad tanto del entorno de trabajo como de asistencia, centrados en las personas y sostenibles, que deban ser cumplidos obligatoriamente por todas las instituciones que contraten y atiendan personas.

Dada esta necesidad de redefinición del pacto entre el Estado y los Ciudadanos es necesario hacer un análisis estratégico del sistema sanitario (público y privado), de salud pública y sociosanitario por un grupo interdisciplinar amplio de técnicos y especialistas, incluyendo una evaluación económica del impacto potencial de la reorganización o reestructuración. Recomendamos el desarrollo de un mapa de riesgos y la implementación de un sistema permanente de anticipación de la situación epidemiológica (tanto a nivel macro, como meso, y micro) que incluya la coordinación desde el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), un mapa de recursos humanos sistemático, con la identificación de las personas accesibles para contratación o contratadas por el sistema con una evaluación sistemática de sus habilidades, competencias y capacidades que permitan su identificación rápida para puestos durante las crisis (y en general), la formalización y sistematización de las redes de colaboración ciudadana y su reconocimiento, la creación de un mapa actualizado de recursos públicos y privados accesibles en caso de crisis, con tiempos estimados de respuesta, y un mapa actualizado de riesgos.

Este análisis estratégico debe permitir hacer una estimación de necesidades en distintos escenarios y la dotación adecuada de personal y recursos materiales, reforzando con especial urgencia los Servicios de Salud Pública, los Servicios de Medicina Preventiva y los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y las Unidades de Calidad y de Seguridad del Paciente. Habría que establecer y documentar adecuadamente los roles, competencias y responsabilidades de los distintos actores del sistema sanitario y sociosanitario, especialmente de los citados servicios y unidades. Así, en caso de una nueva crisis de salud pública, se contaría con la definición y difusión mediante documento público de la gobernanza en todos los momentos de una crisis incluyendo todas las etapas, de inicio, epidémica, desescalada e interepidémica. Se deben detallar los indicadores de alarma, los sistemas de detección de riesgos, los roles decisores (con indicación de la persona que debe cumplirlo en cada momento).

La adecuación de la respuesta a situaciones de riesgo para la salud de las poblaciones debe garantizar la coordinación entre el sistema de salud y el educativo, entre niveles asistenciales, entre los aspectos sanitarios y sociosanitarios, entre el sistema público y privado y entre instituciones para que trabajen en red. Hay que potenciar de manera sistemática la gestión por procesos, clínica y basada en la evidencia, con la adecuada autonomía de decisión y de gestión delegada en los profesionales y establecer un sistema de evaluación anual o bianual de las competencias y habilidades de los mandos intermedios que sea decisorio para su mantenimiento en el cargo. Se recomienda establecer y hacer público el rol, la fiabilidad y la agilidad de los Sistemas de Información Sanitaria (SIS) y definir explícitamente las responsabilidades y competencias en los distintos ámbitos asistenciales, en vigilancia epidemiológica y el modelo de coordinación sociosanitaria y sanitaria.

Además de estas recomendaciones generales, este documento propone 10 líneas estratégicas específicas, fruto de los análisis realizados. Cada una de ellas se presenta con los resultados del DAFO-CAME descrito en la metodología y con una serie de propuestas para su desarrollo.

## **6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PRIORIZADAS:**

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Realizar el análisis y abordar los déficits organizativos del SNS.**

**Dimensiones clave:** Derecho a la protección de la salud; Equidad; Universalidad; Consenso político y compromiso firme sobre sanidad; Respeto a los profesionales y trabajadores; Aseguramiento tareas clave del SNS; Transparencia; Colaboración; Cooperación.

**Aprovecha las Oportunidades:** Fortalecimiento del SNS y de los servicios autonómicos en el buen gobierno y en la cooperación entre ellos y con otras administraciones; Reconocimiento por parte de la población de la necesidad de mejorar la estructura y financiación de los servicios de salud.

**Afronta las Amenazas:** Ausencia de análisis y abordaje de los déficits estructurales del sistema sanitario, más allá de la situación pandémica; Politización de la gestión de la crisis; Crisis económica; Consolidar la visión hospital-centrista del sistema sanitario sin incorporar el enfoque de salud pública y comunitaria.

## PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

La situación coyuntural de la pandemia COVID-19 ha puesto en evidencia déficits estructurales y funcionales del SNS que existían previamente y que no se habían abordado. El objetivo general de estas propuestas es dar algunas claves para la transformación necesaria del SNS mediante una reflexión y revisión del modelo actual de manera despolitizada, multidisciplinar, inclusiva y consensuada.

- Analizar en profundidad la comunicación y cooperación de los distintos servicios de salud dentro del paradigma de la salud global y el buen gobierno (gobernanza) desplegado en todos los niveles del sistema nacional de salud.
- Reforma del artículo 69 y siguientes de la Ley General de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud(6), de 28 de mayo, sobre el Consejo Interterritorial de Salud (CISNS) orientando la misma hacia un sometimiento de su funcionamiento y decisiones a la Alta Inspección, a los dictámenes técnicos preceptivos en materia de Salud Pública y a la obligatoria transparencia en los informes técnicos en los que se apoya en su toma de decisiones.
- Sistematizar una evaluación independiente periódica del desempeño del SNS por un Comité de expertos europeos como mecanismo estructurado de rendición de cuentas.
- Analizar en profundidad el ambiente de trabajo y condiciones laborales de los trabajadores del SNS y abordar las mejoras necesarias, estableciendo unos mínimos de cumplimiento en todos los niveles del sistema independientemente de su titularidad, pública, privada u otras.
- Analizar en profundidad la actual situación de cambio sustancial, y promover un nuevo modelo de salud global basada en valor.
- Desarrollar mecanismos eficaces de integración de la voz de los ciudadanos y pacientes en todos los niveles del sistema sanitario.
- Actualizar los mecanismos de protección de los datos personales relacionados con la salud, uso secundario de datos de salud, y cambio del ciclo de vida de la información sanitaria.
- Establecer un compromiso ético con los medios de comunicación.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Desarrollar un modelo sólido de Salud Pública en todos los niveles del SNS.

**Dimensiones clave:** Gestión de riesgos; Vigilancia epidemiológica; Orientación a la toma de decisiones; Transparencia; Coordinación; Rigor metodológico.

**Aprovecha las Oportunidades:** Reconocimiento por parte de la población de la necesidad de mejorar la estructura y financiación de los servicios de salud; Conciencia ciudadana de los derechos de atención social y sanitaria a las personas y grupos vulnerables; Fortalecimiento del SNS en el buen gobierno y en la cooperación entre ellos y con otras administraciones.

**Afronta las Amenazas:** Ausencia de abordaje de los déficits estructurales del sistema sanitario; Politización de la gestión de la crisis; Visión hospital-centrista del sistema sanitario, sin incorporar el enfoque de salud pública y comunitaria; Rebrotos de la pandemia; Difusión de información poco rigurosa, sensacionalista o interesada a la opinión pública; Negacionismo de la pandemia y de las medidas eficaces para controlarla.

## PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

El sistema sanitario ha estado excesivamente enfocado al abordaje de la enfermedad con un debilitamiento progresivo de la Salud Pública y de los sistemas enfocados de prevención de la enfermedad, esto ha conllevado déficits críticos en la respuesta a la actual pandemia. Estas propuestas pretenden dar claves para el fortalecimiento estructural de la Salud Pública a todos los niveles; así como establecer los mecanismos que permitan su integración con los distintos niveles asistenciales y con una coordinación adecuada y proporcionada con el resto de instituciones a nivel autonómico, estatal e internacional.

- Desarrollar un plan de inversión estable y de continuidad en la estructura de salud pública, dotando de los recursos adecuados (profesionales, materiales, sistemas de información, etc.) a cada nivel organizativo del SNS, incluyendo inversión en investigación (Estatal y de CCAA).
- Visibilizar el enfoque y las funciones de la Salud Pública como elemento clave del SNS, tanto entre los propios profesionales como hacia la población, incluyendo de manera particular a los decisores políticos.
- Dotar de un marco legislativo real, plenamente desarrollado y vinculante sobre las funciones de las autoridades y servicios de Salud Pública, estableciendo claramente las circunstancias y los mecanismos de activación de las medidas especiales en esta materia.
- Robustecer la Red de Vigilancia Epidemiológica reforzando la sistemática de detección temprana de cambios epidemiológicos, integrando los Sistemas de Información de Salud Pública con los asistenciales y de gestión.
- Protocolizar de manera rigurosa los programas y circuitos de vigilancia epidemiológica, y someter los mismos a evaluación y seguimiento, así como a simulacros de crisis.
- Incluir en los planes formativos especialmente de los diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios, tanto a nivel de pregrado y postgrado, como en formación profesional, todos los aspectos relacionados con la salud pública, la gestión de riesgos y la actuación en situación de crisis sanitarias.
- Desarrollar planes de comunicación intersectorial entre las autoridades de Salud Pública y los distintos agentes implicados en una crisis de salud pública: Sanidad, Transporte, Educación, Economía, Trabajo, Defensa, etc.
- Desarrollar un Plan de Comunicación y divulgativo institucional y corporativo sobre la pandemia y las medidas recomendadas para la población general y colectivos específicos, apoyado en los medios de difusión y redes sociales, así como en otros agentes clave (asociaciones de pacientes, *influencers*, de vecinos, colegios, etc.).
- Desarrollar un libro Blanco de Salud Pública, buscando la participación y el consenso.

### LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Reorientar e integrar los sistemas de información sobre la salud y la atención sanitaria en todos los niveles de gestión del SNS.

**Dimensiones clave:** Estandarización de la información; Portabilidad de los datos; interoperabilidad; Explotación integrada de fuentes primarias; Validación de los datos, Transparencia; Agilidad; Orientación al Usuario de la Información; Jerarquización de la información.

**Aprovecha las Oportunidades:** Fortalecimiento de la estructura del SNS (Administración Central y Servicios de Salud Autonómicos) y cooperación entre administraciones; Potenciación de la colaboración público-privada en I+D+i; Consolidación de la utilización de las TICs en todos los ámbitos, incluida la e-salud.

**Afronta las Amenazas:** Abordaje de los déficits estructurales del SNS. Consolidar la visión hospitalo-centrista del sistema sanitario, sin incorporar el enfoque de salud pública y comunitaria. Riesgo de rebrote de pandemia-re escalada por incumplimiento de medidas y conocimiento insuficiente del comportamiento de la COVID-19. Politización de la crisis. Difusión de información inadecuada, poco rigurosa o interesada.

#### PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

Las siguientes propuestas tienen como objetivo general lograr la estandarización consensuada, interoperabilidad, transparencia y rigor tanto a nivel local como autonómico y estatal de todos los sistemas de información clínica, epidemiológica, de gestión, de calidad y seguridad y de investigación y consolidar las TIC's en el ámbito de la salud.

- Priorizar la inversión pública en sanidad en la estandarización y desarrollo de sistemas de información interoperables, estableciendo un presupuesto anualizado de inversión en el desarrollo de sistemas de información y digitalización, garantizando desarrollo de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en todas las instituciones sanitarias y en las sociosanitarias.
- Desarrollar desde el liderazgo sanitario los sistemas de información en colaboración con empresas de desarrollo tecnológico, seleccionando y priorizando los objetivos relevantes de la gestión logística, la clínica y epidemiológica y de la investigación. Es importante generar soluciones a los problemas reales de cada ámbito en el SNS y que exista un consenso general en los sistemas de información.
- Modelar procesos y flujos de trabajo para la extracción, depuración de datos y explotación de la información, mínimo y común para cada nivel asistencial y área de conocimiento.
- Facilitar el registro de datos de salud con calidad suficiente que permitan realizar de manera sistemática minería de datos y en un futuro la integración de datos de la vida real en sistemas de análisis globales de *big data*.
- Definir e implantar cuadros de mando ágiles para cada nivel de gestión (también para gestión clínica y la gestión de la calidad y la seguridad).
- Sistematizar de un sistema de alertas en la provisión de productos sanitarios y medicamentos esenciales.
- Favorecer foros interdisciplinarios, multicéntricos y pluriautonómicos de discusión científica con acceso rápido a los datos del mundo real (RWD) para análisis intermedios de resultados y para estudios poblacionales.



- Facilitar de manera oportuna y fiable información acerca de la evidencia disponible sobre aspectos epidemiológicos, de diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Esta estructura debería promoverse desde el Instituto de Salud Carlos III, con la colaboración de las Agencias de Evaluación Tecnológicas.
- Apoyar y desarrollar de la digitalización del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la disponibilidad de herramientas adecuadas para el uso apropiado de la telemedicina.
- Desarrollar un nuevo perfil de profesionales de la salud con capacitación específica en sistemas de información sanitaria: Epidemiólogos y *Data Scientists*.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Impulsar la recuperación, reconocimiento, protección, capacitación y dotación de profesionales.

**Dimensiones clave:** Profesionales son clave; Dotación adecuada para cobertura de funciones asistenciales, investigación, docencia y progreso personal; Reconocimiento al compromiso; Seguridad en el trabajo y formación en prevención de riesgos; Retención de talento; Respeto a los profesionales y trabajadores; Modelo de competencias; Identificación necesidades para formación y plan de entrenamiento (simulación); Sistema de conocimiento de necesidades y expectativas de los profesionales y participación; Comunicación; Dialogo y accesibilidad con los mandos del hospital; Definición clara del trabajo (jornadas, lugar, función, teletrabajo); Colaboración; Coordinación; Multidisciplinar; Maximizar recursos; Eficiencia; Comunidades de Prácticas; Generación de conocimiento; Motivación; Desarrollo profesional.

**Aprovecha las Oportunidades:** Reconocimiento por parte de la población de mejorar la estructura y financiación de los servicios de salud; Fortalecimiento del SNS (Administración central y servicios autonómicos) en el buen gobierno y en la cooperación entre ellos y con otras administraciones.

**Afronta las Amenazas:** Ausencia de abordaje de los déficits estructurales del sistema sanitario, más allá de la situación pandémica; Rebrote/reescalada de la pandemia; Desafección de los profesionales sanitarios; Politización de la gestión de la crisis.

### PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

Los profesionales de los centros asistenciales y, en menor medida, de la salud pública han sido el principal valor en la respuesta a esta pandemia. La enorme implicación de estos profesionales, a costa de sobreesfuerzos personales, ha sido clave para afrontar la pandemia. La escasez de recursos, humanos y materiales, el crecimiento exponencial durante la fase epidémica, etc. han dejado una huella significativa en los profesionales. Una de las principales amenazas identificadas en el análisis estratégico es la desafección de los profesionales y la pérdida de sentido de pertenencia al SNS que se ha producido en una buena parte de los mismos. Por ello, consideremos necesario realizar un plan integral que favorezca la recuperación y el cuidado de los profesionales a corto, medio y largo plazo.

- Análisis de los factores de riesgo y los factores protectores que influyen en la desafección de los profesionales y el distanciamiento asistenciales-gestores/políticos.
- Elaborar de un Plan de Recuperación de los Profesionales a todos los niveles.
- Redefinir la misión y procesos a desarrollar por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de forma habitual y en situaciones de crisis. Establecer planes de contingencia para los servicios de PRL con previsión de la necesidad de dotación o reorganización de recursos humanos, materiales y tecnológicos propios en epidemia/pandemia o de cualquier otro riesgo que ponga en peligro a los profesionales.

- Regular la adaptación de puestos de trabajo y las condiciones y características del teletrabajo para determinados colectivos del sistema. Adicionalmente regular estos aspectos en epidemia/pandemia (a nivel Nacional y Comunidad de Madrid).
- Establecer un plan formativo para los profesionales de nueva incorporación con actualizaciones periódicas, en prevención de riesgos y buenas prácticas en seguridad del profesional durante la asistencia, acompañándolo con técnicas de *mentoring*.
- Estructurar programas (teóricos y prácticos) de entrenamiento específico en la incorporación y de forma periódica para el afrontamiento del estrés y fatiga emocional entre los profesionales sanitarios. Definir recursos para abordar estos aspectos cuando el entrenamiento y autocuidado no sean suficientes en epidemia/pandemia.
- Realizar una evaluación técnica de las necesidades reales de los profesionales y trabajadores por estamentos, competencias y territorios. Adicionalmente incorporar en los planes de contingencia la previsión anticipada de necesidades en epidemia/pandemia.
- Elaboración de catálogos de competencias, con implicaciones en la selección, evaluación e incentivación de los profesionales.
- Crear un registro por CCAA y estatal que permita definir planes de sucesión por competencias y planificar la formación de nuevos profesionales sanitarios.
- Revisar la carrera profesional y las condiciones laborales que aumente el atractivo de la incorporación al SNS y rediseño de un sistema de reconocimiento y recompensa verdaderamente valorado por los profesionales.
- Facilitar el desarrollo de comunidades de prácticas y a nivel regional establecer grupos técnicos de profesionales que evalúen y coordinen las iniciativas de los profesionales asistenciales, así como que busquen soluciones a las necesidades más prioritarias.
- Coordinación centralizada y ágil de los recursos y conocimientos disponibles, con la máxima eficiencia, aprovechando al máximo el conocimiento e implicación de los profesionales.
- Crear una estructura organizativa que permita, ante situaciones críticas y sin evidencia científica, implementar las mejores prácticas identificadas por consenso de expertos al resto de los centros con mayor agilidad.
- Dar voz a los profesionales a través de un sistema normalizado de entrevistas y encuestas que sea transparente y que permita establecer planes de acción en cuanto a las necesidades y expectativas de los profesionales.
- Mejorar la comunicación interna en todos los niveles de la organización.

## **LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Diseñar un plan de contingencia estatal con despliegue autonómico y municipal para afrontar crisis sanitarias con múltiples víctimas**

**Dimensiones clave:** Anticipación; Gestión de riesgos; Análisis de impacto; Simulación; Coordinación. Consenso político y compromiso firme sobre sanidad Coordinación intersectorial Derecho a la protección de la salud.

**Aprovecha las Oportunidades:** Concienciación de la ciudadanía; Visibilidad y reconocimiento de la población de unos servicios públicos estructurados y financiados; coordinación y cooperación entre administraciones; Fortalecimiento de la Transparencia y liderazgo del SNS.

**Afronta las Amenazas:** Déficit estructurales del SNS; orientación hospital-centrista; escasa capacidad de autoabastecimiento de material; Sistemas de información de salud pública obsoletos.

## PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con planes de contingencia eficaces y un modelo de gobernanza que permita coordinar todas las acciones y una gestión óptima de los recursos. Además, el despliegue coordinado de estos planes a nivel estatal, autonómico y municipal es clave para una respuesta eficaz.

- Establecer un modelo de gobernanza durante las crisis, definiendo de las directrices y las competencias de cada administración y la coordinación entre los niveles asistenciales.
- Desarrollar un plan específico para epidemias/pandemias, posteriormente, para otros supuestos (trauma múltiple, intoxicaciones, agentes biológicos, radiactivos, etc).
- Realizar la toma de decisiones de una manera ágil y rigurosa, con un sistema de comunicación y seguimiento.
- Analizar con todos los grupos de interés los riesgos potenciales asociados a cada nivel.
- Definir un sistema de gestión de alertas para la detección temprana de riesgos de epidemias/pandemia.
- Instaurar criterios para la declaración de activación y desactivación del plan de contingencia, incluyendo, además de la escalada y la desescalada, la atención a pacientes no afectados por la pandemia y el mantenimiento de los planes de salud vigentes.
- Establecer la coordinación interterritorial e intersectorial para atender a la población independientemente de su residencia.
- Desarrollar un plan unificado para los suministros clave como equipos, medicamentos, productos sanitarios y otros, con capacidad de respuesta para diferentes escenarios, *stocks* mínimos con capacidad de ajuste a necesidades, proveedores acreditados, etc. Asimismo, coordinar los suministros entre Hospitales y Atención Primaria.
- Definir políticas de colaboración con empresas para potenciar el autoabastecimiento a nivel municipal, autonómico y estatal.
- Desarrollar un plan de contingencia para los recursos humanos y salud laboral para la previsión de recursos necesarios, definición de puestos clave, identificación personal de alto riesgo, etc.
- Apoyar y desplegar los programas de comunicación institucionales para las diferentes poblaciones.
- Programas sistemáticos y periódicos de simulacros con evaluación posterior por expertos independientes.
- Reforzar los recursos humanos y materiales necesarios para la implementación del plan en los distintos centros sanitarios.
- Desplegar a nivel autonómico y municipal el plan específico de pandemias con directrices institucionales y realizar una evaluación periódica de su despliegue y resultados.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 6: Humanizar la atención en situaciones de crisis sanitarias con múltiples víctimas.

**Dimensiones clave:** Universalidad; equidad; respeto a los profesionales y trabajadores; respeto a los pacientes; familiares y ciudadanos; autonomía de los pacientes; protección de datos de salud.

**Aprovecha las Oportunidades:** Concienciación de la ciudadanía con los principios de ética y bioética; Reconocimiento ciudadano de la necesidad de un servicio sanitario público con capacidad de respuesta e integración;

**Afronta las Amenazas:** Miedo y retraso de los pacientes a acudir a los servicios sanitarios; Mantener la visión hospital-centrista, sin incorporar el enfoque de salud comunitaria.

## PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

Las crisis sanitarias ponen a prueba nuestro sistema y los valores que subyacen al mismo. Una atención centrada en la persona es incluso más importante en estas situaciones y, por ello, es necesario explicitar esta necesidad, establecer los mecanismos para cubrirla y proporcionar las herramientas que sean necesarias para ello.

- Determinar los riesgos que puedan conllevar falta de humanización tanto en los centros sanitarios como en la comunidad. Organizar grupos de trabajo para identificar los riesgos y posibles barreras y que desarrollen planes que fomenten la humanización.
- Promover la realización de estudios que analicen la experiencia del paciente y del profesional de forma sistemática durante las crisis y periódicamente después.
- Identificar las buenas prácticas relacionadas con la humanización durante la pandemia y dar reconocimiento a las mismas y a los equipos que las promovieron. En los casos de buenas prácticas que surgieron de la individualidad, buscar fórmulas para identificarlas y para dar reconocimiento.
- Establecer protocolos comunes de base para el acompañamiento exento de riesgos para el paciente (COVID-19 y no COVID-19) y el acompañante en el ingreso sanitario o sociosanitario y fundamentalmente en situación de previsible fallecimiento. Promover el *benchmarking* para mejorar, adecuar e implantar los protocolos.
- Monitorizar y evaluar las acciones de mejora realizadas para asegurar que favorecen la humanización.
- Establecer vías de comunicación entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios a través de las nuevas tecnologías y promover su uso para disminuir el impacto del aislamiento de los pacientes ingresados o institucionalizados.
- Mejorar la información y la comunicación con los pacientes sobre los cambios estructurales y organizativos que genera la respuesta a la pandemia y cómo se garantiza su atención.
- Preparar a los profesionales sanitarios, voluntarios, ONG y otros agentes sociales para crear una cultura de asistencia humanizada en estas crisis sanitarias y formarles para que dispongan de herramientas y tengan las competencias para ello.
- Establecer protocolos éticos para los profesionales contando con los Comités de Ética Asistencial.
- Integrar en el Plan de Contingencia de los centros la humanización, con especial atención al acompañamiento.
- Identificar las mejores prácticas que permitan compatibilizar el acompañamiento con la prevención de la transmisión y garantizar la atención sanitaria adecuada, priorizando a los pacientes con necesidades especiales como: pacientes en situación de dependencia, o aquejadas con alguna discapacidad, deterioro cognitivo y/o demencia, menores, embarazadas en situación de parto y de forma muy relevante pacientes que estuviesen en situación de previsible fallecimiento en breve.
- Definir criterios de selección de personas/familiares que puedan acompañar al paciente minimizando los riesgos de contagio y propagación mediante una formación básica.
- Establecer mecanismos de participación de pacientes y familiares y de la sociedad en su conjunto, en el desarrollo de la humanización de la asistencia con múltiples víctimas, que recojan las necesidades y expectativas y faciliten la implicación en la definición y el despliegue de las acciones.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 7: Desarrollar un modelo de asistencia a grupos especialmente vulnerables y en riesgo de vulnerabilidad.

**Dimensiones clave:** Equidad, universalidad, coordinación intersectorial, Accesibilidad, Cooperación, Derecho a la protección de la salud; Dotación adecuada de los servicios, Gestión de riesgos Voz del paciente, Intimidad, Información, Respeto a las personas.

**Aprovecha las Oportunidades:** Conciencia ciudadana de los derechos de atención social y sanitaria a las personas y grupos vulnerables, Potenciación de la colaboración público/privada en el ámbito de la I+D+I Consolidación de la utilización de las TIC en todos los ámbitos incluida la e-salud. Reconocimiento por parte de la población de la necesidad de mejorar la estructura y financiación de los servicios de salud. Fortalecimiento del SNS (Administración central y servicios autonómicos) en el buen gobierno y en la cooperación entre ellos y con otras administraciones.

**Afronta las Amenazas:** Consolidar la visión hospital-centrista del sistema sanitario, sin incorporar el enfoque de salud pública y comunitaria. Negacionismo de la pandemia y de las medidas eficaces para controlarla. Miedo y retraso de los pacientes a acudir a los servicios sanitarios. Ausencia de abordaje de los déficits estructurales del sistema sanitario, más allá de la situación pandémica. Rebrote/reescalada de la pandemia. Politización de la gestión de la crisis.

### PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

Uno de los compromisos más importantes de nuestro sistema sanitario es la equidad. En la respuesta a la pandemia este principio básico se vio afectado y grupos especialmente vulnerables, como los mayores institucionalizados, no recibieron la atención sanitaria que necesitaban.

Además, aunque la atención a los pacientes no COVID-19 más vulnerables o en riesgo de vulnerabilidad no es un resultado inicial del análisis estratégico, una de las principales preocupaciones del grupo firmante de este trabajo es garantizar la atención sanitaria en cualquier situación. Por ello las siguientes propuestas son presentadas desde una perspectiva global para todos ellos.

- Desarrollar un modelo de atención socio-sanitaria garantista y con responsabilidades definidas en el nivel de prestaciones sanitarias a proveer obligatoriamente con independencia de la titularidad de los dispositivos.
- Definir y desarrollar los mecanismos de coordinación e integración en el modelo de atención que se desarrolle, de los recursos sanitarios propios de los centros asistidos tanto públicos como privados.
- Garantizar por el sistema sanitario público la atención sanitaria a los residentes en instituciones sociales. Definición del rol de los distintos ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, SUMMA). Dotar de los recursos humanos y materiales necesarios al sistema sanitario público en función de los roles asignados.
- Reformular los estándares mínimos como requisitos necesarios físicos, de personal, de humanización y de calidad y seguridad para los centros socio-sanitarios y reforzar el programa de inspecciones.
- Incluir en los planes de contingencia de los centros sanitarios ante catástrofes/epidemias de las actuaciones específicas a abordar en estos centros, tanto la definición de procedimientos internos como la definición del rol de los distintos ámbitos asistenciales garantizando la equidad.

- Coordinar institucionalmente redes de apoyo por parte de las asociaciones ciudadanas y los recursos municipales junto con los centros comunitarios.
- Desarrollar un sistema de información sobre programas de salud específicos para poblaciones institucionalizadas (ancianos, discapacitados físicos, discapacitados mentales, población penitenciaria...).
- Identificar otros grupos vulnerables o en riesgo de vulnerabilidad y desarrollar planes de actuación específicos (mujeres víctimas de violencia de género, Menores no acompañados (MENA), refugiados, inmigrantes en centros de acogida, sin techo, niños en centros de protección de menores, personas mayores que vivan sola, cuidadores, etc.).
- Desarrollar actuaciones específicas e integradas en las redes de salud mental para el abordaje de la salud mental del paciente, de su familia y de los propios profesionales.
- Integrar los programas específicos de salud mental en el Plan de Contingencia frente a la Pandemia, coordinado con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, y los equipos de psicólogos propios o con el Servicio de Salud Mental.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 8: Garantizar la seguridad de las personas, tanto ciudadanos como profesionales

**Dimensiones clave:** Protección de los profesionales y trabajadores; Protección de los pacientes y ciudadanos; Gestión de riesgos; jerarquización de la evidencia.

**Aprovecha las Oportunidades:** Visibilidad y reconocimiento; Concienciación y aceptabilidad social acerca de la seguridad del paciente (COVID-19); Impulso al conocimiento y utilización de las nuevas tecnologías; Fortalecimiento del Consejería de Sanidad.

**Afronta las Amenazas:** Miedo y retraso de los pacientes en acudir a los servicios sanitarios; Riesgo de rebrote; Difusión de información poco rigurosa o sensacionalista.

### PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

Garantizar la seguridad de pacientes y profesionales en cualquier crisis sanitaria es un aspecto prioritario no prescindible en ninguna situación. Es necesario, por tanto, desde una perspectiva de seguridad del paciente analizar aquellos riesgos que han existido y aprender de ellos, estableciendo mecanismos que eviten los posibles eventos adversos. También es importante, identificar y difundir las mejores prácticas en seguridad que se han llevado a cabo durante la respuesta a la pandemia.

- Poner en valor y consolidar la figura de responsables/referentes de seguridad médicos y de enfermería en todos los dispositivos asistenciales, definiendo sus funciones y responsabilidades como monitores de la seguridad del paciente en cualquier situación.
- Establecer grupos con profesionales sanitarios y otros agentes involucrados en la pandemia para la detección de problemas/riesgos, incluyendo los asociados a la pandemia y los derivados del retraso en el diagnóstico y tratamiento de pacientes No COVID19. Impulsar la utilización de herramientas proactivas de análisis de riesgos tipo AMFE.
- Explotar resultados para conocer las complicaciones y eventos adversos, comparando con la situación previa (por ejemplo, con el CMBD, aplicando modelos de ajuste al riesgo; medición de resultados en salud incluyendo la perspectiva de los pacientes).
- Impulsar el análisis de las notificaciones de incidentes de seguridad para conocer su distribución durante las fases epidémicas e interepidémica.
- Realizar sistemáticamente un análisis de causas raíz en los eventos centinela.
- Mantener las reuniones de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) en los Centros y las integradas (Primaria-Hospitales; Hospitales-Emergencias).

- Facilitar información periódica y asesoramiento sobre seguridad al órgano coordinador del centro por parte de la UFGRS.
- Elaborar de forma participativa y asegurar la difusión a todos los profesionales implicados de los protocolos institucionales básicos consensuados sobre: 1) medidas básicas de protección; 2) indicación, colocación y retirada de EPI; 3) criterios de solicitud de pruebas diagnósticas, tratamientos, y criterios de ingreso en hospitalización y alta; 4) seguimiento de casos; 5) desescalada en las diversas áreas asistenciales; 6) conversión de áreas asistenciales; 7) limitación del esfuerzo terapéutico, decisiones difíciles compartidas, etc.
- Difundir y facilitar el acceso a la mejor evidencia científica disponible a través de los Institutos de investigación, integrados en una red estatal de expertos (preferiblemente vinculada al Ministerio de Sanidad) que realizarían la evaluación de las evidencias que vayan apareciendo de manera colaborativa y cooperativa.
- Disponer de repositorio centralizado de buenas prácticas en seguridad de acceso a todos los profesionales independientemente de su lugar de trabajo.
- Trabajar en la creación de herramientas de ayuda a la decisión que permitan detectar y alertar ante situaciones de falta de protección a los profesionales y /o pacientes.
- Facilitar un procedimiento y un medio anónimo y confidencial para la notificación de los incidentes de seguridad de los profesionales y trabajadores durante la asistencia sanitaria que permita detectar situaciones de abuso o déficits de previsión o de cualquier otro tipo que afecten a la seguridad de los trabajadores y de los profesionales sanitarios.

## **LÍNEA ESTRATÉGICA 9: Fomentar la responsabilidad compartida con la ciudadanía, la solidaridad y la coordinación de las iniciativas comunitarias, y la responsabilidad social corporativa (RSC) de las empresas.**

**Dimensiones clave:** Comunicación; transparencia; Sensibilización; Solidaridad; Colaboración; Bien Común; Responsabilidad Individual; Sociedad Civil.

**Aprovecha las Oportunidades:** Conciencia ciudadana de los derechos de atención social y sanitaria a las personas y a los grupos vulnerables.

**Afronta las Amenazas:** Retraso en el desarrollo de la vacuna del coronavirus SARS-CoV-2; Rebotes de la pandemia; Consolidación de la visión hospital-centrista del sistema sanitario, sin incorporar el enfoque de salud pública y comunitaria; Difusión de información poco rigurosa, sensacionalista o interesada a la opinión pública.

### **PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO**

El papel de la ciudadanía ha sido crítico para prevenir los contagios y proteger a los ciudadanos más vulnerables. Durante una crisis de salud pública ninguna respuesta será eficaz sin la alianza con la ciudadanía. Por ello, es fundamental establecer las vías y mecanismos de comunicación adecuados y elaborar mensajes que lleguen a los diferentes perfiles.

- Mejorar la comunicación y cercanía entre la ciudadanía y las administraciones públicas, especialmente el Sistema Nacional de Salud y la Salud Pública.
- Sistematizar la difusión de la información en la mejor evidencia científica en un lenguaje accesible y comprensible.
- Establecer canales bidireccionales sistemáticos de comunicación con la ciudadanía para integrarla en los procesos de reflexión y toma de decisiones del sistema sanitario.

- Adaptar los mensajes a los diferentes perfiles de ciudadanos, apoyándonos en la educación para la salud, las ciencias del comportamiento y sociales como la economía del comportamiento, así como en empresas especializadas en *marketing*.
- Fomentar la solidaridad, con el enfoque del bien común, evitando mensajes que culpabilicen y/o fomenten la percepción de “nosotros” y “ellos”.
- Desarrollar acciones para sensibilizar a la población de las desigualdades sociales y fomentar iniciativas individuales, colectivas y empresariales que contribuyan a la equidad y protección de los más vulnerables. El sector cultural puede ser un aliado para conseguir esta sensibilización.
- Difundir las necesidades identificadas de forma transparente y actualizada a través vías de comunicación rápidas.
- Desarrollar proyectos solidarios con la participación de empresas.
- Coordinar con Sanidad, Educación, Servicios Sociales, ONG, asociaciones ciudadanas,... para ofrecer la mayor protección a las personas con mayor vulnerabilidad y prevenir que la pandemia aumente la inequidad.

## **LÍNEA ESTRATÉGICA 10: Potenciar y dar sostenibilidad a la investigación básica, clínica, epidemiológica, de gestión y traslacional (aplicada).**

**Dimensiones clave:** Estabilidad tarea investigadora, colaboración y cooperación; Traslación de la mejor evidencia científica a la asistencia sanitaria; Adecuación al método científico, información rigurosa y fiable.

**Aprovecha las Oportunidades:** Fortalecimiento del SNS (Administración central y Servicios autonómicos) en el buen gobierno y en la cooperación entre ellos y con otras administraciones. Consolidación de la utilización de las TIC en todos los ámbitos incluida la e-salud. Potenciación de la colaboración público-privada en el ámbito de la I+D+i. Reconocimiento por parte de la población de la necesidad de mejorar la estructura y financiación de los servicios de salud.

**Afronta las Amenazas:** Retraso en el desarrollo de la vacuna para el coronavirus SARS-CoV-2. Falta de rigor para la puesta en marcha de Ensayos Clínicos. Negacionismo de la pandemia y de las medidas eficaces para controlarla. Difusión de información poco rigurosa, sensacionalista o interesada a la opinión pública. Politización en la gestión de la crisis.

### **PROPUESTAS DE DESARROLLO ESTRATÉGICO**

El virus SARS- Cov-2 es un virus nuevo del que no se conocía apenas nada y el papel de la investigación ha sido crucial para mejorar la respuesta. En situaciones de crisis, donde la necesidad de conocimiento es imperiosa, la investigación colaborativa es obligatoria.

- Priorizar el desarrollo de estructuras de gestión para ejecutar las ayudas y el soporte en la Unión Europea (por ejemplo, con las iniciativas de la Comisión Europea) a la investigación colaborativa.
- Invertir en la infraestructura y dotación adecuada de la investigación pública básica y aplicada en ciencias de la salud, a nivel estatal y por CCAA (especialmente de recursos humanos) mediante la implementación de partidas presupuestarias que garanticen una dotación idónea de equipos y medios.
- Desarrollar contratos estables de investigadores y definir una carrera investigadora atractiva para jóvenes investigadores con dedicación plena en este ámbito.
- Asignar adecuadamente tiempos de investigación durante el horario laboral para profesionales asistenciales.



- Fortalecer la estructura de investigación estatal (Instituto de salud Carlos III).
- Desarrollar sistemas de apoyo a los institutos de investigación de los centros sanitarios, mejorando el soporte a la creación de redes de investigación clínica y epidemiológica colaborativas, sobre enfermedades emergentes (por ejemplo, COVID-19) por áreas o ámbitos.
- Fomentar específicamente líneas de investigación en gestión sanitaria, gestión de crisis y emergencias, calidad asistencial, seguridad de los pacientes y seguridad de los profesionales.
- Revisar la regulación normativa de ensayos clínicos ante enfermedades emergentes.
- Buscar aliados en el sector privado para aprovechar las sinergias bajo el principio de transparencia.
- Trasladar, a nivel nacional, las iniciativas regionales de colaboración entre diferentes organismos que desarrollan actividades de I+D+i en el ámbito de la biomedicina y la salud para ser referentes en innovación sanitaria.
- Implementar procedimientos y estructuras de supervisión del proceso y resultados de los proyectos de investigación y ensayos clínicos para una rendición de cuentas sistemática, objetiva y mensurable.

## 7. FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO

- Transparencia real y búsqueda activa y declaración pública de todos los conflictos de interés.
- Rendición de cuentas vinculante (*accountability*) de los cargos públicos y del sistema de salud.
- Comunicación honesta con los *stakeholders* del sistema, especialmente la ciudadanía, que permita su participación activa.
- Refuerzo del marco jurídico y normativo nacional y autonómico para garantizar la independencia y la preeminencia de las decisiones sanitarias evitando la injerencia de intereses de parte.
- Cooperación y colaboración entre Comunidades Autónomas y Estado en materia de Sanidad, Asuntos Sociales y Educación.
- Supervisión externa (europea) periódica y sistemática del sistema (auditorías).
- Dotación de recursos materiales y humanos proporcionada a las necesidades y a la previsión de una respuesta rápida a una futura crisis.
- Coordinación, colaboración y búsqueda activa de consenso entre los distintos actores del sistema.
- Dimensionamiento y financiación acorde a las necesidades reales del contexto social en materia de Salud Pública.
- Independencia y autoridad real de las estructuras de Salud Pública (Autoridad Sanitaria).
- Formación e información adecuada para profesionales, trabajadores y ciudadanos.
- Interoperabilidad real de los Sistema de información en salud.
- Implicación de los directivos a todos los niveles en la seguridad de las personas, respetando un mínimo básico de requisitos de “dignidad” para pacientes, profesionales.

- Independencia técnica y autonomía de decisión de los investigadores para la creación y mantenimiento de los equipos de investigación.
- Estabilidad y carrera profesional en investigación atractiva para los investigadores.

## ANEXO 1: Autores y colaboradores

### Autores: Grupo de Trabajo de la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA)

- Asunción Colomer Rosas. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora de Calidad del SUMMA 112.
- Alicia Díaz Redondo. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. Hospital Universitario Gregorio Marañón.
- Patricia Fernán Pérez. Enfermera de Urgencias y Emergencias. Departamento de Calidad. SUMMA 112.
- Ana Isabel Fernández Castelló. Doctora en Medicina y Cirugía.
- Gerardo Garzón González. Doctor en Medicina y Cirugía. Técnico de Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- Rosa Gómez de Merodio Sarri. Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos. Coordinadora de Calidad. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- Susana Lorenzo Martínez. Doctora en Medicina y Cirugía. Jefe del Área de Calidad y Gestión de Pacientes. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Dolors Montserrat Capella. Especialista en M. Preventiva y Salud Pública. Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.
- Cristina Navarro Royo. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de Área. Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria.
- Rosa Plá Mestre. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de Sección del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. Hospital Universitario Gregorio Marañón.
- Pedro M. Ruiz López. Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Coordinador de Calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- María Ángel Valcárcel de Laiglesia. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Psicóloga. Unidad de Calidad. Hospital Clínico San Carlos.
- Carolina Varela Rodríguez. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad de Calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre.

## Colaboradores:

El grupo de expertos colaboradores participó exclusivamente compartiendo sus experiencias para la elaboración del DAFO y no se hacen responsables de las líneas estratégicas y recomendaciones que aparecen en el documento.

- Mercedes Almazán del Pozo. Gerencia Adjunta Gestión y Servicios Generales. Gerencia Asistencial Atención Primaria
- Begoña de Andrés Gimeno. Subdirectora de Enfermería. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
- Pablo Cazallo Navarro. Supervisor de Enfermería del Hospital COVID-19 IFEMA. Supervisor de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Cristina Cedrún Lastra. Dirección Asistencial Norte. Gerencia Asistencial de Atención Primaria
- Anselmo Felipe Colado. Ingeniero de Telecomunicaciones. Ciudadano y usuario del SNS
- Margarita Hernando Garcia. Jefe de Servicio de Salud Pública de Área. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad .Comunidad de Madrid
- Ana Herranz Alonso. Jefe de Sección del Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Cristina Martín-Arriscado Arroba Investigadora del Instituto de Investigación biomédica del Hospital Universitario 12 de Octubre i+12
- José Maria Muñoz Ramón. Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario La Paz.
- M<sup>a</sup> Victoria Pérez Santos. Jefa de Personal. Residencial Nogales XXI SA II
- Nicolás Rosillo Ramírez, Residente de Medicina Preventiva. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Carolina Ruíz Entrecanales. Enfermera de Calidad, Unidad de Calidad. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Maria Sanjurjo Sáez. Jefe del Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Pilar Segura Cebollada. FEA del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General de la Defensa Gómez Ulla.
- Ángel Tejido Sánchez. FEA del Servicio de Urología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

### Revisores externos

- **Aurora Barberá Martín.** Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Miembro de AMCA.
- **Elena Fernández Cano.** Técnico de la Gerencia de Planificación Estratégica. Dirección General de Proceso Integrado de Salud. Miembro de AMCA.
- **José María Muñoz Ramón.** Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario La Paz.
- **Alberto Rodríguez Balo.** Técnico de la Gerencia de Planificación Estratégica. Dirección General de Proceso Integrado de Salud. SERMAS.
- **Germán Seara Aguilar.** Coordinador de la Unidad de Innovación del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC)- Hospital Clínico San Carlos.

## ANEXO 2: DAFO

Análisis estratégico de la gestión de la pandemia de SARS-CoV-2	
<b>DEBILIDADES</b>	<p><b>Macro gestión/Gobernanza:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infraestimación del impacto de la pandemia</li> <li>2. Falta de gestión de sinergias en la investigación para generar conocimiento</li> <li>3. Sistemas de Información Sanitaria (clínicos, epidemiológicos, calidad,..) sin integración operativa ni orientación a la toma de decisiones</li> </ol> <p><b>Meso gestión:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ausencia de una estructura organizativa sólida y ágil de apoyo en red a la comunidad investigadora, y de regulación de conflictos de intereses.</li> <li>5. Inexistencia de/ Inadecuado Plan de Contingencia desde los SPRL en situaciones de pandemia/catástrofes</li> <li>6. Inexistencia de Plan de Contingencia de suministros clave en situación de catástrofe</li> <li>7. Fallos evitables en la Seguridad del Paciente por descoordinación en transiciones asistenciales.</li> <li>8. Falta de liderazgo y de incorporación a la toma de decisiones de la evidencia científica y de la opinión de los profesionales</li> <li>9. Falta de coordinación entre dispositivos sanitarios (Centros de salud, hospitales, salud pública, servicios de salud mental) y socio sanitarios.</li> <li>10. Estrategia de gestión de la epidemia hospitalocentrista sin priorizar la visión poblacional y de salud pública.</li> <li>11. Salud Pública infradotada estructural y funcionalmente, no integrada con servicios asistenciales</li> <li>12. Sistemas de Información de Salud Pública obsoletos, no interoperables con las fuentes primarias asistenciales, y no orientados a la toma de decisiones ágiles.</li> </ol> <p><b>Micro gestión</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Gestión estratégica de la crisis defectuosa, por falta de plan estratégico o error en su aplicación.</li> <li>14. Improvisación de los circuitos de vigilancia en Salud Pública sin garantías de funcionamiento</li> <li>15. Variabilidad en la formación y en la aplicación de protocolos de seguridad para profesionales</li> <li>16. Sistemas de información clínica y epidemiológica estancos, poco eficientes para la toma de decisiones ágiles</li> <li>17. Falta de capacidad digital para la atención asistencial a distancia.</li> <li>18. Relativización de los riesgos de la atención que no estén directamente relacionados con COVID-19</li> <li>19. Deficiencias en la información sobre la necesidad de aislamiento de los pacientes (medidas de protección...) y sobre su situación clínica</li> <li>20. Demora en la gestión de la atención de pacientes no COVID</li> <li>21. Escasa y tardía gestión de la fatiga emocional y el afrontamiento del estrés de los profesionales</li> <li>22. Falta de previsión y gestión de los profesionales sanitarios</li> <li>23. Formación de residentes inadecuada en la pandemia</li> <li>24. Desafección y pérdida de sentimiento de pertenencia de los profesionales del SNS</li> </ol>

### Análisis estratégico de la gestión de la pandemia de SARS-CoV-2

<b>AMENAZAS</b>	<b>Universal-global</b>
	1. Rebrote/re escalada de la pandemia
	2. Consolidar la visión hospitalocentrista del sistema sanitario, sin incorporar el enfoque de salud pública y comunitaria
	3. Difusión de información poco rigurosa, sensacionalista o interesada a la opinión pública
	4. Dependencia externa para material sanitario crítico
	5. Politización de la gestión de la crisis
	6. Crisis económica
	<b>Profesionales</b>
	7. Ausencia de abordaje de los déficits estructurales del sistema sanitario, más allá de la situación pandémica
	<b>Científico técnico</b>
	8. Falta de rigor para la puesta en marcha de Ensayos Clínicos
9. Retraso en el desarrollo de la vacuna para el coronavirus SARS-CoV-2	
<b>Ciudadanía</b>	
10. Miedo y retraso de los pacientes a acudir a los servicios sanitarios	
11. Negacionismo de la pandemia y de las medidas eficaces para controlarla	

### Análisis estratégico de la gestión de la pandemia de SARS-CoV-2

<b>OPORTUNIDADES</b>	1. Consolidación de la utilización de las TIC en todos los ámbitos incluida la e-salud
	2. Reconocimiento por parte de la población de la necesidad de mejorar la estructura y financiación de los servicios de salud
	3. Conciencia ciudadana de los derechos de atención social y sanitaria a las personas y grupos vulnerables
	4. Potenciación de la colaboración público-privada en el ámbito de la I+D+i
	5. Fortalecimiento del SNS (Administración central y servicios autonómicos) en el buen gobierno y en la cooperación entre ellos y con otras administraciones.

## Análisis estratégico de la gestión de la pandemia de SARS-CoV-2

### FORTALEZAS

#### LIDERAZGO

1. Establecimiento de un mando único en la gestión de la crisis con coordinación de recursos e intervención de existencias de medicamentos con potencial problema de desabastecimiento, para garantizar su distribución equitativa.
2. Creación temprana de gabinetes de crisis en la mayor parte de centros asistenciales
3. Liderazgo clínico y de cargos intermedios de servicios y unidades clínico-asistenciales (Organización interna espontánea de los centros). Microcoordinación y trabajo multidisciplinar

#### GESTIÓN CONOCIMIENTO

4. Revisión de evidencias y recomendaciones por parte organismos oficiales superiores (MSCBS-Instituto de Salud Carlos III-informes técnicos), en muchos casos con la colaboración de sociedades científicas y asociaciones profesionales
5. Conocimientos previos sobre precauciones universales y específicas, así como del uso del EPI (antecedente:ébola)
6. Existencia de Institutos de Investigación en los centros sanitarios

#### VIGILANCIA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

7. Existencia de antecedentes y estructuras para el manejo de crisis sanitarias (centro nacional de emergencias, centro nacional de epidemiología)
8. Existencia de profesionales formados y con experiencia para la vigilancia de salud pública
9. Sistemas de Información en Atención primaria con gobernanza única, definida y consolidados para la gestión
10. Disponibilidad de Historia Clínica Electrónica y sus funcionalidades tanto para la gestión clínica como organizativa

#### ORGANIZACIÓN Y ESTRATEGIA

11. Creación de nuevos recursos y organización dispositivos asistenciales con colaboración público-privada (Alianzas hospitales /IFEMA/ Hoteles medicalizados)
12. Adaptación estructural y funcional de los hospitales (rápida reconversión)
13. Iniciativas para la atención directa y asesoramiento a las residencias de mayores

#### NUEVAS TECNOLOGÍAS

14. Existencia de un esquema digital previo en SNS
15. Fomento de la telemedicina, seguimiento telefónico organizado e implantado. Disponibilidad de herramientas telemáticas para comunicación segura institucional (Teams, Zoom,..)

#### NORMALIZACIÓN OPERATIVA

16. Generación y comunicación temprana de procedimientos institucionales tratamiento, vigilancia y protección del profesional en Atención Primaria

#### PACIENTES Y CIUDADANOS

17. Colaboración ciudadana y empresarial, con creación de redes de apoyo y cuidado vecinales formales o informales
18. Divulgación adecuada a los ciudadanos de las medidas de protección a tomar (distanciamiento social, confinamiento, contacto con los dispositivos sanitarios)

#### PROFESIONALES

19. Motivación y máxima implicación y desempeño (alto nivel de competencias) de los profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, limpiadoras, suministros, pinches de cocina, mantenimiento...
20. Compromiso y motivación de los equipos de investigación, para seguir planteando preguntas de investigación en paralelo a la asistencia intensiva durante la epidemia
21. Iniciativas de los profesionales para humanización de la atención y creación de sistemas de ayuda psicológica y apoyo para pacientes, familias y profesionales
22. Desarrollo de protocolos para la desescalada



### ANEXO 3: DAFO-CAME

#### DEBILIDADES frente a OPORTUNIDADES: puntuación media

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES				
	Consolidación de la utilización de las TIC en todos los ámbitos incluida la e-salud	Reconocimiento por parte de la población de la necesidad de mejorar la estructura y financiación de los servicios de salud	Conciencia ciudadana de los derechos de atención social y sanitaria a las personas y grupos vulnerables	Potenciación de la colaboración público-privada en el ámbito de la I+D+i	Fortalecimiento del SNS en el buen gobierno y en la cooperación entre ellos y con otras administraciones.
Infraestimación del impacto de la pandemia	1	0,75	1,25	3,25	4,25
Falta de gestión de sinergias en la investigación para generar conocimiento				1,25	1,25
Sistemas de Información Sanitaria sin integración operativa ni orientación a la toma de decisiones	0,75	0,5	0,25	0,5	4,25
Ausencia de una estructura organizativa sólida y ágil de apoyo en red a la comunidad investigadora	0,5			1	3,25
Inexistencia de/ Inadecuado Plan de Contingencia desde los SPRL en situaciones de pandemia/catástrofes	0,75	0,75		0,25	0,75
Inexistencia de Plan de Contingencia de suministros clave en situación de catástrofe	0,25	1	0,5	2,5	2,75
Fallos evitables en la Seguridad del Paciente por descoordinación en transiciones asistenciales.	1,5	0,75	0,75	0,75	1
Falta de liderazgo y de incorporación a la toma de decisiones de la evidencia científica y de la opinión de los profesionales	0,5	0,5	0,25	0,5	2,5
Falta de coordinación entre dispositivos sanitarios y socio sanitarios.	0,75	2	2,5	2	1,25
Estrategia de gestión de la epidemia hospitalocentrista sin priorizar la visión poblacional y de salud pública.	1,5	2	0,25	0,5	2,5
Salud Pública infradotada estructural y funcionalmente, no integrada con servicios asistenciales	0,5	1,5	0,5	0,25	2,5
Sistemas de Información de Salud Pública obsoletos, no interoperables y no orientados a la toma de decisiones ágiles.	1	0,5		1,25	2,75
Gestión estratégica de la crisis defectuosa, por falta de plan estratégico o error en su aplicación.		0,5	0,25	1	2
Improvisación de los circuitos de vigilancia en Salud Pública sin garantías de funcionamiento	0,5	0,75			1
Variabilidad en la formación y en la aplicación de protocolos de seguridad para profesionales		0,75		0,25	0,75
Sistemas de información clínica y epidemiológica estancos, poco eficientes para la toma de decisiones ágiles	0,5	0,75		0,5	0,75
Falta de capacidad digital para la atención asistencial a distancia.	3,75	0,75		1	1,25
Relativización de los riesgos de la atención que no estén directamente relacionados con COVID19	0,5	0,75	0,5	0,5	1,25
Deficiencias en la información sobre la necesidad de aislamiento de los pacientes y sobre su situación clínica	1,75	1,25	0,5		0,75
Demora en la gestión de la atención de pacientes no COVID	2,75	1,25	0,5	1,25	1,25
Escasa y tardía gestión de la fatiga emocional y el afrontamiento del estrés de los profesionales	0,75	0,25		0,25	1
Falta de previsión y gestión de los profesionales sanitarios		2,25		0,25	2,25
Formación de residentes inadecuada en la pandemia		0,75			0,25

**DEBILIDADES frente a AMENAZAS: puntuación media**

DEBILIDADES	AMENAZAS									
	Falta de rigor para la puesta en marcha de Ensayos Clínicos	Retraso en el desarrollo de la vacuna para el coronavirus SARS-CoV-2	Miedo y retraso de los pacientes a acudir a los servicios sanitarios	Ausencia de abordaje de los déficits estructurales del sistema sanitario, más allá de la situación pandémica	Rebote/reescalada de la pandemia	Consolidar la visión hospitalocéntrica del sistema sanitario, sin incorporar el enfoque de salud pública y comunitaria	Difusión de información poco rigurosa, sensacionalista o interesada a la opinión pública	Dependencia externa para material sanitario crítico	Politización de la gestión de la crisis	Crisis económica
Infraestimación del impacto de la pandemia			0,5	1,25	1,75	1,5	2,25	2	1,75	1
Falta de gestión de sinergias en la investigación para generar conocimiento	2,75	1,75			0,25	1,5	0,75		1,5	0,5
Sistemas de Información sin integración ni orientación a toma decisiones		0,25		1,75	1	1,5	1,75		0,25	
Ausencia de estructura organizativa de apoyo en red a los investigadores	1,5	1,75				0,25	0,25			
Inexistencia de/ Inadecuado Plan de Contingencia desde los SPRL				1,25					0,5	
Inexistencia de Plan de Contingencia suministros clave en situación catástrofe			0,25	2,5		0,5	0,25	3,75	1,5	
Fallos en Seguridad del Paciente por descoordinación en transiciones	0,25		0,75	1,25		0,75,	0,5			
Falta de liderazgo y de incorporación a la toma de decisiones de la evidencia	0,5		1,75	1,5	0,25	2	0,75		1	
Falta de coordinación entre dispositivos sanitarios y socio sanitarios.			0,5	0,75	1,25	3,75	0,4		1	0,75
Estrategia de gestión de la epidemia hospitalocéntrica	0,25		1	1	0,25	3	0,75		1,25	0,75
Salud Pública infradotada estructural y funcionalmente, no integrada	0,25		0,5	2,25	1	0,5	0,75		1,25	
Sistemas de Información de Salud Pública obsoletos, no interoperables	0,25		0,5	3	0,25	0,5	0,5		1	
Gestión estratégica de la crisis defectuosa	0,25	0,5	1	2,25	1	1,75	2		1,25	
Improvisación de los circuitos de vigilancia en Salud Pública			0,5	1	1,25	1,75	0,25		1,25	
Variabilidad en la formación y en la aplicación de protocolos de seguridad	0,5			1	1	1	0,5		0,75	
Sistemas de información clínica y epidemiológica estancos	0,25		0,4	2,25	1	0,5	0,5		0,5	
Falta de capacidad digital para la atención asistencial a distancia.			3	3	3	3	1		0,5	
Relativización de los riesgos de la atención no relacionados con COVID19			0,75	1,25		1,5	0,5		0,5	
Deficiencias en la información sobre la necesidad de aislamiento pacientes			1,25	0,75	0,5	0,5	1,5		0,5	
Demora en la gestión de la atención de pacientes no COVID			2	0,75		0,75	0,25		0,5	
Escasa y tardía gestión de fatiga emocional y estrés profesionales				0,75	0,5	0,5	0,25		0,25	
Falta de previsión y gestión de los profesionales sanitarios	0,5		0,5	1	0,5	0,75	0,5			
Formación de residentes inadecuada en la pandemia	0,5			0,75	1	0,75	0,25		0,25	

**FORTALEZAS frente a OPORTUNIDADES: puntuación media**

	OPORTUNIDADES				
	Consolidación de la utilización de las TIC en todos los ámbitos incluida la e-salud	Reconocimiento por parte de la población de la necesidad de mejorar la estructura y financiación de los servicios de salud	Conciencia ciudadana de los derechos de atención social y sanitaria a las personas y grupos vulnerables	Potenciación de la colaboración público-privada en el ámbito de la I+D+I-investigación	Fortalecimiento del SNS en el buen gobierno y en la cooperación entre ellos y con otras administraciones.
<b>FORTALEZAS</b>					
Divulgación adecuada a los ciudadanos de las medidas de protección a tomar	2,33	2,80	2,83	2,00	2,00
Revisión de evidencias y recomendaciones por parte organismos oficiales superiores	4,00	3,00	2,33	3,00	2,33
Existencia de Institutos de Investigación en los centros sanitarios	2,00	2,00	3,00		1,00
Conocimientos previos sobre precauciones universales y específicas así como del uso del EPI	1,50	1,33	2,33	2,00	
Establecimiento de un mando único en la gestión de la crisis con coordinación	3,00	2,00	2,00	2,33	2,67
Creación temprana de gabinetes de crisis en la mayor parte de centros asistenciales		3,00	3,00	2,50	2,40
Liderazgo clínico y de cargos intermedios de servicios y unidades clínico-asistenciales	2,00	3,00	1,00		2,00
Generación y comunicación temprana de procedimientos en Atención Primaria	2,00	2,00	2,00	2,00	2,50
Existencia de un esquema digital previo en SNS	3,00		1,50	2,50	2,00
Fomento de la telemedicina. Disponibilidad de herramientas telemáticas para comunicación	3,17	3,00		3,00	2,00
Iniciativas para la atención directa y asesoramiento a las residencias de mayores	2,00	2,00	3,33	3,00	2,25
Creación de nuevos recursos y organización dispositivos asistenciales con colaboración público-privada	2,00	4,00	2,00	3,50	2,00
Adaptación estructural y funcional de los hospitales (rápida reconversión)	2,00	3,00	2,00	3,00	2,25
Colaboración ciudadana y empresarial, redes de apoyo y cuidado vecinales formales o informales	2,36			2,83	2,17
Motivación y máxima implicación y desempeño de los profesionales	3,00	2,25	3,00	2,00	3,33
Compromiso y motivación de los equipos de investigación durante la epidemia	2,50	1,50	3,00	2,33	1,67
Iniciativas de los profesionales para humanización de la atención	2,25	2,50	2,67	1,50	1,67
Desarrollo de protocolos para la desescalada	2,25	3,00	2,00	1,00	2,00
Existencia de antecedentes y estructuras para el manejo de crisis sanitarias	3,00	3,50	3,50	2,00	3,00
Existencia de profesionales formados y con experiencia para la vigilancia de salud pública	3,00	3,00	1,50		2,25
Sistemas de Información en Atención primaria con gobernanza única, definida y consolidados	3,33	3,00		3,00	3,00
Disponibilidad de Historia Clínica Electrónica	2,67	3,00	1,00	3,00	2,25

**FORTALEZAS frente a AMENAZAS: puntuación media**

FORTALEZAS	AMENAZAS									
	Falta de rigor para la puesta en marcha de Ensayos Clínicos	Retraso en el desarrollo de la vacuna para el coronavirus SARS-CoV-2	Miedo y retraso de los pacientes a acudir a los servicios sanitarios	Ausencia de abordaje de los déficits estructurales del sistema sanitario, más allá de la situación pandémica	Rebote/reescalada de la pandemia	Descentralización del sistema sanitario, sin incorporar el enfoque de salud pública y	Difusión de información poco rigurosa, sensacionalista o interesada a la opinión pública	Dependencia externa para material sanitario crítico	Politización de la gestión de la crisis	Crisis económica
Divulgación adecuada a los ciudadanos de las medidas de protección a tomar		1,00	2,67		3,33	2,50	2,60	1,50	2,00	3,00
Revisión de evidencias y recomendaciones por parte organismos oficiales superiores	2,20	1,50	2,00	2,50	1,60	2,33	2,67	3,00	2,50	2,00
Existencia de Institutos de Investigación en los centros sanitarios		1,00	2,00		3,00		2,00	2,00		
Conocimientos previos sobre precauciones universales y específicas así como del uso del EPI		2,00	2,50	2,00	2,67		2,00	2,00		
Establecimiento de un mando único en la gestión de la crisis con coordinación	4,00	4,00	2,33	2,20	2,00	2,33	2,60	1,75	2,67	1,60
Creación temprana de gabinetes de crisis en la mayor parte de centros asistenciales	1,00	1,00	2,00	2,25	1,67	2,67	2,25	1,33	2,25	1,50
Liderazgo clínico y de cargos intermedios de servicios y unidades clínico-asistenciales	1,33		2,00	1,50	2,00	1,00	1,67			
Generación y comunicación temprana de procedimientos en Atención Primaria	2,00		3,00	2,33	2,50	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00
Existencia de un esquema digital previo en SNS	2,50	3,00	1,75	1,50	2,50	1,50	1,50	1,00		1,00
Fomento de la telemedicina. Disponibilidad de herramientas telemáticas para comunicación	1,00	2,00	3,00	1,00	2,33	2,67	3,00			
Iniciativas para la atención directa y asesoramiento a las residencias de mayores		1,00	3,00	3,00	3,00	2,25	1,00		2,00	1,00
Creación de nuevos recursos y organización dispositivos asistenciales con colaboración público-			1,67	2,00	1,00	1,50				
Adaptación estructural y funcional de los hospitales (rápida reconversión)			1,67	3,00	1,50	1,00		2,00		3,00
Colaboración ciudadana y empresarial, redes de apoyo y cuidado vecinales formales o informales			2,35	2,14	2,14	1,82				
Motivación y máxima implicación y desempeño de los profesionales	2,00	2,50	2,00	2,00	1,33	2,00	2,00		2,00	2,50
Compromiso y motivación de los equipos de investigación durante la epidemia	4,00	4,00	1,50	2,00		2,00	4,00		2,00	
Iniciativas de los profesionales para humanización de la atención	4,00	2,00	2,33	2,00	2,33	2,00	2,50		3,00	1,50
Desarrollo de protocolos para la desescalada	2,00		2,50	2,00	2,00	2,50	2,67	10,5	2,33	1,33
Existencia de antecedentes y estructuras para el manejo de crisis sanitarias	2,50	2,67	3,00	4,00	2,25	2,50	2,50	2,50	4,00	1,00
Existencia de profesionales formados y con experiencia para la vigilancia de salud pública	2,00	2,00	3,00	1,00	2,25	2,75	3,00		1,50	1,00
Sistemas de Información en Atención primaria con gobernanza única, definida y consolidados	3,00	4,00	1,33	3,00	2,00	2,00	2,00		1,00	
Disponibilidad de Historia Clínica Electrónica	3,00	4,00	2,00	3,00		2,00	2,50		1,00	

## BIBLIOGRAFÍA

1. CCAES, Ministerio de Sanidad. Actualización nº 264. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 03.12.2020 Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_264\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_264_COVID-19.pdf)
2. García-Basteiro A, Alvarez-Dardet C, Arenas A, Bengoa R, Borrell C, Del Val M, et al. The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain [Internet]. Vol. 396, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2020 [cited 2020 Dec 5]. p. 529–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32771082/>
3. Art. 43. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
4. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
5. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/1994/06/20/1/con>
6. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
7. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33>
8. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
9. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
10. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/5/con>
11. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
12. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf)
13. Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. Disponible

en:[http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe\\_CBE- Priorizacion de recursos sanitarios-coronavirus CBE.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe_CBE- Priorizacion de recursos sanitarios-coronavirus CBE.pdf)

14. SEMICYUC, Grupo de trabajo de bioética. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por covid-19: revisión rápida y consenso de expertos. Disponible en:[https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética_SEMICYUC-COVID-19.pdf)
15. Derecho a morir dignamente (recopilación). Protocolos para el acompañamiento y la muerte digna. Disponible en:<https://derechoamorir.org/2020/04/15/covid-19-listado-de-iniciativas-para-facilitar-el-acompanamiento-al-final-de-la-vida/>
16. Meier EA, Gallegos J V., Montross-Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste D V. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2020 Dec 5];24(4):261–71. Disponible en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26976293/>
17. Psicólogas clínicas SUMMA 112. Consejos psicológicos para profesionales sanitarios ante el coronavirus. Disponible en:<https://www.comunidad.madrid/hospital/summa112/profesionales/consejos-psicologicos-profesionales-sanitarios-covid-19>