

Conferencia SANIDAD. Replanteando el Modelo

Introducción

En 1986 los socialistas liderados en Sanidad por Ernest Lluch aprobamos la Ley General de Sanidad, que supuso la universalización de la atención sanitaria y la implantación del Sistema Nacional de Salud público, gratuito y de calidad con el que contamos en España.

Esta Ley General de Sanidad, dejó atrás la beneficencia, garantizó la salud para todos e implantó un modelo sanitario admirado e imitado por los países de nuestro entorno y que ha supuesto un hito en la sanidad pública.

Los cambios sociales, demográficos y económicos han afectado a la sostenibilidad del sistema. Nuevamente somos nosotros quien debemos liderar **la transformación del modelo** para así poder mantener su universalidad, su gratuidad y su calidad.

Por ello, consideramos necesario hacer una Conferencia que actúe de agente dinamizador, y abra espacios para generar nuevos conocimientos del sector, dónde podamos plasmar la situación actual que todos, profesionales sanitarios y ciudadanos, conocemos y sobretodo y fundamentalmente dar soluciones a estos problemas desde un prisma biopsicosocial, comunitario. Contando con todos los actores vinculados al mundo de la Salud.

La necesidad de evolucionar con la sociedad, de incorporar nuevos enfoques socio-sanitarios nos guiará en la confección de esta Conferencia y en la transformación del Sistema Sanitario.

La sostenibilidad de los Sistemas Sanitarios está en juego desde hace años, la crisis económica ha agravado la situación. En concreto Murcia es la cuarta región en 2018 que menos gasta en sanidad por habitante. Según la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, el gobierno murciano invirtió este año 1.239€ por habitante, 94,7€ menos que lo que presupuestaba por habitante en 2010. El objetivo deseable sería el 8% de PIB.

Encontramos la necesidad de elaborar un **Plan de Sostenibilidad**. Basándonos en el incremento de la demanda sanitaria por parte de la población, y en el incremento en el coste de los elementos que configuran la oferta vamos hacer un análisis que nos conduzcan a elaborar ese Plan de sostenibilidad y a identificar las intervenciones necesarias.

También ha cambiado el perfil del usuario, este es más exigente y más demandante del Sistema Sanitario. Aparece la figura del paciente –activo que reclama mayor

participación en las decisiones que atañen a su salud y que quieren involucrarse en su cuidado.

La evolución de la medicina y las tecnologías sanitarias, la complejidad y variabilidad del sector y su fragmentación asistencial son los otros factores que inciden sobre la oferta del sector.

El 50% del incremento del gasto está relacionado con los avances en tecnología, el sistema no puede integrar los avances al ritmo que se desarrollan por razones de usabilidad, capacitación y adherencia. El principio coste – efectividad no siempre se tiene en cuenta.

La complejidad del sistema también dificulta la introducción de innovaciones y cambios.

Otra dificultad añadida para la aplicación de cambios, radica en la fragmentación de los cuidados, fragmentación asistencial muy centrada en la enfermedad, y no en la prevención o diagnóstico precoz. La falta de coordinación entre los niveles asistenciales y de la información clínica compartida entre agentes sanitarios y sociales produce los vacíos asistenciales que inciden negativamente en el paciente. Conectando con la seguridad del paciente, con duplicidades en pruebas y tratamientos farmacológicos, interacciones medicamentosas, etc.

Junto con el decrecimiento presupuestario podemos decir que los pequeños cambios o reformas en nuestro Sistema Sanitario, no son suficientes para garantizar su viabilidad a medio y largo plazo.

Es por ello, que necesitamos **profundas transformaciones** que adecue el modelo de prestación asistencial actual a las **nuevas demandas sociales**.

Necesitamos demostrar que el 43% del presupuesto de nuestra CCAA está bien empleado en lo que importa a los usuarios, su calidad de vida y su bienestar social, en definitiva, **la salud es lo primero**. Para ello, debemos ser creíbles y demostrar conocimiento de las herramientas de la gestión sanitaria y de los Planes y modificaciones en el Sistema que mejoraran la vida de los usuarios y transmitirán robustez, garantizando su universalidad, gratuidad y calidad de servicio.

Para acometer estas transformaciones serias y profundas se requiere un **diálogo amplio con todos los agentes sanitarios y usuarios**. Los diferentes Colegios profesionales, los Sindicatos y las Asociaciones de pacientes deben confluir en objetivos que por su envergadura y profundidad en los cambios sociales necesitan contar con la aquiescencia y colaboración de todos.

Necesitamos también, hacer valer la importancia de la salud dentro del PIB nacional, ya que la salud influye directamente en el desarrollo de otros sectores. La Sanidad debe verse como lo que es, un generador de riqueza, con una población activa más sana puede producir un 15% más.

La sanidad no es un gasto, es una inversión, tanto por su aportación social, que es la que más cuenta, como por su aportación económica en sectores como el I+D+i.

Experiencias en otros países y de forma más cercana en otras CCAA de nuestro País, nos demuestran que estas transformaciones son las necesarias y además son posibles.

Partiendo de la base que las características estándar que tiene que tener el sector y que aún hoy en nuestra comunidad no hemos alcanzado al 100%. Como es la recuperación de la cobertura universal, una cartera de prestaciones amplia y coste-efectiva, un modelo eficiente a largo plazo, equitativo y accesible a todos. Basado en la evidencia contrastada, gestionado con profesionalidad en constante innovación abierto a nuevos modelos eficientes.

Y que tenga como características inapelables la prevención, el empoderamiento de pacientes, integrado y coordinado en los diferentes niveles asistenciales, como con otros sectores de relación comunitarios y sociales.

La sanidad privada desarrollará una labor complementaria de la pública. Las relaciones del sector sanitario privado con la sanidad pública estarán reguladas por la Ley de Contratos del Estado.

PROPUESTAS:

1.- Participación ciudadana, Transparencia y Accesibilidad.

Fomentar la participación de las y los ciudadanos en la planificación y gestión de los centros asistenciales, mediante la potenciación de los Consejos de Salud de Área, teniendo que ser oídas en la designación de cargos directivos, aprobación de presupuestos y objetivos. Se debería ampliar la representación en los mismos a Asociaciones Profesionales y de Usuarios, realizando los cambios normativos necesarios.

Realizar de manera periódica y sistemática encuestas de opinión enfocadas a los distintos tipos de usuarios y de servicios, como forma de monitorizar el nivel de satisfacción con el sistema sanitario.

Empoderamiento del paciente. Facilitar información sobre la enfermedad consensuada con pacientes-expertos.

Potenciar los planes de autocuidados siendo para ello imprescindible una mayor educación y formación a pacientes y familiares.

Facilitar el acceso de los usuarios a la información científica en redes, realizando una selección de fuentes en las que se garantice rigor científico, y vehiculizando el acceso a través de murciasalud.

Listas de espera transparentes. El paciente tendrá derecho a conocer en todo momento la información personal en lo que a consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas se refiere.

Es necesario optimizar el uso de los recursos dedicados en el territorio a favorecer la accesibilidad y a la mejora de la calidad y seguridad de los pacientes. Es imprescindible para la construcción de un nuevo diálogo rural-urbano que favorezca el equilibrio territorial y la opción de vivir en el medio rural. Continúa siendo un gran reto la sanidad en las zonas rurales.

Además, **las diferencias entre Áreas Sanitarias representan un gravísimo problema de desigualdades en la Región, siendo los usuarios de las Áreas de Lorca Y del Mar Menor los más perjudicados por distintos motivos.** El tiempo promedio de demora para el conjunto de especialidades es de 18 días de promedio en el Área del Altiplano y de 133 en el Área de Lorca, en la que para el 61% de las consultas se han incrementado los días de espera. En el Área del Mar Menor sólo en 8 de las 21 consultas analizadas la cita se da en el Centro de Salud y en 7 está la “agenda cerrada” con lo que los pacientes no pueden obtener cita sin saberse hasta cuándo.

Recogemos la falta de transparencia en las segundas vueltas de citas y la **indefensión del usuario en las “agendas cerradas”**.

Publicar en el portal del Servicio Murciano de Salud los datos agregados e individuales del rendimiento de cada Equipo de Atención Primaria, así como de los servicios hospitalarios.

Tomar medidas que faciliten la comunicación con personas discapacitadas. Especialmente invidentes y personas afectas de sordera.

2.- Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

Los **ayuntamientos** tienen un protagonismo activo fundamental en las políticas que promuevan entornos y estilos de vida saludables, en colaboración con los Centros de Salud.

El medio donde se vive, el nivel de contaminación de los barrios, la lucha contra la exclusión social, la marginación, la pobreza infantil, las políticas de juventud que promuevan ocio alternativo, las políticas deportivas, la movilidad sostenible, el cumplimiento de la normativa de consumo de alcohol y tabaco, las campañas preventivas, las políticas de igualdad, atención a la soledad etc., son acciones que

favorecen la salud de sus ciudadanos, y contribuyen de manera eficaz a la prevención de la enfermedad y de la cronicidad.

Promover la inclusión en la Red de Ayuntamientos Saludables, y la creación de un Manual de salud comunitaria y medio ambiente, que permita la transferencia de buenas prácticas, que contemple tanto medidas de sostenibilidad del entorno, como acciones de fomento y promoción de la salud y estilos de vida saludable.

En la Conferencia escucharemos experiencias de buenas prácticas en Ayuntamientos de la Región de Murcia.

3.- Refuerzo de la Atención Primaria.

La Atención Primaria es el eje del sistema sanitario.

Reflejaremos el estudio realizado por el Sindicato Médico de la Región de Murcia la necesidad de médicos de primaria, enfermeras y pediatras.

No se puede concebir la salud de una comunidad si no se considera la realidad social en que vive la población y la concepción que los miembros de la comunidad tienen acerca de esa realidad social.

Por ello necesitamos tener en cuenta los índices de dispersión geográfica y ruralidad, la edad de la población, la morbilidad y comorbilidad diagnosticada, el nivel socioeconómico, la tasa de inmigración tan importante en nuestra Región, así como la población flotante que tanto afecta a nuestros municipios costeros.

La carga asistencial que supone una persona mayor de 65 años con respecto a una joven es de casi 4 veces (consulta el doble y consume doble tiempo), tienen una mayor morbilidad y enfermedades crónicas (EPOC, HTA, DM, I^a cardiaca), en el caso de mayores de 75 años hay más inmovilizados (compromiso con una atención humanizada en la última etapa de la vida).

Teniendo en cuenta todas estas variables para la asignación racional de usuarios a un cupo, variables para la asignación según la oferta del SMS y las funciones del médico de familia según la Comisión Nacional de la especialidad (CNE)

Considerando el acuerdo de 27 de abril de 2007 entre SMS y organizaciones sindicales de 1250 TIS por facultativo, nuestra Región necesita al menos **151 médicos de familia** más.

En referencia a pediatría en nuestra región, siendo las fuentes también el Sindicato Médico de la Región de Murcia el número óptimo de TIS por pediatra entre 800 y 1.000,

ajustado a características poblacionales que incluyan la edad (menores de 3 años), el nivel socioeconómico, población inmigrante, la dependencia y el modelo organizativo funcional.

Por ello, la cifra estimada para los **pediatras** sería de **100 nuevas plazas**.

Con esta situación resulta muy difícil no solo hacer frente a la transformación del SMS, sino aplicar los mínimos deseables en la medicina comunitaria, definida por Hernán San Martín en 1992 como “ la que constituye el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad mediante actividades integradas y planificación de protección y promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad, además de actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad.

Para la práctica de la medicina comunitaria se requiere del desarrollo de habilidades vinculadas con tomas de decisiones en contextos de incertidumbre debido a la multiplicidad de factores que condicionan el proceso de salud – enfermedad. Tales capacidades abarcan desde el **escuchar, observar, examinar e interpretar información derivada de la relación con la persona en su contexto comunitario**, hasta la identificación de capacidades vitales (de la persona y de sus redes) a fin de potenciarlas con un criterio de estimulación de factores de resiliencia. Para ello los **profesionales sanitarios necesitan TIEMPO, al menos 10` de atención al usuario**.

La atención primaria trabaja con una visión del enfermo integral y biopsicosocial. Se basa en el paciente y su salud, en la familia o el entorno más inmediato del paciente como condicionante del estado de salud, a partir de un análisis de la comunidad, la cual puede actuar como fuente de enfermedad o como medio terapéutico, desde donde se puede actuar con medidas preventivas y de promoción de la salud. La actuación sobre la población es longitudinal (a lo largo de la vida del paciente) e incluye tanto la atención en la consulta como en el domicilio o dentro de los diferentes recursos sociales, escuelas, residencias de ancianos, etc.

Para ello también debemos hacer mucho hincapié en la necesidad de la enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos que la atención primaria demanda en nuestra Región.

Fomentar el concepto de atención integral de la salud, integrando actividades asistenciales, preventivas y de promoción de la salud.

En Atención Primaria no debe haber lista de espera, por ello hay que garantizar que la demora máxima para que se atienda a los pacientes sea de 24 horas, mediante una organización de los recursos y distribución de tareas que permita un trabajo de calidad.

Establecer una estrecha coordinación en tiempo real entre los Centros de Salud y los Hospitales.

Ampliar el horario de funcionamiento de todas las instalaciones sanitarias en jornada ordinaria de mañana y tarde para reducir drásticamente las Listas de Espera, diagnósticas y terapéuticas.

Avanzar en la atención domiciliaria por parte de equipos multidisciplinares. Por un lado para garantizar los cuidados en los procesos crónicos, y por otro para proporcionar cuidados postquirúrgicos que disminuyan las estancias hospitalarias.

4.- Recursos Humanos.

Hacer una política de personal que promueva la estabilidad laboral, la conciliación familiar, la participación y el respeto, el reconocimiento al mérito, transparencia en las decisiones y oportunidades de desarrollo profesional, garantizando que el acceso al sistema sea mediante concurso público con criterios de igualdad, mérito y capacidad.

Para alcanzar esta mejora será necesario modificar la actual estructura de RRHH , para poder dar a la Atención Primaria el lugar que le corresponde para aplicar las prestaciones anteriores . Paliar el déficit estructural de recursos sanitarios, incrementando los recursos humanos y materiales con el objetivo de alcanzar la media nacional en número de médicos, enfermeras y camas hospitalarias. Tenemos que cambiar la proporción de profesionales hospitalario VS comunitario.

Así como la proporción entre médicos versus enfermería o en salud mental , psiquiatras frente a psicólogos o enfermeras de salud mental.

Es necesario, por tanto, cuidar la motivación de los profesionales, cuidando especialmente el respeto profesional, la coherencia de los sistemas de evaluación del desempeño y el sentido de pertenencia y el orgullo de trabajar en esta profesión de cuidadores. Medidas anti-violencia en las consultas y burnout.

Como diría Joan Carles March el liderazgo debe ser “con H-alma, con Honestidad, Humildad, basada en Hechos, con Habilidades, con Humor y con Heroísmo, porque el cambio empieza en cada uno de nosotros.” Por una gestión humanizada que empiece en la política y de los políticos hacia sus administrados.

5.-Nueva Tecnologías e Información.

Debemos desarrollar unos sistemas informáticos y de información para asegurar la continuidad asistencial. Perfeccionar las tecnologías de la información y la comunicación para la gestión en red de la información clínica. No basta sólo con haber puesto en marcha la historia clínica electrónica, sino que hay que compartir los datos para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria de forma óptima, facilitando la gestión centrada en el paciente. Es fundamental la gestión en red de todos los dispositivos asistenciales, especialmente entre todos los hospitales, porque es imprescindible para un uso más adecuado de los recursos disponibles y una mayor accesibilidad a las tecnologías sanitarias punteras en todo el territorio de la Comunidad.

Introducción de la e-health o telemedicina: Proporcionar acceso a usuarios y profesionales, a través de las nuevas tecnologías, a la información clínico-sanitaria y desarrollar mecanismos de interconexión entre médicos y pacientes.

Utilizar sistemas de telemedicina que favorezcan la comunicación entre diversos centros (centros de salud, urgencias, especializada, hospitales) para poder realizar consultas, acceder a imágenes de radiología u otras exploraciones.

Monitorizar a los pacientes a distancia, eliminando duplicidades e interacciones farmacológicas.

La receta electrónica debe extenderse a todos los niveles asistenciales y a todo el Sistema Nacional de Salud, en un formato ágil y que garantice la interoperabilidad, así como el acceso al historial médico integrado a nivel nacional.

6.- Atención a la Cronicidad.

En el **2019** (fuente INE) los **mayores de 65** años serán **1/3 de la población**. Si a ello añadimos el cambio de hábitos y comportamientos de la población tenemos un reflejo directo de mayor **prevalencia e incidencia en las patologías crónicas**.

La Atención Primaria debe liderar la gestión de los procesos del enfermo crónico dentro del sistema sanitario y social.

Potenciar la enfermería en sus funciones de cuidados y la asistencia domiciliaria. Implantar la Gestora del caso como enfermera necesaria para el seguimiento del paciente crónico o largo superviviente.

El significado del empoderamiento del paciente quiere decir proveerles de las oportunidades y el entorno para desarrollar sus aptitudes, confianza y conocimiento para pasar de ser un receptor pasivo de atención sanitaria a un **agente**

activo en su propio cuidado. Asumir la corresponsabilidad en la enfermedad para que movilicen sus recursos personales y sean capaces de aumentar las acciones encaminadas a los cambios de estilo de vida, a la búsqueda de información válida (TIC's, WEB , App ...) y a la corresponsabilidad junto con los agentes del sistema de salud , la formación entre pares. Los enfermos crónicos están capacitados para interactuar con sus iguales, tienen la "autoritas" que le da el mejor conocimiento de su enfermedad. Deben adquirir habilidades de autocuidado, debemos proporcionarles apoyo social y emocional, facilitarles el acceso a cambios de estilo de vida y la comprensión de su medicación, facilitando la adherencia al tratamiento. Para que por encima de elevar la alfabetización sanitaria de la comunidad, se promuevan entornos saludables y políticas de promoción de salud comunitaria.

Las Asociaciones de Enfermos Crónicos están cubriendo, de manera voluntariosa, las lagunas que el sistema no cubre. El deterioro que produce la Enfermedad Crónica se puede prevenir o como mínimo retrasar. Es necesario facilitar al enfermo los tratamientos de rehabilitación necesarios para mejorar su calidad de vida, que en muchas enfermedades suponen tanta ayuda como el tratamiento médico. La intervención precoz mejora el pronóstico y la evolución, proporcionando mejor calidad de vida.

En otras Comunidades Autónomas estas prestaciones se realizan a través de las ayudas de *la ley de promoción de la autonomía personal y ayuda a las personas en situación de dependencia*. En nuestra Comunidad existe un sistema muy rígido de la aplicación de la ley. Una financiación desde las primeras fases de la enfermedad, generaría un ahorro a medio y largo plazo de gasto sanitario.

7.- Atención a la Salud Mental.

Es necesario mejorar la atención a la salud mental de la población, poniendo el foco en la perspectiva de género, y consolidar el modelo de atención comunitaria y orientarlo a la recuperación e inclusión social.

Gestores, profesionales, familias y usuarios en primera persona, tienen que trabajar juntos para establecer una serie de prioridades, que pasan por:

- Especial atención a los trastornos mentales en niños.
- Atención precoz a los casos de cuadros tempranos, para evitar la cronicidad y el deterioro.
- Acercar las intervenciones al entorno sociocomunitario del usuario y su familia, respetando sus derechos, potenciando el trabajo en colaboración con Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales Comunitarios. Para ello es necesario acercar los recursos de salud mental a los centros de atención primaria, evitando las demoras en la intervención, para conseguir la intervención precoz en los

- casos de trastornos mentales graves, y evitando la excesiva medicalización y la psiquiatrización de los trastornos mentales comunes y los malestares de la vida cotidiana.
- Evitar la alta tasa de hospitalización, actuando precozmente en el entorno domiciliario.
 - Reestructuración de las Unidades de Rehabilitación, adaptándolas a una intervención más comunitaria.
 - Desarrollo de los servicios asertivo-comunitarios, atendiendo a las personas que están fuera del sistema.
 - Mejorar los recursos que han demostrado eficacia en la mejora del proceso de recuperación, como son, el empleo, la vivienda y las actividades socializadoras.
 - Considerar un enfoque de género en todas las actuaciones a las características diferenciales de mujeres y hombres, visibilizando a las mujeres como grupo más vulnerable.
 - Mejorar la coordinación sociosanitaria, para mejorar la eficacia en la intervención del SMS, el IMAS, los recursos municipales, comunitarios y los del tercer sector.
 - Detección precoz y atención integral coordinada en los casos de mujeres que sufren violencia de género, sus hijos e hijas.
 - Eliminar los copagos en los usuarios de recursos y servicios financiados por la ley de autonomía personal y ayuda a las situaciones de dependencia, y adaptar la oferta de recursos a las necesidades individuales, según el proyecto vital de cada persona.
 - Adaptar los Servicios de Atención a las Adicciones, a las nuevas adicciones sin sustancias: juego patológico, ciberadicciones.
 - Priorizar los programas de deshabituación tabáquica y del alcohol, por ser las adicciones que mayor problemática sanitaria generan.
 - Actuar para prevenir el consumo de alcohol y la exposición a otros tóxicos en las mujeres embarazadas.
 - Impulsar y coordinar los recursos de las organizaciones del tercer sector.
 - Introducir elementos de evaluación en los procesos asistenciales de salud mental y drogodependencias, con indicadores de resultados.

8.- Salud sexual. Igualdad de género.

Defensa del derecho a la libertad, la diversidad y a la salud sexual; el derecho a la educación sexual y a la anticoncepción; el derecho a la maternidad libre y responsable y a la interrupción voluntaria del embarazo y el derecho a la protección de toda persona ante cualquier forma de violencia sexual y de género.

Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres, debido principalmente a su rol biológico en la reproducción, pero también a su más alta morbilidad y mayor longevidad.

La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud.

Es necesaria la creación de **espacios sanitarios libres de violencia de género**. Eliminar la ablación genital, facilitar la reproducción asistida para mujeres solas y lesbianas, así como las necesidades de transexuales.

Es urgente la prevención precoz de la violencia de género en Atención Primaria, Servicios de Urgencias y Centros de Salud Mental. Hay que revisar la aplicación de los protocolos de intervención, y evaluar el grado de eficacia y sus resultados.

9.- Investigación.

Impulsar la investigación biomédica de calidad y relevante, para mejorar la asistencia sanitaria.

Establecer con las Universidades, el CSIC y otros organismos, convenios específicos de investigación para la participación de manera conjunta, de científicos de los diferentes centros o instituciones, en proyectos de investigación sobre temas comunes.

Facilitar el acceso de los profesionales a las actividades formativas y promover la investigación, adaptando las convocatorias para permitir el acceso de profesionales de todos los niveles asistenciales.

10.- Humanización.

Proponemos respuestas a la mala gestión de RRHH , de infraestructuras y de atención holística del paciente , y para ello en la Conferencia recogeremos iniciativas que prueban que una transformación es posible contando con las personas. Los pacientes, sus familiares y los profesionales. Cuidar a todas las partes del sistema sanitario.

La atención humanizada sería, el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en un servicio de salud, donde los pacientes, en esta nueva era, quieren y desean tener un nuevo protagonismo. Los pacientes no solo quieren ser el centro que lo son por derecho propio, sino que quieren formar parte de la co-creación de este nuevo cambio paradigmático.

Y por supuesto no podemos olvidar y aunque aquí aparezca en último lugar, es el primero en intenciones, las Escuelas de pacientes, que cómo nos enseñó Albert Jovell son un proyecto transversal al desarrollo de las diferentes estrategias de salud. Las Escuelas de Pacientes han de estar integradas en un proyecto mayor las Escuelas de

Salud donde además de la formación entre pacientes, se une la Educación para la Salud en la Escuela y en Atención Primaria de Salud.

Estas Escuelas tienen como misión, impulsar, coordinar y compartir contenidos formativos en salud y de Programas de Autogestión de enfermedad donde se doten de conocimientos y habilidades a las personas afectadas por patologías crónicas y a sus cuidadores para que sean capaces de aumentar el autocuidado y la corresponsabilidad sobre su proceso de enfermedad. Para aumentar su autonomía y lograr una mayor efectividad en los cuidados.

11.- Coordinación Sociosanitaria.

Avanzar en la convergencia de los sistemas sanitario y social hacia métodos que permitan compartir y mejorar los sistemas de información entre el ámbito sanitario y de salud pública, y el social, con la finalidad de tener una buena base para la planificación sanitaria y mejorar la coordinación y la continuidad asistencial.

El modelo comunitario exige la cercanía al usuario, y esto implica la coordinación de los profesionales de salud y de los profesionales de los servicios sociales, así como la de agentes de salud y líderes de la comunidad.

12.- Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia establece que el procedimiento para la gestión y reconocimiento de las prestaciones del sistema es competencia de las Comunidades Autónomas. Son éstas las que reciben las solicitudes presentadas por la ciudadanía, proceden a la valoración de la situación de dependencia y dictan, en su caso, la resolución en la que se aprueba el Programa Individual de Atención (PIA) y las prestaciones que pudieran corresponderles (artículo 29 de la Ley).

La Disposición Final primera establece el plazo máximo para resolver el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema. En concreto en el apartado 2 determina que, en el marco de lo establecido en la Ley 39/2015, de 21 de octubre, del Procedimiento Administrativo de las Administraciones Públicas, el **plazo máximo, entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución de reconocimiento de la prestación de dependencia será de seis meses**, independientemente de que la administración competente haya establecido un procedimiento diferenciado para el reconocimiento de la situación de dependencia y el de prestaciones.

En octubre de 2017 se publicó el informe de la Comisión para el Análisis de la situación actual del Sistema de la Dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia.

El Informe, fruto del acuerdo de la Conferencia de Presidentas y Presidentes celebrada el pasado 17 de Enero de 2017, reconoce por primera vez y con datos reales, que el Gobierno Central no ha cumplido con la Ley de Dependencia y que las Comunidades Autónomas están soportando ya más del 80% de la financiación, aun cuando la ley establecía que la aportación de ambas administraciones, Gobierno Central y Comunidades autónomas, sería del 50/50.