



El Comité de Protección Social

REF:SPC/2002/APR/01 En/rev 1

Cuestionario sobre la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración para las personas de edad avanzada

Antecedentes

El Comité de Protección Social (CPS) fue creado mediante la Decisión 2002/436/CE del Consejo, de 29 de junio de 2000, a fin de que sirviese de foro de intercambios cooperativos y facilitase el aprendizaje mutuo entre los Estados miembros y la Comisión Europea respecto a los retos comunes que deben afrontar los Estados miembros para modernizar sus sistemas de protección social. En la Decisión del Consejo, se enumeraron cuatro amplios objetivos de este intercambio, entre los que se encontraba la prestación de «asistencia sanitaria de elevada calidad y sostenible». Por otra parte, se encomendó al grupo de trabajo sobre el envejecimiento del Comité de Política Económica (CPE) el establecimiento de previsiones sobre el futuro gasto público en pensiones, asistencia sanitaria y cuidados de larga duración en el contexto del envejecimiento de la población. El Consejo Europeo de Goteburgo, celebrado en junio de 2001, pidió la colaboración de los dos Comités en el terreno de las pensiones y en la elaboración de un informe inicial sobre orientaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria y la atención a los ancianos que debía presentarse en el Consejo Europeo de primavera de 2002. En dicho informe, se hacía referencia a tres conceptos generales como el marco adecuado para el intercambio de políticas respecto a los retos que deben afrontar todos los Estados miembros: accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera. El Consejo Europeo de Barcelona de marzo de 2002 tomó nota del informe de orientación presentado por el CPS y el CPE e invitó a la Comisión y al Consejo a que *«estudien más detenidamente los problemas de accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera con antelación al Consejo Europeo de primavera de 2003.»*

Finalidad del cuestionario y sugerencias para su cumplimentación

Conforme se manifiesta en el informe preparado por los dos Comités, la finalidad del presente cuestionario es recopilar información sobre los aspectos siguientes: cómo cumplen las políticas de los Estados miembros en materia de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración para las personas de edad avanzada los tres objetivos determinados en el informe de orientación; los mecanismos para evaluar la eficacia de su cumplimiento; los principales retos que plantea el mismo; y las respuestas políticas previstas a dichos retos.

Por consiguiente, se solicita a los Estados miembros que se centren, en primer lugar, en exponer los objetivos a los que se dirigen sus disposiciones. Es necesario describir sus políticas actuales para facilitar la comprensión del contexto político, si bien se pide la mayor brevedad posible. También deben describirse las reformas proyectadas y su relación con los amplios principios citados anteriormente.

Si bien el informe presentado en Barcelona proponía que la siguiente fase de trabajo se centrara en la información sobre la prestación de asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración a las personas de edad avanzada, en la práctica, muchas de las cuestiones propuestas en materia de asistencia sanitaria –referentes, por ejemplo, a la estructura del sistema y los gastos– afectan inevitablemente al sistema en su conjunto. No obstante, convendría que los Estados miembros destacasen la diversidad de enfoques, si los hay, y ofreciesen información desglosada, en la medida de lo posible, con relación a la prestación de asistencia sanitaria a las personas de edad avanzada.

Además, la estructura del cuestionario propuesto separa como ámbitos políticos distintos la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración a las personas de edad avanzada debido a que, según se desprende del informe de orientación de Barcelona, estos campos «a menudo son competencia de diferentes departamentos de la administración pública». Este planteamiento también se justifica porque la información sobre políticas relativas a los cuidados de larga duración no está tan desarrollada como en el terreno de la asistencia sanitaria. En cualquier caso, los Estados miembros deberían poner de relieve cómo se coordinan los servicios y los objetivos de ambos campos (véanse a este respecto las preguntas de los apartados 1.1.1. y 1.2.2).

Donde se piden datos o pronósticos relativos al gasto, especialmente con relación a la parte 3, convendría utilizar los datos y las previsiones empleados en el informe del grupo de trabajo sobre envejecimiento que fue presentado en noviembre de 2001; si se presentan otros datos o pronósticos, deberán ser coherentes con éstos.

Los Estados miembros deberán enviar las respuestas a este cuestionario antes de finales de julio y su extensión no deberá superar las 30 páginas (excluyendo los anexos, si es necesario, que también habrán de ser lo más breves posibles).

El informe pedido en el Consejo Europeo de Barcelona se preparará con arreglo a las respuestas entregadas por los Estados miembros; se tratará de sintetizar la información y la discusión de las cuestiones que planteen dichas respuestas, y se presentará al Consejo.

Para la preparación del informe, podrán utilizarse materiales transnacionales, como por ejemplo, bases de datos de la OCDE y de la OMS, material estadístico recopilado por Eurostat o bien información procedente de otras actividades de la UE relacionadas con la salud. Por tanto, los Estados miembros pueden optar por incluir o hacer referencia a dichos materiales en sus respuestas al cuestionario.

ACCESIBILIDAD

1.1 ASISTENCIA SANITARIA¹

1.1.1 Mecanismos que garantizan la accesibilidad

Describa brevemente la estructura general y las características de su sistema de asistencia sanitaria (p.ej., derecho de toda la población o derecho basado en un seguro de afiliación obligatoria). Dado el caso, describa los mecanismos que garantizan el acceso general a la asistencia sanitaria. Describa los objetivos de su sistema por lo que se refiere al alcance y la cobertura. Con respecto al alcance, pueden mencionarse los siguientes puntos:

- Restricciones en el tipo de asistencia sanitaria cubierta, como por ejemplo, en función de las necesidades médicas más urgentes.
- ¿Cubre el sistema los gastos completos de los tratamientos o debe contribuir el paciente a su financiación?

Con relación a la cobertura, puede hacerse referencia a los siguientes aspectos:

- ¿Protege el sistema a toda la población?
- ¿Qué categorías de personas no están protegidas o disfrutan de una cobertura parcial?
- ¿Existen disposiciones distintas en función de los ingresos o de las posibilidades de cotización?

Describa las disposiciones específicas relativas al alcance o a la cobertura del sistema, si existen, encaminadas a facilitar a las personas de edad avanzada el acceso a la asistencia sanitaria². Describa en este capítulo o en la respuesta a la pregunta 1.2.2 cómo se coordinan e integran las políticas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración para este grupo de población.

[La Constitución española de 1978 establece en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. La Ley General de Sanidad de 1986 crea el Sistema Nacional](#)

¹ Toda la asistencia prestada o cubierta por el Estado para facilitar protección a la población en los ámbitos de atención sanitaria, mantenimiento de la salud, rehabilitación o convalecencia.

² A efectos del presente cuestionario, se entenderá por «personas de edad avanzada» las personas mayores de 65 años. Sin embargo, es sabido que algunos Estados miembros realizan distinciones por lo que se refiere a los derechos y al acceso a determinadas categorías de prestaciones en función de otros subgrupos de edad (p.ej., Irlanda concede de forma gratuita asistencia sanitaria y las prestaciones asimiladas a los mayores de 70 años). Además, es evidente que las solicitudes de cuidados de larga duración provienen en gran medida de las personas de edad más avanzada, al igual que este grupo de población presenta la mayor demanda de asistencia sanitaria. Si los Estados miembros desean diferenciar subgrupos de beneficiarios por edad a partir de los 65 años, pueden hacerlo especificando los criterios aplicados.

de Salud (SNS) como el dispositivo fundamental para hacer efectivo este derecho. Los rasgos principales del SNS son la cobertura universal, la financiación mayoritariamente pública a través de impuestos, y la gestión descentralizada por las Comunidades Autónomas. El SNS cubre al 99,5% de la población. El 0,5% de la población no cubierta consiste en personas de altos ingresos que no están afiliadas a la Seguridad Social.

Por otra parte, la Ley del Menor garantiza la asistencia sanitaria a todos los menores de 18 años que no la tengan cubierta por otra vía. Finalmente, la Ley de Extranjería garantiza a los inmigrantes ilegales la atención sanitaria de urgencia y todo tipo de atención en el caso de embarazo, parto y puerperio.

El SNS ofrece una muy amplia gama de prestaciones de atención primaria, atención especializada, farmacia y prestaciones complementarias, así como prestaciones de información y documentación sanitaria. Las prestaciones son gratuitas en el punto de servicio. Salvo los medicamentos y productos sanitarios siempre que el paciente no esté ingresado en un hospital, que tienen un copago, del que están exentos los pensionistas.

Los seguros privados de salud son suscritos por una parte de la población (en torno al 16%) la inmensa mayoría de la cual mantiene también la cobertura del SNS.

En España, las prestaciones sociales tienen una regulación específica independiente de la sanitaria. Se prestan históricamente también de forma separada y su financiación no tiene carácter de derecho objetivo, y han sido tradicionalmente definidas y gestionadas por el Gobierno Central, las Comunidades Autónomas y las Administraciones locales. Los principales financiadores y prestadores de este tipo de servicios son las familias. Se describen estas prestaciones en los apartados sobre cuidados de larga duración

1.1.2 Evaluación

¿Se dispone de indicadores de eficacia sobre el acceso a la asistencia sanitaria? Por ejemplo,

- listas de espera;
- desigualdades respecto al acceso a determinados tratamientos más costosos o de reciente aplicación;
- desigualdades regionales o debidas a la diferencia de ingresos;
- categorías de personas específicas que carezcan habitualmente de cobertura completa.

Se dispone de indicadores de lista de espera en las Comunidades Autónomas, que son las responsables de la gestión de la asistencia sanitaria. En cuatro de ellas existe además normativa específica sobre esta materia (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Navarra).

El Ministerio de Sanidad y Consumo está preparando un Decreto para establecer los criterios mínimos, básicos y comunes sobre garantía de acceso a las prestaciones junto con el sistema de información estatal.

Aunque están definidas las prestaciones básicas y comunes para toda la población, que como hemos indicado antes constituyen una amplia gama de prestaciones, las Comunidades Autónomas pueden establecer prestaciones adicionales (por ejemplo, en salud bucodental). Esto en ocasiones es percibido por los ciudadanos como desigualdades territoriales.

Como norma general, cualquier indicador se obtiene siempre por Comunidades Autónomas.

1.1.3 Retos

¿Cuáles son los principales retos a los que debe enfrentarse el sistema para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria?

Desde enero de 2002 el SNS está totalmente descentralizado. En esta fecha diez Comunidades Autónomas han asumido las competencias de gestión de la asistencia sanitaria. En este momento el reto es la coordinación del sistema para asegurar la cohesión territorial y funcional. Además, en enero de 2002 se inició el nuevo modelo de financiación regional, que incluye la financiación sanitaria que deja de ser finalista para integrarse en el conjunto de recursos asignados a cada Comunidad Autónoma.

Otro de los retos es conseguir el control del crecimiento del gasto farmacéutico dado que reduce los recursos disponibles para otros tratamientos sanitarios.

1.1.4 Cambios políticos previstos

Describa, si los hubiere, los cambios previstos en el sistema general o los mecanismos políticos en curso de estudio.

En este momento se está desarrollando una nueva ley sobre coordinación y calidad del SNS. También se está discutiendo un plan sociosanitario que se ha discutido en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, llegando a un consenso entre el Ministerio de Sanidad y consumo y las CC.AA.. Este documento de bases para un modelo de atención sociosanitaria necesita ser consensuado con el Mº de Trabajo y Asuntos Sociales y la Conferencia Sectorial de Asuntos sociales.

1.2 CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

1.2.1 Acceso a los cuidados de larga duración

Describa brevemente las estructuras y los mecanismos en que se basa la prestación de cuidados de larga duración (p.ej., prestación directa mediante los servicios de asistencia social, cobertura de las necesidades en el marco de la protección general de la población, seguridad social, asistencia social o seguros privados; ayudas a la asistencia no profesional). ¿Puede decirse que estas disposiciones son universales respecto a la cobertura (se aplican a toda la población que necesita cuidados o sólo a las personas que no disponen de otros medios de obtenerlos) y al alcance (cubren completamente todas las prestaciones de cuidados o sólo algunas de las prestaciones y parte de sus costes)?

1.2.2 Evaluación

¿Se dispone de indicadores de eficacia respecto al acceso a los cuidados de larga duración? Por ejemplo,

- listas de espera para plazas en las residencias de ancianos;
- desigualdades regionales o debidas a la diferencia de ingresos;
- categorías de personas específicas que carezcan habitualmente de cobertura completa.

1.2.3 Retos

¿Cuáles son los principales retos a los que debe enfrentarse el sistema en este ámbito?

1.2.4 Cambios políticos previstos

Describa, si los hubiere, los cambios previstos en el sistema.

2 CALIDAD

2.1 ASISTENCIA SANITARIA

2.1.1 Normas

¿Existen normas nacionales de calidad? Es decir, objetivos en lo referente al acceso a la atención médica, disponibilidad de camas hospitalarias, etc. ¿Están establecidos los derechos de los pacientes?

No existen normas de calidad nacionales. La Ley General de Sanidad establece algunos derechos y deberes de los ciudadanos respecto de las Administraciones Públicas.

Se está tramitando en el Parlamento una ley básica sobre derechos y obligaciones en materia de información, documentación clínica y autonomía.

La mayoría de los Servicios Regionales de Salud han desarrollado cartas de derechos y deberes de los pacientes, que establecen derechos generales y algunos específicos para los niños y la atención obstétrica.

2.1.2 Evaluación

Describa los mecanismos aplicados para evaluar las normas de alta calidad en el tratamiento, así como para determinar y controlar niveles altos en la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración.

¿De qué mecanismos se dispone para evaluar la calidad de los tratamientos médicos? ¿Qué criterios se emplean para realizar dichas evaluaciones?

- ✓ Algunas Comunidades Autónomas han desarrollado normas y planes de calidad. En algunos casos dichos planes están ligados a la actividad de financiación (contratos-programa). Actualmente se está elaborando el Plan del Calidad del SNS, que incluye indicadores de calidad.
- ✓ En algunos casos, también se han desarrollado guías de práctica clínica.
- ✓ En el marco de la ordenación de las prestaciones se realiza evaluación de tecnologías, técnicas y procedimientos.
- ✓ Finalmente, existen normas para la autorización de centros sanitarios.

2.1.3 Promoción de mejoras cualitativas

¿Qué mecanismos existen para desarrollar, promover y garantizar la accesibilidad a prácticas de alta calidad? ¿Existe un interés especial por desarrollar, fomentar y garantizar la accesibilidad a dichas prácticas en el terreno de la atención sanitaria a las personas de edad avanzada?

Véase 2.1.2.

2.1.4 Retos

¿Cuáles son los principales retos a los que debe enfrentarse el sistema en relación con el fomento de la calidad?

- ✓ Actualmente, el reto fundamental es elaborar y poner en marcha el Plan del Calidad del SNS.

2.1.5 Cambios políticos previstos

Describa, si los hubiere, los cambios previstos en el sistema.

- ✓ Ley de Coordinación y Calidad
- ✓ Plan Sociosanitario
- ✓ Desarrollar Indicadores de Calidad
- ✓ Registro de buenas prácticas

2.2 CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

2.2.1 Niveles

¿Existen niveles nacionales de calidad? ¿Se han establecido los derechos de los beneficiarios de estos cuidados?

2.2.2 Control y fomento de la calidad

¿Se dispone de un sistema de evaluación y reconocimiento de los cuidadores y las residencias?

En los casos en que se contribuya a la asistencia no profesional, ¿existen políticas que favorezcan la calidad (p.ej., ayuda financiera para la infraestructura o la adaptación de las casas; formación para los cuidadores no profesionales)?

2.2.3 Retos

¿Cuáles son los principales retos a los que debe enfrentarse el sistema en relación con la prestación de cuidados de larga duración de calidad?

2.2.4 Cambios políticos previstos

Describa, si los hubiere, los cambios previstos a este respecto.

3 SOSTENIBILIDAD

3.1 ASISTENCIA SANITARIA

3.1.1 Gastos y financiación

Describa los niveles actuales de gastos en asistencia sanitaria y las tendencias más recientes y futuras. Si es posible, se ruega facilitar datos sobre la asistencia sanitaria a las personas de edad avanzada. Describa los mecanismos de financiación (cotizaciones a la seguridad social, impuestos generales, afiliación voluntaria incluyendo desgravaciones fiscales si es el caso, contribución de los pacientes, etc.) [NB. Es posible que ya se haya facilitado esta información en la descripción del sistema que se solicita en el apartado 1.1.1].

En el año 2000 el gasto sanitario total supuso el 7,7% del PIB y el 5,4% fue gasto público. La evolución de este gasto durante la pasada década muestra un incremento acumulativo anual del 8,4% para el gasto total y 7,1% para el gasto público. (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Evolución del gasto sanitario. 1990-2000

España	Gasto sanitario total (Millones de EUROS)	Gasto sanitario público (Millones de EUROS)
1990	20.842	16.413
1991	23.557	18.255
1992	26.650	20.617
1993	28.811	22.066
1994	30.152	22.770
1995	33.880	24.031
1996	35.975	25.590
1997	37.664	26.781
1998	40.310	28.419
1999	43.423	30.493
2000	46.681	32.634

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2002

Tasa anual acumulativa	8,40	7,11
-------------------------------	-------------	-------------

Los modelos de financiación sanitaria pública en el pasado han garantizado un incremento al menos igual al del PIB en términos nominales. El actual acuerdo de financiación con las CC.AA. establece incrementos anuales para el presupuesto sanitario público igual al de los ingresos del Gobierno y, al menos, igual al PIB nominal

En 1998, las personas mayores representaron un 37% del gasto sanitario público.

3.1.2 Tendencias en los costes

Evalúe las tendencias respecto a los gastos y la financiación que se requiere. ¿Cómo pueden compatibilizarse con otros objetivos políticos, como por ejemplo, unas finanzas públicas viables teniendo en cuenta el envejecimiento de la población?

Con relación a las tendencias proyectadas tal como se informó a CPE para el escenario “Acute health care, Current Policy macroeconomic scenario, profiles deflated by GDP per capita, Central demographic”, los resultados son :

Tabla 2. Porcentaje del gasto sanitario público asociado a las personas mayores de 64 años

España	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Porcentaje	32,82	35,78	37,99	39,17	39,80	40,97	42,19	44,25	47,17	50,58	54,29	57,71	59,24

Esta evolución no tiene en cuenta los incrementos de gastos sanitario público debidos a incrementos en la cantidad o calidad de la atención.

Por último, desearíamos señalar que el escenario demográfico utilizado para las proyecciones del CPE fue el de EUROSTAT, que difiere del efectuado por el INE. Se adjunta el análisis comparativo entre los dos escenarios, sustituyendo el escenario demográfico de EUROSTAT para España por el del INE.

3.1.3 Mecanismos de control de los gastos

Describa los mecanismos de control de los gastos:

- la función de la contribución del paciente como medio de control de la demanda;
- los incentivos financieros o los mecanismos de mercado que garanticen con antelación el control de los gastos;
- los mecanismos que sensibilicen a los centros y los profesionales sanitarios respecto a los gastos a la hora de decidir los tratamientos;
- el control del coste de los materiales y productos como los medicamentos;
- la importancia de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y, especialmente, el fomento de un estilo de vida sano para las personas de edad avanzada.

En España no se utilizan los copagos, salvo los indicados en el apartado 1, como mecanismo de control del gasto sanitario público.

Las reformas sanitarias en España se han enfrentado a la introducción de incentivos financieros y mecanismos de mercados, entre otros, para asegurar la gestión eficiente: introducción de gerentes profesionales en los hospitales, introducción de habilidades de gestión en el curriculum de los profesionales sanitarios, introducción del contrato-programa ligando presupuesto a objetivos, autonomía de gestión de los centros sanitarios, nuevos tipos de organizaciones (fundaciones, gestión privada, etc).

El incremento anual del gasto farmacéutico es un componente crítico del gasto sanitario. Se han llevado a cabo iniciativas políticas para intentar controlarlo.

Para intentar sensibilizar a los profesionales sanitarios respecto a los gastos farmacéuticos se han elaborado los patrones de prescripción de todos los médicos de atención primaria que se han enviado a los interesados, comparando su patrón con la media del área sanitaria.

Se han desarrollado planes de salud por parte de las CC.AA. que incluyen la promoción de la salud y el fomento de un estilo de vida sano.

3.1.4 Retos

Describa los principales retos con relación a la sostenibilidad de la asistencia sanitaria.

- ✓ El envejecimiento y mayor incidencia de enfermedades crónicas e invalidantes.
- ✓ Presión del desarrollo tecnológico, incluyendo medicamentos y productos sanitarios cada vez más caros.
- ✓ Presión de la demanda de nuevas prestaciones.
- ✓ Cambio en las expectativas y actitudes sociales de los ciudadanos.
- ✓ Mejorar la calidad.
- ✓ Implicación de los profesionales sanitarios en la gestión adecuada de los recursos

3.1.5 Cambios políticos previstos

Describa, si los hubiere, los cambios previstos, especialmente las iniciativas destinadas a la prestación de asistencia sanitaria a las personas de edad avanzada.

- ✓ Nuevo modelo de financiación
- ✓ Ley de Coordinación y Sanidad
- ✓ Estudio de factibilidad del Seguro de Dependencia
- ✓ Desarrollo del espacio sociosanitario

3.2 CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

3.2.1 Gastos y financiación

Con relación a los cuidados de larga duración, indique estimaciones de los gastos actuales que tengan en cuenta, en la medida de lo posible, la repercusión en los distintos ámbitos políticos.

Describa, dado el caso, los mecanismos específicos destinados a financiar los cuidados de larga duración (p.ej., cotizaciones específicas a la seguridad social).

3.2.2 Mecanismos de control de los gastos

Función de la contribución del paciente para controlar la demanda en el marco de la prestación profesional de cuidados.

¿Cómo puede garantizarse que se tengan en cuenta los gastos para la planificación y prestación de cuidados de larga duración? ¿Existen evaluaciones comparativas de las distintas modalidades (en residencias/a domicilio; asistencia profesional/no profesional)? ¿Existen mecanismos de sensibilización al problema de los gastos entre los profesionales de esta asistencia y los responsables de tomar decisiones en este ámbito (p.ej., los asistentes sociales)?

¿Existen mecanismos para evaluar de modo integrado los gastos de los cuidados de larga duración y de la asistencia sanitaria?

3.2.3 Retos

Describa los principales retos con relación a la sostenibilidad de la prestación de cuidados de larga duración.

3.2.4 Cambios políticos previstos

Describa, si los hubiere, los cambios previstos.



El Comité de Protección Social

REF:SPC/2002/APR/01 En/rev 1

Cuestionario sobre la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración para las personas de edad avanzada

Particularización para la asistencia sanitaria en las Comunidades Autónomas en España.

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

1 ACCESIBILIDAD

1.1 ASISTENCIA SANITARIA

1.1.1 Mecanismos que garantizan la accesibilidad

a. *Describa las actuaciones específicas de la Comunidad Autónoma encaminadas a facilitar a las personas de edad avanzada el acceso a la asistencia sanitaria. Como, por ejemplo, desarrollos específicos de los servicios de atención al anciano contemplados entre las prestaciones de atención primaria en el Real Decreto 63/95, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS (Anexo I del RD, punto 2 apartado f)-3°); existencia, en su caso, de protocolos específicos para las personas de edad avanzada, etc.*

Andalucía	<ul style="list-style-type: none">✓ Se ha creado una red asistencial de atención primaria con más de 1.500 centros.✓ Se ha incluido en la cartera de servicios de atención primaria los siguientes servicios específicos:<ul style="list-style-type: none">• Atención tras el alta hospitalaria• Atención a personas en situación terminal• Atención a ancianos en riesgo• Atención a ancianos residentes en instituciones• Atención a personas inmovilizadas
Aragón	<p>Las competencias sobre asistencia sanitaria no se han transferido a Aragón hasta el año 2002. Entre las actuaciones que desarrollaba INSALUD, podemos destacar: Cartera de Servicios de Atención Primaria:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Servicio de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados✓ Servicio de atención a pacientes terminales✓ Servicio de prevención y detección de problemas en el anciano
Asturias	<p>El principado de Asturias ha asumido las transferencias plenas en materia sanitaria en Enero 2002, por lo que todavía no hay un sistema sanitario propio consolidado. Por otro lado el Servicio de Salud en Asturias es parte del Sistema Nacional de Salud y participa plenamente del desarrollo de políticas comunes para garantizar la equidad a todos los ciudadanos.</p> <p>Siguiendo el citado Real Decreto las prestaciones de atención primaria específicas para las personas mayores, están incluidas como programas específicos en su cartera de servicios. Dichos programas son:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Vacunación de la gripe✓ Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados. Dirigido a pacientes atendidos en el domicilio que cumplan la definición de paciente inmovilizado, independientemente de su edad.✓ Atención a pacientes terminales. Dirigido a personas que presentan una enfermedad avanzada,

	<p>progresiva e inevitable y con pronóstico de vida inferior a seis meses.</p> <p>✓ Prevención y detección de problemas en el anciano. Dirigido a las personas mayores de 75 años, con el objetivo de valorar la presencia de incontinencia urinaria, caídas, consumo de fármacos, agudeza visual y auditiva, ingresos hospitalarios y situación social.</p>
Baleares	<p>En la CCAA de les Illes Balears se encuentra, dentro de la cartera de servicios ofertada por los centros de salud de atención primaria, el servicio atención al anciano, sustentado en el Programa de atención al anciano. La cobertura alcanzada en este servicio en el año 2001 alcanzó al 61% de la población diana según los criterios de evaluación de cartera de servicios vigentes.</p> <p>Otro servicio diferenciado referido a población mayor de 65 años es el de vacunación antigripal que dio cobertura durante el año 2001 a un 61% de población diana.</p> <p>Además se contemplan otros dos servicios como son el de atención a pacientes terminales y el de atención a pacientes inmovilizados que, sin ser específicos de población mayor, atienden mayoritariamente a pacientes incluidos en este grupo de edad.</p> <p>Todos estos servicios están protocolizados, habiéndose realizado la revisión y actualización de los programas en los dos últimos años.</p>
Canarias	<p>El artículo 5 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias(Ley 11/1994, de 26 de julio) establece:</p> <p>“1.- Son titulares de los derechos que esta Ley y la restante normativa reguladora del Sistema Canario de la Salud efectivamente defina y reconozca como tales todos los ciudadanos españoles que tengan, legalmente la residencia en cualquiera de los municipios de Canarias. El acceso y el disfrute a las prestaciones y los servicios deben quedar garantizados, en condiciones de igualdad efectiva, a todos los titulares.</p> <p>2.- La titularidad a que se refiere el número anterior se extiende a los ciudadanos españoles que tengan la condición de transeúntes y a los no residentes en Canarias, con el alcance determinado por la legislación estatal y el que se establezca en los convenios interadministrativos que se suscriban.</p> <p>3.- Los ciudadanos de estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten del Derecho comunitario europeo, los Tratados y Convenios que se suscriban por el Estado Español y les sean de aplicación.</p> <p>4.- Los ciudadanos de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tiene los derechos que les reconozcan los Tratados y Convenios suscritos por el Estado Español.”</p> <p>En el Artículo 9, se dispone: Derechos a programas y actuaciones especiales y preferentes:</p> <p>“Los niños, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo tienen derecho, dentro de las disponibilidades en cada momento de medios y recursos del Sistema Canario de la Salud, a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.”</p> <p>En la Comunidad Autónoma se viene desarrollando desde hacia varios años el “Plan integral de Atención Sociosanitaria a las personas Mayores de Canarias”, a partir del cual se han establecidos entre otros distintos marcos legales y de intervención dirigidos a esta población, y de forma más concreta: decreto que regula la prestación del servicio de ayuda a domicilio, el programa de atención a personas mayores de Atención Primaria de Salud (APS), decreto que regula la autorización de instalaciones y funcionamiento de los centros y servicios sociosanitarios, decreto que regula la formación para el desempeño de las actividades de ayuda a domicilio.</p> <p>Con respecto a la atención sanitaria, y siguiendo las directrices establecidas en el Plan de Salud de Canarias para los mayores de Prolongar la duración y la calidad de la vida: añadir años a la vida y vida a los años, se oferta a la población mayor de 65 años, un programa específico de “Atención a las personas mayores en Atención primaria de Salud”, que contempla la valoración geriátrica periódica, la promoción de hábitos saludables y la atención domiciliaria, así como el fomento de dispositivos de apoyo para las personas cuidadoras de mayores discapacitados.</p> <p>En este programa se incluyen diferentes protocolos adaptados a la situación funcional/clínica del</p>

	<p>beneficiario, y en la actualidad está en fase de implantación en nuestra comunidad.</p> <p>Se ha puesto en marcha en varias zonas de salud de Canarias un servicio de coordinación entre los servicios sanitarios (atención primaria y especializada), los servicios sociales municipales y la familia para mejorar la atención domiciliaria de las personas mayores, para garantizar la gestión adecuada de los cuidados prestados a esta población por cada una de los niveles.</p> <p>Durante el año 2002 se ha aprobado un Programa Sectorial denominado “Programa de atención sociosanitaria” con participación del Servicio Canario de la Salud, los Cabildos y la Consejería de Empleo y Asuntos sociales, que delimita los recursos para la atención residencial, ambulatoria en centros y en domicilios, - sus características, financiación, distribución, acceso,...- que se desarrollarán en los próximos años.</p> <p>Las disposiciones específicas relativas a facilitar a las personas de edad avanzada el acceso a la asistencia sanitaria son, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias. ✓ Decreto 32/1995 Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud. ✓ Ley 3/1996 de las Personas Mayores (BOC de 19/07) ✓ Decreto 63/2000 Requisitos de los Centros Sociosanitarios. ✓ Decreto 83 /1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) para Enfermos Mentales (BOC nº 75 de 19/06/98) ✓ Programa MARCO de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud. ✓ Programa Integral de Atención Sociosanitaria a las Personas Mayores de Canarias. <p>Normas Locales: Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria. Estatutos. (Anuncio de 5 de enero de 2000. BOC 21 de febrero).</p>
Cantabria	<p>En la Comunidad Autónoma de Cantabria existe, desde julio de 2000, la Dirección General de Atención Sociosanitaria. Su misión fundamental es la ejecución del plan de atención al mayor. En este periodo se han iniciado las siguientes actuaciones específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Creación de una red de centros de día ✓ Impulso al programa de atención domiciliaria mediante conciertos con los ayuntamientos. ✓ Creación de un hospital de larga estancia (fase de proyecto) <p>Programas Sanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vacunaciones: gripe y neumococo ✓ Prevención de enfermedades cardiovasculares ✓ Atención a pacientes crónicos: Hipertensión, diabetes, EPOC, obesidad, hipercolesterolemia. ✓ Atención a pacientes inmovilizados y terminales. ✓ Atención al consumidor excesivo de alcohol. ✓ Prevención y detección de problemas en el anciano. ✓ Tratamientos fisioterapéuticos. ✓ Tratamientos psicoterapéuticos.
Castilla la Mancha	<p>En la Comunidad Autónoma existe el programa de atención al anciano, que se aplica a nivel de atención primaria, en las zonas de salud, además de ello, en algunas zonas existe el programa de atención domiciliaria específicamente dirigido a las personas mayores.</p>
Castilla y León	<p>A raíz del traspaso de las funciones y servicios del INSALUD a la Comunidad de Castilla y León (Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre), se pone en marcha el proceso para incorporar un nuevo servicio a, denominado “Atención al cuidador familiar en la comunidad” que, si bien no está directamente dirigido a las personas mayores, sí incidirá en beneficio de las mismas al prestar una atención específica a los cuidadores familiares, en conexión con los Servicios Sociales</p>

	básicos.
Cataluña	<p>Las personas de edad avanzada tienen el acceso garantizado a todos los servicios sanitarios sin límite de edad.</p> <p>Las actuaciones específicas más destacadas són:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ya implantadas: <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: Programa de vacunaciones: Antigripal, antineumocócica, antitetánica ; atención domiciliaria. • Atención sociosanitaria: Desarrollo de la red de servicios sociosanitarios de utilización pública que actualmente cuenta con cerca de 7000 camas. • Atención Hospitalaria: Implantación de equipos de valoración y soporte de geriatría; Unidades de geriatría de agudos ✓ En vías de implantación: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de detección precoz de problemas prevalentes en las personas mayores en la comunidad. <p>En relación a los protocolos existentes cabe destacar el libro blanco de las actividades preventivas para las personas mayores publicado por el Departamento de Sanidad.</p>
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programas de Salud Comunitaria. <ul style="list-style-type: none"> • Balneoterapia: tratamientos reumatológicos, respiratorios, dermatológicos y nerviosos. • Programa de prevención y promoción de la salud en Centros de Mayores: accidentes, alimentación y nutrición... • Podología: prevención y tratamiento de las enfermedades del pie, realizado por un especialista en Centros de Mayores. • Programa de gimnasia y deportes en Centros de Mayores: prevención de la dependencia funcional y mantenimiento y mejora de la movilidad y el estado físico. ✓ Atención Primaria. <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Atención Anciano: Valoración integral, detección precoz y provisión de cuidados domiciliarios. • Atención sanitaria en el domicilio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de atención a pacientes inmovilizados. ▪ Programa de atención a pacientes terminales. ▪ Teleasistencia. ✓ Equipos Básicos de Soporte de Cuidados Paliativos. <ul style="list-style-type: none"> • Con carácter no específico: Un equipo de soporte en cada Área Sanitaria. ✓ Atención Especializada. <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Geriatría en el Hospital Ntra. Sra. De la Montaña de Cáceres, destinada a oa atención integral de pacientes geriátricos: diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, recuperación funcional y reinserción social. ✓ Estancias Diurnas en Centros de Día. <ul style="list-style-type: none"> • Atención directa a personas mayores con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, proporcionando atención integral apoyo familiar. Tienen un carácter rehabilitador y de servicio de respiro y apoyo al cuidador: Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia. • Atención directa e integral a personas mayores dependientes: Badajoz y Cáceres. ✓ Cuidados Personales. <ul style="list-style-type: none"> • Préstamo y Financiación de Ayudas Técnicas: para la adquisición de elementos de soporte técnico destinados al mantenimiento de la autonomía personal y facilitar al cuidador las tareas de atención. • Estancias Temporales En Residencias: Destinado a personas mayores en periodo de convalecencia que no cuenten con cuidadores.

	<p>✓ Residencias de Mayores Dependientes.</p>
Galicia	<p>La financiación del sistema de salud de nuestra Comunidad Autónoma al igual que al del resto del Estado español es en base a los impuestos, por lo tanto nuestro sistema es tipo Sistema Nacional de Salud. Todas las personas tienen derecho a las prestaciones sanitarias públicas ya sea prestadas por los sistemas de salud públicos o por compañías aseguradoras privadas, pero en estos últimos el porcentaje sobre el total equivale a un 3-4% de la población.</p> <p>El acceso a las prestaciones sanitarias es igual para todos los usuarios, sea cual sea su edad, en las mismas condiciones, con la excepción de las prestaciones farmacéuticas que para los pensionistas (mayores de 64 años, viudas, y otros colectivos) son gratuitas, teniendo que realizar los demás usuarios una aportación del 40% del valor de producto.</p> <p>Existen programas específicos para los grupos de edad de mayores de 64 años en atención primaria, sobre todos dirigidos a la prevención y control de las patologías crónicas, Alzheimer y otras demencias, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, EPOC, inmunizaciones... que se encuentran relacionadas en los contratos-programa. Para cada actuación están establecidos unos objetivos ligados a productividad que son evaluados anualmente mediante auditorias de las historias clínicas, de hecho el pasado año se evaluaron una muestra de 150.000 historias.</p> <p>Existen actuaciones asistenciales domiciliarias tanto en el ámbito de atención primaria como de especializada a través de las unidades de HADO, pero están dirigidas no sólo a pacientes de edad avanzada sino a pacientes inmovilizados, terminales o que lo precisen, de cualquier edad.</p>
Navarra	<p>En la actualidad, en Navarra, todas las personas residentes en cualquiera de los municipios de la Comunidad Foral tiene derecho efectivo a las prestaciones sanitarias de la asistencia sanitaria pública, en igualdad de condiciones de acceso. <i>LEY FORAL 10/1990 de 23 de Noviembre, DE SALUD, art. 3 "La asistencia Sanitaria pública dentro del Territorio de la Comunidad Foral se extenderá a todos los ciudadanos y ciudadanas residentes en cualquiera de los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa. LEY FORAL, 2/2000, de 25 de Mayo, por la que se modifica la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, para extender la cobertura de asistencia sanitaria del Sistema Sanitario Público de Navarra a todos los inmigrantes en la Comunidad Foral.</i></p> <p>El mecanismo por el cual se garantiza el acceso a los servicios, es la Tarjeta Individual Sanitaria que se proporciona a todos las personas que lo solicitan previa demostración de ser residente en Navarra. <i>Orden Foral de 31 de octubre de 1991, del Consejero de Salud, por la que se regula la Tarjeta Individual Sanitaria.</i></p> <p>La cobertura de asistencia sanitaria, en Navarra, tiene ámbito universal sin discriminación por ninguna razón, siendo la forma de prestación directa, a demanda de la población en caso de enfermedad y a propuesta de la Administración Sanitaria en caso de la Medicina Preventiva y Comunitaria. No existe ninguna clasificación en categorías de las personas cubiertas, insistiendo que se da cobertura al 100% de las personas residentes en la Comunidad Foral..</p> <p>La Administración Sanitaria de Navarra: Departamento de Salud y Servicio Navarro de Salud garantizan, de forma normativa y efectiva, que se de cobertura sanitaria a toda la población residente en Navarra.</p> <p>En los Servicios de Atención Primaria existe un Protocolo específico para la "Atención Integral al Anciano"; considerando población diana para este programa toda persona mayor de 75 años, excepcionalmente todo mayor de 65 años, tanto en Centros Residenciales como en domicilio, que por su especial situación pueda requerir intervención sociosanitaria. El acceso es el mismo, los propios Centros de Atención Primaria.</p>
País Vasco	<p>En la Comunidad Autónoma de País Vasco no existen barreras/obstáculos para el acceso a la asistencia sanitaria de las personas de edad avanzada en relación con cualquier otro grupo de edad.</p> <p>Se dispone en los contratos programa de atención primaria (oferta preferente) de actuaciones o programas específicamente enfocados a las personas e edad avanzada como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención domiciliaria desde los E.A.P. (Equipos de Atención Primaria) para Crónicos, Encamados Permanentes y Terminales. ✓ Programas de vigilancia de Factores de riesgo.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vacunación antigripal en mayores de 65 años. ✓ Transporte Sanitario en todas las circunstancias que se precisen ó se soliciten por parte del ciudadano de edad avanzada.
Valencia	<p>En Atención Primaria existen programas específicos para este grupo de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anciano Frágil : para los pacientes mayores de 65 con situación de precariedad en salud y social ✓ Paciente Inmovilizado: para personas mayores con dependencia que permanecen confinadas en el domicilio ✓ Programas preventivos de vacunación: gripe, tetanos ✓ Programa de enfermedades crónicas con alta prevalencia en mayores: HTA, OCFA, Diabetes, Insuficiencia Cardíaca

b. Describa las actuaciones de la Comunidad Autónoma por las que se coordinan e integran las políticas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración para este grupo de población.

Andalucía	<p>Este es el gran reto que tenemos pendiente. Se ha planteado la coordinación a través de la asistencia domiciliaria, con la figura de la “enfermera coordinadora de casos”, que es un trabajador asistencial, integrado en la red asistencial de atención primaria, pero que coordina todos los recursos que la sociedad tiene para atender y cuidar a los ancianos, tanto sociales como sanitarios.</p>
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan Estratégico de Atención a la Dependencia en Aragón 2001-2006 ✓ Plan Estratégico de Atención a la salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón 2002-2008 ✓ Estructura Orgánica del Servicio Aragonés de Salud: Dirección de Área Sociosanitaria
Asturias	<p>Los cuidados sanitarios de larga duración son proporcionados en la mayor parte de los casos por la red de Atención Primaria de Salud, la cual tiene la función de ofrecer una atención integral a los ciudadanos. Creemos que se debe de seguir fomentando el manejo de pacientes con incapacidad no reversible en la comunidad, determinándose como un elemento clave en este sentido la coordinación de los proveedores de servicios sanitarios con los de los diferentes servicios sociales comunitarios y la potenciación de la atención domiciliaria.</p> <p>Nuestra red hospitalaria tiene unas características específicas al contar con una serie de hospitales de apoyo que disponen en su cartera de servicios de prestaciones orientadas a la atención de convalecencia y a la recuperación y/o mantenimiento del nivel de autonomía, principalmente dirigidos a pacientes ancianos. El total de camas destinadas en la red sanitaria de uso público a este tipo de atención es de unas 400 (10,9% del total de camas funcionantes).</p> <p>Por otro lado las prestaciones sociales son proporcionadas por distintas administraciones, principalmente municipales y autonómicas. Merecen especial atención el desarrollo de los Servicios Sociales Municipales y el Programa de Ayuda en Domicilio así como el actual proceso de desarrollo comarcal de los Servicios Sociales Comunitarios, cuyo potencial de integración o coordinación de recursos y prestaciones debe ser importante.</p> <p>En cuanto a cuidados con institucionalización, la red de Establecimientos Residenciales Asistidos (ERA) constituye el más importante instrumento para la provisión de prestaciones sociales y sociosanitarias en régimen institucional y centros de día del Principado. La estructura del ERA se ha acomodado a la prestación de cuidados a personas mayores mediante la transformación progresiva de plazas para personas válidas a plazas para residentes con diferentes grados de dependencia.</p>
Baleares	N.C.
Canarias	N.C.
Cantabria	N.C.
Castilla la Mancha	<p>La asistencia sanitaria se presta a nivel de atención primaria y especializada. En función de las necesidades los pacientes pueden derivarse a centros de larga estancia, aunque en la mayoría de los casos vuelven a su domicilio y un número importante de ellos van a recursos de bienestar social</p>

	<p>(residencias asistidas y/o de validos).</p> <p>La coordinación entre estos dispositivos es escasa.</p> <p>En el Plan de Atención Sociosanitaria se contempla la integración de recursos con lo que la coordinación mejorará.</p>
Castilla y León	<p>En el caso de la Comunidad de Castilla y León, resulta de especial interés la adscripción de competencias tanto sanitarias como en materia de servicios sociales al mismo Departamento (Consejería de Sanidad y Bienestar Social), a través de dos organismos autónomos adscritos al mismo (Gerencia Regional de Salud y Gerencia de Servicios Sociales), y la creación, mediante Decreto 286/2001, en la Consejería, de una nueva Dirección General de Planificación Sociosanitaria.</p> <p>Especial importancia tienen, también, las estructuras de coordinación sociosanitaria establecidas por medio del Decreto 74/2000, de 13 de abril (BOCyL nº 77 de 19-4-2000), cuyo ámbito territorial se circunscribe a las Areas de Salud. Dentro de ellas, se diferencia el nivel de la toma de decisiones (Comisiones de Dirección) y de la coordinación técnica (Comisiones de Coordinación). En dichos órganos participan directivos y profesionales de todos los ámbitos institucionales relacionados con la atención social y sanitaria en el territorio de Castilla y León.</p> <p>En una próxima modificación de esta normativa se plantea la extensión de las estructuras de coordinación al nivel operativo de la gestión y relaciones entre los Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Acción Social, a través de la creación de equipos de coordinación de base.</p>
Cataluña	<p>El Departamento de Sanidad creó en el 1.996 el Programa Vida Als Anys que actualmente se desarrolla través de la división de atención sociosanitària-Programa Vida Als Anys del Servicio Catalán de la Salud. Como se señala en el punto anterior se ha desarrollado una red de servicios entre los que destacan los de larga estancia que en este caso cuenta con financiación mixta desde el Departamento de Sanidad y el Departamento de Bienestar Social.</p>
Extremadura	<p>Nivel Regional: Consejo Regional de las Personas Mayores.</p> <p>No existen mecanismos estables de coordinación al nivel del Área Sanitaria.</p> <p>La integración de las políticas de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración se realiza a través de los objetivos compartidos del Plan de Atención al Anciano 2001-2005 y del Plan de Salud de Extremadura 2001-2004.</p>
Galicia	<p>Los cuidados de asistencia sanitaria se prestan en los hospitales públicos en las unidades de hospitalización o en los hospitales de día, bien en los hospitales de agudos o en los de crónicos que existen a tal efecto, a todos los pacientes que los precisen existiendo también atención domiciliaria desde atención primaria y desde los hospitales como se dijo anteriormente.</p> <p>La atención social la presta la Consellería de Asuntos Sociales, existiendo una coordinación a través de una subdirección de la Consellería de Sanidad.</p>
Navarra	<p>Las políticas de provisión de prestaciones sanitarias y de provisión de cuidados a largo plazo se coordinan a través de la puesta en marcha del Plan de Atención Sociosanitaria, aprobado por el Gobierno de Navarra en Junio de 2000.</p>
País Vasco	<p>En la Comunidad Autónoma del País Vasco se han establecido los mecanismos de coordinación para garantizar la continuidad asistencial, tanto en personas de edad avanzada como en otros grupos etarios:</p> <p>Desde el punto de vista sanitario existe continuidad asistencial entre Domicilio (A.P. y/o Hospitalización a Domicilio) – Hospitales de Agudos – Hospitales de media y larga Estancia – Hospitales de día – Centros Ocupacionales. (Incluye ámbito de Salud Mental).</p> <p>Así mismo, se han establecido los mecanismos de coordinación entre hospitalización e</p>

	instituciones /familia a través de los protocolos de intervención de los trabajadores sociales.
Valencia	Existencia del programa PALET: Programa de Atención al Anciano, Enfermedad de Larga Evolución y Paciente Terminal. Este programa contempla la existencia de Unidades de Larga Estancia en los Hospitales de Atención a Crónicos y larga Estancia.

1.1.2 Evaluación

a. *¿Se dispone en la Comunidad Autónoma de indicadores sobre lista de espera para acceder a las prestaciones?*

Andalucía	Sí, pero no son específicos de ningún grupo de edad.
Aragón	Si, con periodicidad mensual se obtienen indicadores sobre lista de espera en intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consulta a médico especialista
Asturias	<p>Actualmente existe un importante desarrollo de los sistemas de información sanitaria, lo que permite conocer de una forma fidedigna y en tiempo real las actuales esperas para acceder a las distintas prestaciones sanitarias.</p> <p>El sistema está más desarrollado en la atención especializada en dónde existen los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de información de consultas externas y técnicas diagnósticas (l.e.c.y.t.). En el que se incluyen TODOS los ciudadanos que se encuentren pendientes de una primera consulta o de alguna de las pruebas diagnósticas. ✓ Sistema de Información de Lista de Espera Quirúrgica. Se incluyen en este fichero todos los pacientes que se encuentren pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente para el cual el hospital tenga previsto utilizar el quirófano, independientemente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia. <p>Atención Primaria dispone de su propio sistema de información, estando la cobertura de informatización de los centros de salud en torno al 80%, lo que ha mejorado la gestión de las citas.</p> <p>En la atención de cuidados prolongados existe un sistema de control de lista de espera para el acceso a los distintos servicios y prestaciones.</p>
Baleares	<p>En lo que respecta a la atención especializada, en la CCAA existe un sistema de información que permite el seguimiento mensual de la misma y que permite distinguir la lista de espera en tres áreas: quirúrgica, médica y de pruebas diagnósticas.</p> <p>Además se hace un seguimiento especial a una serie de patologías que debido a su prevalencia o a su severidad requieren una información más exhaustiva.</p> <p>Por lo que hace referencia a la atención primaria, la accesibilidad a los centros de salud se coordina por medio de la cita previa, si bien se garantiza la atención sin espera para patologías urgentes o a demanda específica por parte del usuario.</p>
Canarias	<p>En la Comunidad Autónoma no se disponen de indicadores de Lista de espera para acceder a prestaciones, por grupos de edad, sino en razón a la patología/ servicios. Si se disponen de Listas de espera para el acceso a los recursos alojativos.</p> <p>La cobertura para ser atendido en los servicios sanitarios está garantizada cumpliendo el principio de protección universal. No se dispone de información sobre categorías de personas específicas que carezca habitualmente de cobertura completa, aunque de todos es conocido que los sectores de población con niveles altos de marginalidad no utilizan los servicios sanitarios públicos sino en caso de emergencias</p>
Cantabria	N.C.
Castilla la Mancha	La Comunidad Autónoma no dispone de indicadores sobre listas de espera para acceder a las prestaciones de asistencia sanitaria.

	Se disponen indicadores internos en el Servicio de Salud, para ver la evolución de las listas de espera
Castilla y León	Se trata de los mismo indicadores, en principio, existentes en el ámbito del INSALUD.
Cataluña	Se dispone de listas de espera para determinados procesos sin distinción de edad. No hay una lista de espera unificada para el acceso a los servicios de larga estancia. Si hay una lista de espera para el acceso a los servicios sociales residenciales (Competencia del Departamento de bienestar social)
Extremadura	Además de los indicadores existentes con carácter general en el marco del actual Servicio Extremeño de Salud, heredero de los existentes en el territorio INSALUD, el acceso a las prestaciones residenciales está regulado por el Decreto 88/1996 de 13 de Junio, que contiene el procedimiento y el baremo para valorar el ingreso. El mecanismo establecido supone el control y la evaluación periódica de la lista de espera, sí como la detección de la problemática residencial no cubierta y en qué grado.
Galicia	Como la actividad urgente es prestada de manera inmediata, para la actividad programada existe un aplicativo especial de listas de espera quirúrgicas tanto de la actividad programada en quirófano como en quirofanillo y otro de consultas externas, del que se extrae información con una periodicidad quincenal. Los datos que aporta este sistema son tanto de número de pacientes por tiempo de espera como de entradas y salidas de lista de espera. Así mismo otra forma de presentación de los datos es por demora en la intervención indicando tanto la demora media como la máxima. Todo esto por hospitales, pues no existe demora a nivel de atención primaria. También hay sistemas de lista de espera para las pruebas diagnósticas de atención especializada.
Navarra	El Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea dispone de un completo Sistema de Control de Listas de Espera que en lo referente a Indicadores se ajusta prácticamente en su totalidad a las recomendaciones formuladas por el Grupo de Expertos sobre Listas de Espera del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se dispone de número de pacientes en espera y tiempos de espera de Consultas Externas, por centros y especialidades. El sistema es de gran fiabilidad dado que la admisión de todos los centros está informatizada, con excepción de los Centros de Salud Mental (dependientes de Atención Primaria) y de los Centros de la Mujer (de reciente implantación) Se prevé disponer de las mismos para fin de año. Se dispone de número de pacientes en espera y tiempos de espera de Intervenciones Quirúrgicas, por centros y especialidades. La Lista de Espera está igualmente informatizada y en la actualidad está generalizándose la codificación de diagnósticos a fin de obtener adicionalmente tiempos de espera por diagnóstico y procedimiento. Se dispone de número de pacientes en espera y tiempos de espera de las principales Exploraciones Complementarias (Más 20 tipos de exploraciones, resonancia, escanner, etc)
País Vasco	La Comunidad Autónoma del País Vasco dispone de registros de indicadores sobre listas y tiempos de demora para acceder a prestaciones en materia de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervenciones Quirúrgicas. ✓ Pruebas diagnósticas/terapéuticas. ✓ Cosultas de atención especializada.
Valencia	Se dispone para actividad quirúrgica y de consultas

b. ¿Se dispone en la Comunidad Autónoma de indicadores sobre categorías de personas específicas que carezcan habitualmente de cobertura completa?

Andalucía	Si. Se conocen los ciudadanos censados que carecen de cobertura asistencial, por grupos de edad.
Aragón	No entendemos a qué grupos se refiere la pregunta. Se está recogiendo información sobre inmigrantes y otros grupos excluidos, de cara al Plan de la Inmigración y al de Inclusión Social.
Asturias	<p>Actualmente en nuestra Comunidad Autónoma tienen acceso a las prestaciones sanitarias más del 98% de la población. En términos generales, las prestaciones sanitarias se llevan a cabo a través de los centros del Servicio de Salud del Principado de Asturias o de centros de diversas titularidades concertados con el mismo. El acceso es universal y sin coste directo para el paciente.</p> <p>Las prestaciones tradicionalmente denominadas sociales o de los Servicios Sociales, están sujetas a criterios de acceso plasmados en baremos o normas y, aparte de las estrictamente privadas, exigen en algunos casos copago por parte del beneficiario. La dependencia institucional es mucho más diversa que la red sanitaria, si bien existe una notable red de centros públicos dependientes de la Comunidad Autónoma.</p> <p>Dentro de las prestaciones sociales básicas que se ofertan existen planes de integración para personas o grupos con dificultades de acceso a recursos básicos o en situaciones de riesgo que impidan una vida digna.. Entre estos programas se encuentran los de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cobertura de necesidades básicas ✓ Programa de prevención e inserción ✓ Atención integral para transeúntes ✓ Centro de Día para personas sin techo ✓ Atención a colectivos desfavorecidos.
Baleares	No. Se está trabajando en el seno del Forum de la Inmigración para conocer las características de la población inmigrante.
Canarias	N.C.
Cantabria	No. En Cantabria prácticamente el 100% de la población mayor tiene cobertura sanitaria.
Castilla la Mancha	No se dispone de estos indicadores, las prestación de la asistencia es universal y gratuita con el, alcance y limitación expresado en el RD 63/95 de prestaciones sanitarias.
Castilla y León	Partiendo de la cobertura universal del Sistema, no existen indicadores específicos a este respecto.
Cataluña	No hay personas con cobertura distinta según edad. El sistema sanitario público es universal.
Extremadura	N.C.
Galicia	Todas las personas de la Comunidad Autónoma tienen la misma cobertura de las prestaciones sanitarias, con la excepción como ya comentamos de la prestación farmacéutica.
Navarra	<p>El acceso a los servicios sanitarios es directo desde el momento que se basan en la propia demanda del usuario en los centros de Atención Primaria y el juicio clínico de los profesionales de Asistencia Primaria para el acceso al nivel secundario de atención (consulta de especialista u hospitalización).</p> <p>Ahora mismo más que carecer de cobertura completa alguno de los grupos de población, sí que existen grupos que en alguna fase del proceso de su enfermedad no tienen la atención global que necesitarían o el recurso no es el más adecuado; es decir estamos hablando fundamentalmente de procesos crónicos sean físicos o psíquicos y que creen dependencia.</p>

País Vasco	<p>En la Comunidad Autónoma del País Vasco la cobertura pública (98,8%) es igual para todos.</p> <p>La cobertura privada (1,2% de la población) depende del tipo de póliza pero en general es similar a la cobertura pública.</p> <p>Existe una política contra la exclusión social y el reconocimiento del derecho a las prestaciones a colectivos carentes de recursos (universalización) por lo que NO es habitual la cobertura incompleta.</p> <p>Existe reconocimiento del derecho a los repatriados retornados y mecanismo de reconocimiento en circunstancias de marginación.</p>
Valencia	<p>La Comunidad Autónoma dispone de un Sistema de Información Poblacional (SIP) que incorpora datos referentes a nivel y tipo de cobertura sanitaria así como otros de carácter sociodemográfico. A efectos prácticos no existen colectivos de personas de edad avanzada sin cobertura pública.</p>

1.1.3 Retos

a. *¿Cuáles son los principales retos a los que debe enfrentarse la Comunidad Autónoma para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria?*

Andalucía	<p>Coordinar la asistencia sanitaria y la atención socio-sanitaria o exclusivamente social</p> <p>Mejorar la accesibilidad de nuestros servicios</p>
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> - Envejecimiento de la población aragonesa - Dispersión geográfica - Salud Mental - Listas de espera
Asturias	<p>Entre los retos que tiene nuestra Comunidad Autónoma se encuentra la de poner en marcha actuaciones que garanticen a los usuarios que la asistencia precisa se llevará a cabo en el momento adecuado según la gravedad y grado de discapacidad que genere el proceso.</p> <p>Históricamente, ha existido dificultad en realizar una oferta integrada de servicios sanitarios y sociales (motivos estructurales y coyunturales vinculados al desarrollo histórico y normativo) de ambos sistemas ante ciudadanos en determinadas situaciones (personas mayores, discapacitados, enfermos terminales, personas con enfermedades neurodegenerativas...) que por su naturaleza requerirían las acciones de ambos sistemas social y sanitario.</p> <p>La existencia de estas dos redes gestionadas desde estructuras independientes, con distinto grado de desarrollo y con objetivos en muchas ocasiones no convergentes, hace difícil la actuación de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea.</p> <p>Nuestro reto es el de que los dos sistemas actúen de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea. Las acciones de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños de intervención deben intentar optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vistas a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de recursos.</p>
Baleares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Población flotante ✓ Inmigrantes indocumentados.
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuir las Lista de espera para el acceso a la atención especializada y a la atención primaria, adaptando y adecuación los recursos humanos a las necesidades de este colectivo (dotación de plantillas, formación y capacitación de profesionales, etc.). ✓ Adecuación de los indicadores para la estimación de recursos, adaptándonos a las características cambiantes de la estructura de la población, cualitativas y cuantitativas,

	<p>dotando a los servicios sanitarios de profesionales que aborden desde diferentes perspectivas la atención sociosanitaria a las personas mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consolidar el programa de Atención a las personas mayores en Atención Primaria, potenciando las actividades de promoción y prevención de la salud y evitando o disminuyendo los efectos del envejecimiento. ✓ Aumentar las coberturas de la atención domiciliaria y mejorar la accesibilidad al servicio. ✓ Establecer mecanismos adecuados de coordinación sociosanitaria para colectivos especiales. ✓ Organización y coordinación global y multidisciplinar de los recursos, materializándose en la financiación compartida de los centros sociosanitarios, por parte de los responsables sociales y sanitarios de la CA.
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Creación de unidades y programas específicos: asistencia domiciliaria, cuidados paliativos, seguimiento de enfermos crónicos, instaurar consultores geriátricos en los hospitales, unidades de convalecencia y de día, unidad funcional de ictus, etc. ✓ Coordinación entre los dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales. ✓ Programas que aminoren las consecuencias de la dispersión de este grupo de edad en el territorio (pequeños núcleos de población dispersos y formados casi exclusivamente por personas de edad avanzada). ✓ Potenciar los programas de formación y de aseguramiento de la calidad.
Castilla la Mancha	El envejecimiento de la población, la dispersión geográfica, mayor incremento de la dependencia, incremento de costes sanitarios y sociales por mayor consumo y por aumento de la tecnología sanitaria.
Castilla y León	Además de los factores relacionados con el transporte, condicionante que adquiere especial relevancia dada la extensión geográfica y dispersión poblacional de Castilla y León, entendemos que uno de los factores críticos en relación con la atención a las personas mayores radica en la mejora de la atención de las personas mayores y dependientes en su propio domicilio. En esta línea incide el Servicio de Atención al Cuidador Familiar en la comunidad, antes mencionado, sin perjuicio de lo cual el mayor reto de futuro puede plantearse con la potenciación de la atención domiciliaria a este colectivo de ciudadanos.
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La distribución equitativa de los recursos sociosanitarios. ✓ La adaptación de la atención primaria y hospitalaria a las nuevas necesidades asistenciales que plantea el envejecimiento de la población (adaptación de estructura, dinámica de los equipos, formación de los mismos). ✓ La sostenibilidad del sistema.
Extremadura	<p>Nivel residencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconversión de las residencias de gestión pública en centros para personas mayores con dependencia. ✓ Establecimiento de unidades adaptadas para mayores afectados por Alzheimer y otras demencias en las residencias. ✓ Mejorar la atención residencial, mediante el establecimiento de protocolos y planes de actuación: calidad, contrato de asistencia, valoración, registro de incidencias, fisioterapia, terapia ocupacional. ✓ Proporcionar una oferta flexible y diversificada en relación con el perfil de usuario: estancias temporales, atención domiciliaria, lavandería, comida... ✓ Habilitación de recursos psicogerítricos <p>Promoción de la Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incorporación progresiva en el Programa de Atención al Anciano de protocolos de prevención, detección precoz y seguimiento de las patologías más frecuentes. <p>Asistencia Especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantación en cada Área de Salud de una Unidad Geriátrica Hospitalaria. ✓ Creación de Hospitales de Día Geriátricos y Unidades de Rehabilitación Geriátricas ✓ Promover y facilitar recursos específicos para ancianos con problemas psicogerítricos desde

	<p>los dispositivos de salud mental.</p> <p>Coordinación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Creación de un marco estable y estructurado para la coordinación sociosanitaria. ✓ Puesta en marcha de la Comisión Sociosanitaria de Área.
Galicia	<p>El principal reto está en la financiación del sistema sanitario. En los últimos años se ha producido un incremento importante del gasto sanitario público propiciado por varios motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La ampliación de la cobertura a toda la población. La cobertura paso de ser de los afiliados a la Seguridad Social y su familia a la totalidad de los habitantes. ✓ El envejecimiento poblacional. Galicia cuenta en la actualidad con un 23% de personas mayores de 64 años cuando hace 10 años este porcentaje era del 16%. Como es sabido este grupo de población gasta más de dos veces lo que el resto de la población. A su vez nuestra Comunidad Autónoma es de las más envejecidas del estado español. ✓ La tecnología sanitaria, ya no sólo en lo que se refiere a aparataje, que ha incrementado extraordinariamente, no sustituyendo el de reciente incorporación al anterior, sino también a la medicación y a los nuevos procedimientos técnicos: más tipos de transplantes, nuevas intervenciones quirúrgicas.... ✓ Las nuevas prestaciones: desde la atención a las urgencias y emergencias por el 061, la salud bucodental infantil..... <p>En lo referente a la accesibilidad física a las prestaciones, en estos últimos 10 años se ha facilitado enormemente, tanto con la construcción de hospitales comarcales (4 nuevos hospitales) como con la asunción de transferencias de otros organismos, de hecho hemos pasado de 18 centros hospitalarios a 32. También en atención primaria se han construido nuevos centros de salud, de hecho existe uno en cada ayuntamiento por lo menos, por otro lado la reforma de la atención primaria en nuestra C.A. está prácticamente concluida.</p>
Navarra	<p>Por tratarse de personas Mayores, el reto mas importante que se plantean los gobiernos es el aunar esfuerzos en la Atención a la Dependencia que afecta fundamentalmente a esta población.</p> <p>Dicha atención pasa por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar y reconocer la dependencia ✓ Eliminar barreras de acceso a los servicios. ✓ Desarrollar servicios específicos sociosanitarios
País Vasco	<p>Generalmente nuestros problemas son menores que en otras Comunidades Autónomas y países de la Comunidad Europea. En cuanto a la población sin cobertura asistencial (ni pública ni privada) es menor del 0,3% y en cuanto a desigualdades sociales (cultura-pobreza) similar a otros países del entorno.</p>
Valencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar los circuitos de derivación y de atención para ubicar a los pacientes en su Mejor Lugar Terapéutico, estableciendo protocolos. ✓ Incorporar instrumentos de Valoración Integral en los circuitos asistenciales de los mayores para un mejor diagnóstico planes de cuidado ✓ Reorientar los servicios asistenciales de agudos hacia asistencia a crónicos y larga estancia

1.1.4 Cambios políticos previstos

a. *Describe, si los hubiere, los cambios previstos en el sistema sanitario de la Comunidad Autónoma o los mecanismos políticos en curso de estudio. Dichos cambios se entienden siempre en aplicación de la autonomía de gestión de la asistencia sanitaria dentro del marco normativo del Sistema Nacional de Salud.*

Andalucía	N.C.
Aragón	La transferencia efectiva de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Autónoma de Aragón (RD 1472/2001, de 27 de diciembre) permite a la Comunidad el ejercicio pleno de competencias en materia de planificación, organización, dirección y gestión de

	<p>los servicios sanitarios. Constituyen ejemplos de ejercicio de estas competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La implantación de un sistema de garantía de calidad en el área de control del medicamento, mediante procedimientos normalizados de trabajo ✓ El Proyecto de Decreto del Gobierno de Aragón sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica <p>La promulgación de la Ley 6/2002, de 15 de abril de Salud de Aragón como norma reguladora de las actuaciones que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución de acuerdo a los principios de igualdad, equidad, solidaridad e integración los servicios sanitarios, y a criterios de efectividad, eficiencia y racionalidad en la gestión. En el marco de la Ley, destacan, por su e innovación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Derecho a una segunda opinión médica ✓ A la libre elección de profesional sanitario titulado, servicio y centro sanitario ✓ Respeto a la autonomía del paciente: regulación del consentimiento informado y de las voluntades anticipadas ✓ Regulación del derecho a la información del paciente ✓ Regulación del contenido de la historia clínica ✓ Regulación de la utilización de las técnicas genéticas <p>La estructura orgánica del organismo provisor de asistencia sanitaria de la Comunidad Autónoma –Servicio Aragonés de Salud- con una conformación matricial en la que destacan por una parte las Direcciones de Área (Coordinación Asistencial, Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Drogodependencias, Atención Sociosanitaria, Salud Pública y Gerencia de Urgencias y Emergencias) como órganos centrales de gestión y las Gerencias únicas e sector como órganos de gestión descentralizada</p>
Asturias	<p>El diseño de un modelo de intervención sociosanitaria tiene que tener como objetivo fundamental la elaboración de una estrategia para dar una respuesta política al problema de los diferentes colectivos de personas dependientes, basada en el fortalecimiento de la coordinación y la colaboración de todos los actores que intervienen en los procesos. Simultáneamente, habrá que desarrollar políticas que frenen el crecimiento del número de personas dependientes, fomentando un envejecimiento sano, la prevención de accidentes, el riesgo de enfermedades que incapacitan a las personas y la rehabilitación subsiguiente a cualquier enfermedad.</p> <p>Es indispensable que el modelo por el que se opte pueda dar una respuesta global e integrada a las necesidades de las personas dependientes, eliminando las barreras que actualmente existen en las relaciones entre los dos sistemas. No se trataría pues de cubrir solamente las necesidades o carencias de un sistema por el otro, sino de articular unos mecanismos de intervención que vinculen estrechamente las prestaciones propias y específicas de cada uno de los sistemas, reforzando la validez e independencia así como la consolidación de los mismos y facilitando la percepción más positiva por parte del usuario.</p> <p>Para ello consideramos elementos estratégicos fundamentales o pilares del modelo para el desarrollar la atención sociosanitaria en el sistema sanitario los dos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación al Ciudadano: es necesaria una reorientación de los servicios hacia las necesidades de las personas objeto de este proyecto, y no sólo ellos, sino de todos los participantes que giran alrededor: familia, cuidadores informales, acercamiento de los profesionales de referencia a su lugar de residencia incrementando los recursos de atención domiciliaria y reforzando la Atención Primaria, así como organizarlos en colaboración de otros servicios y/o entidades de nueva creación que puedan facilitar, completar y agilizar la atención personalizada, y finalmente, a asegurar la participación de los usuarios, a través de sus asociaciones pero también de manera directa en la organización de los servicios a nivel local. ✓ Gestión por procesos: El enfoque de la Gestión por Procesos permitirá asegurar la continuidad de la atención en los complejos procesos o patologías que suelen acompañar a las situaciones de dependencia. De este modo, además de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas en cada uno de los programas a desarrollar deben contemplarse intervenciones preventivas específicas, adecuada recuperación física y funcional así como las necesidades de apoyo en caso de discapacidad que generen dependencia.

	<p>Se considera la Atención Primaria de Salud como el pilar fundamental sobre la que debe asentar todo el peso de la atención, organizando su cartera de servicios de modo que quede asegurada la asistencia sanitaria a aquellas personas que van a necesitar atención y cuidados de soporte durante un período más o menos prolongado en el tiempo.</p> <p>Para la continuidad de la atención entre niveles se crearán equipos multidisplinares que permitan que cada uno de los programas que después se desarrollan se consideren casi como unidades clínicas específicas, con una cartera de servicios que llegue a incluir la hospitalización de día para determinados procesos estandarizados, programas de recuperación, programas de cuidados enfermería así como actividades de valoración, manejo de problemas concretos, seguimiento clínico de altas precoces en el grupo de usuarios definido, técnicas diagnósticas y terapéuticas, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y entrenamiento y formación a pacientes, familiares, cuidadores informales y profesionales.</p> <p>La atención sociosanitaria debe de estar centrada en la atención comunitaria, de forma que exista una coordinación intersectorial, entre todas las estructuras implicadas regionales, municipales, locales que faciliten la prevención y la promoción de la atención a los usuarios de este programa. Para ello se debe de dar un importante desarrollo de la atención domiciliaria: apoyándola con la existencia de profesionales especializados en determinadas ocasiones, de forma que siempre que se pueda el paciente tenga a su disposición toda la cartera de servicios que precise en su domicilio.</p> <p>También es necesario un impulso a la rehabilitación y fisioterapia: el proceso de recuperación funcional debe iniciarse en el momento de la detección del problema. Las actividades rehabilitadoras en estadios precoces dan mejores resultados y a más corto plazo, por ello se plantean como posibles mejoras a introducir : disponer de un fisioterapeuta en los equipos de valoración y apoyo sociosanitario que permita asegurar la disponibilidad de fisioterapia domiciliaria o el acceso a otros centros más especializados. Modificar los procedimientos, estableciendo distintos niveles de complejidad con participación de diferentes profesionales sería una posibilidad óptima de asegurar una rehabilitación precoz, continuada y cerca del usuario. Asegurarle a la población institucionalizada en centros especializados de Servicios Sociales la misma cartera completa de servicios que cualquier otro ciudadano no institucionalizado con las mismas necesidades pueda recibir en su domicilio.</p>
Baleares	N.C.
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decreto de transferencias sociosanitarias a los Cabildos ✓ Plan de Atención Sociosanitaria en el área de Discapacitados, que nace con el objetivo de definir las prestaciones y cartera de servicios, la redefinición de recursos y la planificación integral de los recursos necesarios para la atención a los diferentes colectivos englobados en este epígrafe (discapacidad con necesidad de tercera persona, discapacidad por Retraso Mental y Discapacidad por Enfermedad Mental). ✓ Actualización del Plan de salud de Canarias que recogerá entre otros aspectos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de recursos humanos con mayor presencia de especialistas en geriatría. • Creación de Equipos de Valoración Geriátrica en los hospitales de la Comunidad Autónoma. Posible creación de Unidades de Ictus y Unidades de Demencias para facilitar el diagnóstico precoz y tratamiento de estos procesos. • Aumento y adecuación de la oferta asistencial a las personas mayores, camas de media estancia, hospital de día geriátrico en cada área de salud. • Proyecto de Decreto de Transferencia de la competencia en materia sociosanitaria a los Cabildos • Enfermería de enlace.
Cantabria	<p>La creación de la Dirección general de atención sociosanitaria y la ejecución del plan de acción sociosanitario para el mayor es una apuesta por la potenciación de las políticas orientadas al mayor y a las personas dependientes.</p> <p>En el año 2001 Cantabria ha promulgado, de forma pionera, la Ley de Protección a las personas en situaciones de dependencia.</p>
Castilla la Mancha	En la asistencia sanitaria se ha pasado a gestionar por la comunidad la prestación de la asistencia sanitaria creandose el Sistema de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM) como organismo

	autónomo para la prestación de la asistencia sanitaria.
Castilla y León	Coinciden con los aspectos anteriormente mencionados.
Cataluña	No hay cambios destacables previstos
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los derivados del proceso de transferencias sanitarias. ✓ La definición de los recursos y las prestaciones entre las Consejerías. ✓ La definición de los ámbitos competenciales entre las Corporaciones Locales y la Administración Autonómica.
Galicia	<p>Hace algunos años se intentó dar mayor capacidad de gestión a los centros hospitalarios. Para ello se estableció para los nuevos 4 comarcas la fórmula de Fundaciones públicas que los dotaba de personalidad jurídica propia y por lo tanto de mayor capacidad de gestión. También existe una empresa pública que gestiona servicios de alta tecnología..</p> <p>Los cambios previstos en el sistema sanitario se producirán una vez aprobada da ley de Ordenación Sanitaria de Galicia, que está a debate.</p>
Navarra	En estudio las posibles reformas.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar los tiempos de demora asistencial en materia de consultas especializadas, pruebas diagnóstico/terapéuticas y mejorar y acortar los procesos asistenciales. ✓ Finalizar el proceso de Universalización “auténtica” ✓ Extender la eficacia de los servicios asistenciales DOMICILIARIOS tanto sanitarios como sociales.
Valencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley de Ordenación Sanitaria ✓ Creación de la Agencia Valenciana de Atención Sociosanitaria

2 CALIDAD

2.1 ASISTENCIA SANITARIA

2.1.1 Normas

a. *¿Existen desarrollos de los derechos de los pacientes específicos de la Comunidad Autónoma?*

Andalucía	<p>Marco Legal y desarrollos correspondientes se recogen en los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ LEY 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Artículo 6 “Derechos de los ciudadanos”. ✓ II Plan Andaluz de Salud. ✓ Plan Marco de Calidad “ Nuevas estrategias para la Sanidad Andaluza. ✓ Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. (Boja nº 52, 4 de mayo 2002). en el capítulo VII “Medidas a favor de los/as mayores y personas con discapacidad”. ✓ Contrato Programa Consejería de Salud/Proveedores Sanitarios. <p>Desarrollos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantación Carta de Derechos y Deberes. ✓ Procedimientos de Consentimiento Informado. ✓ Derecho a la segunda opinión. ✓ Desarrollo de la Ley de voluntades anticipadas. ✓ Desarrollo del Plan de participación ciudadana. ✓ Decreto de Garantías de Tiempos Máximos de Respuesta Quirúrgica. ✓ Plan de Mejora de la Accesibilidad de los Ciudadanos y Eliminación de Barreras.
Aragón	<p>Si, la Ley 6/2002, de Salud de Aragón contempla de forma específica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Título II: Derechos y deberes de los ciudadanos aragoneses en materia sanitaria y garantía

	<p>de los mismos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Título III: <ul style="list-style-type: none"> - Capítulo I: Derecho a la información - Capítulo II: Derecho a la Intimidad y a la confidencialidad - Capítulo III: Respeto al derecho a la autonomía del paciente. Consentimiento informado y voluntades anticipadas
Asturias	<p>La Ley del SESPA que es de 1992, recoge los derechos de los ciudadanos en relación con los Servicios Sanitarios.</p> <p>Nuestra Autonomía en el año 2000 desarrollo un proyecto llamado “Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos”, con el objetivo de describir la situación, los problemas y los retos de nuestro sistema sanitario, en el que participaron más de 600 agentes sociales y donde se avanzó en la necesidad de orientar los servicios hacia los ciudadanos. Para ello se propuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar la Carta de Derechos de los ciudadanos en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. ✓ Establecer una red de Oficinas de Atención a los Ciudadanos en los centros asistenciales y los servicios administrativos territoriales. ✓ Potenciación de la institución del Defensor de los Usuarios del Servicio de Salud. ✓ Promoción de una participación ciudadana de forma más efectiva. <p>Todos ellos son nuevos retos para la política sanitaria de los próximos años y crear un marco normativo para facilitar los derechos de los ciudadanos.</p> <p>Como primer paso, recientemente se ha creado una unidad de atención ciudadana con las funciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar el grado de satisfacción de los ciudadanos en relación a los servicios sanitarios ✓ El desarrollo y mantenimiento de un sistema de atención y respuesta a las demandas de información sanitaria de los ciudadanos las 24 horas del día. ✓ Gestionar las reclamaciones que se presenten en relación con los centros y establecimientos sanitarios, los profesionales y los servicios que prestan.
Baleares	<p>La Llei de Salut de les Illes Balears se aprobó en Consell de Govern de les Illes Balears en fecha 19 de Julio. Está pendiente su discusión y previsible aprobación en el Parlament de les Illes Balears en la proxima curso legislativo. En la Ley se contemplan los derechos de los usuarios al testamento vital, la intimidad, el consentimiento informado, sistemas de garantía, etc.</p>
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ODDUS Decreto 94/99 de 25 de mayo, modificado por decreto de Octubre de 2001. ✓ Orden de 7 de abril de 2000 de la Consejería de Sanidad y Consumo por la que se aprueban los impresos y los modelos de hojas de reclamaciones y de solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario; BOC nº072 de 12/06/2000) ✓ Ficheros automatizados de datos de carácter personal Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de 5/06/2000. Orden de 24/05/2001 por la que se crean y regulan nuevos ficheros de datos en el Servicio Canario de la Salud. ✓ Cartera de servicios e información para los usuarios del Sistema. ✓ Previsto el desarrollo reglamentario del ejercicio del derecho a la segunda opinión (Artículo 8 de la LOSCA.)
Cantabria	<p>La Ley de Protección a las personas en situaciones de dependencia recoge un catálogo de derechos específicos para este colectivo.</p> <p>El proyecto de ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria, en trámite parlamentario, recoge también un importante catálogo de derechos y deberes para los ciudadanos en relación con la salud y la asistencia sanitaria, incluyendo algunos más específicos para las personas mayores, como la</p>

	regulación de las voluntades expresadas con carácter previo en relación con la asistencia sanitaria (testamento vital).
Castilla la Mancha	Existen los recogidos en la Ley General de Sanidad, además de ello se esta tramitando la Ley de Garantías Sanitarias, donde se establecen unos plazos máximos de demoras de 180 días en procesos quirúrgicos, 60 días en consultas sanitarias y 30 días en pruebas diagnosticas. Esto entrará en vigor el día 1 de enero de 2003.
Castilla y León	En estos momentos se están tramitando en Castilla y León tres proyectos normativos relacionados con los derechos de los pacientes. <ul style="list-style-type: none"> ✓ El Anteproyecto de Ley sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. ✓ El Decreto regulador de la información que debe estar disponible a los usuarios en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como de los procedimientos de queja y sugerencia en los centros tanto públicos como privados. ✓ El Decreto regulador de los Comités de Ética Asistencial. Hasta la aprobación de estos proyectos, continúa vigente en esta materia el Título I de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario, que prácticamente contempla el mismo catálogo de derechos que la Ley General de Sanidad.
Cataluña	Existe la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos, en relación a la salud y la atención sanitaria, y la Ley sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica (Ley 21/2000 del 29 de septiembre)
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley de Salud: Art 11. 2: "...los mayores dependientes..., tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios específicos y preferentes en el Sistema Sanitario Público de Extremadura". Art. 11.5: Derecho a la expresión anticipada de voluntades. ✓ Ley de Asistencia Social Geriátrica: Título III: derechos y deberes de los usuarios. ✓ Comisión Tutelar de Adultos de Extremadura.
Galicia	Si, en todos los centros sanitarios existen indicaciones (carteles) en los que se recogen los derechos y deberes de los usuarios del sistema. En la ley que próximamente se publicará, también quedan recogidos esos derechos y deberes.
Navarra	Los derechos de los pacientes están regulados sobre la base de la Ley General de Sanidad y la Ley Foral de Salud de 1990.
País Vasco	La Comunidad Autónoma del País Vasco dispone desde 1989 (Decreto 175/1989 de 18 de julio) de la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicios Vasco de Salud /Osakidetza (BOPV nº 149 de 4 de agosto de 1989)
Valencia	Existe una carta de Derechos y Deberes de los pacientes emitida por la Conselleria de Sanidad

2.1.2 Evaluación

- a. *Describe los mecanismos aplicados en la Comunidad Autónoma para evaluar las normas de alta calidad en el tratamiento, así como para determinar y controlar niveles altos en la asistencia sanitaria.*

Andalucía	La Comunidad Autónoma Andaluza, mediante el desarrollo del Plan de Calidad, ha puesto en marcha la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados dirigida a conseguir los objetivos de Calidad Total y garantizar el objetivo de la Continuidad Asistencial. Cada proceso asistencial define características de calidad para las actividades y para los distintos profesionales que las realizan. Se han seleccionado por proceso un conjunto de Normas de Calidad vinculadas a
-----------	---

	<p>resultados esperados con la aplicación del proceso, y se han incorporado al Contrato Programa Consejería de Salud/ Servicio Andaluz de Salud / Empresas Públicas y en los contratos de gestión con sus centros asistenciales y Unidades Clínicas de Gestión.</p> <p>Entre los procesos asistenciales correspondientes a los Mapas 1 y 2, se han definido varios que están dirigidos a mejorar la calidad de la atención en procesos de mayor incidencia en las personas de edad avanzada, tales como: Ataque Cerebro Vascular; Atención al Enfermo Pluripatológico; Catarata; Cuidados Paliativos; Demencias; Fractura de Cadera; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Diabetes, Hiperplasia Benigna de próstata /Cáncer de Próstata; Insuficiencia Cardíaca; Cáncer Colorrectal; Prótesis Articulares.</p>
Aragón	La Comunidad Autónoma está desarrollando un Plan de Calidad para sus servicios sanitarios.
Asturias	<p>Con el objetivo de facilitar el proceso evaluativo de la Cartera de Servicios de Atención primaria, se establecen criterios mínimos u óptimos de desarrollo, que incluye la definición de estándares de cobertura y normas técnicas.</p> <p>La Cartera de Servicios debe siempre cumplir como requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La existencia de un sistema de información fiable. ✓ El cumplimiento de unos criterios de calidad de la historia clínica. ✓ Contar con el sustento de programas o protocolos. <p>Todo el diseño de la aplicación de las Normas Técnicas Mínimas y el Contrato-Programa es un esfuerzo por aplicar criterios de calidad total en los servicios sanitarios de primer nivel.</p> <p>A su vez el programa OMI-AP va a mejorar la gestión de citas, mediante la oferta de la historia electrónica.</p> <p>En todos los centros de atención especializada se disponen de unidades específicas que gestionan la calidad, y ya desde hace unos 15 años que en nuestro país todos los hospitales establecen indicadores de calidad, como la tasa de infección nosocomial,,número de necropsias con sesión clínica o porcentaje de cesareas por número total de partos.</p> <p>En la red sociosanitaria se prevé el desarrollo de un sistema de información conjunto orientado a la valoración del estado funcional de los usuarios, la mejora de los planes de cuidados y la promoción de la calidad asistencial. Creando, un sistema que incluya una valoración funcional sistemática de los problemas y factores de riesgo, y que grupos de problemas sobre los que se desarrollen protocolos consensuados de intervención.</p> <p>Por otro lado una reciente normativa de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de servicios sociales del Principado de Asturias establece una serie de condiciones de calidad para que dichos centros puedan ser acreditados.</p>
Baleares	N.C.
Canarias	<p>En la Atención primaria de salud, se dispone de varios instrumentos: evaluación anual de las coberturas de los servicios de atención a las personas mayores/crónicos, evaluación periódica de las normas de correcta atención para estos servicios -normas técnicas mínimas-, y evaluación específica de atención domiciliaria -coberturas, calidad de vida, satisfacción, resultados en salud, evaluación de costes-.</p> <p>El plan de salud de Canarias realiza evaluaciones periódicas de los objetivos relacionados con la atención a personas mayores.</p> <p>En las políticas de investigación de la Consejería de Sanidad de los últimos años, se ha financiado líneas de investigación relacionadas con el envejecimiento.</p>
Cantabria	No existen programas específicos diferentes a los de seguimiento del cumplimiento de los objetivos del contrato de gestión del Servicio Cántabro de Salud.
Castilla la	En este apartado, el SESCOG está diseñando un programa de Calidad que se empleará en el año

Mancha	2003, simultáneamente los Centros sanitarios (hospitales) están implantando programas de calidad para algunos procesos y actividades.
Castilla y León	Sin perjuicio de los mecanismos establecidos en el marco de los Planes Anuales de Gestión de la Gerencia Regional de Salud (antes “contratos de gestión”), fundamentalmente cabe mencionar la evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, el contenido del Plan Anual de Inspección de la Gerencia Regional de Salud y el establecimiento de procedimientos de evaluación de calidad conforme a lo previsto en el Decreto 232/2001, de 11 de octubre, por el que se regula el Sistema de Evaluación de la Calidad de los Servicios de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (BOCyL nº 202 de 17-10-2001), y la Orden de 17 de mayo de 2002, de la Consejería de Presidencia y Administración Territorial, por la que se aprueba el Cuestionario de Autoevaluación de la calidad de los servicios de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (BOC y L nº 103 de 30-5-2002)
Cataluña	<p>El Plan de salud de Catalunya señala las prioridades de la atención. En este plan se detallan los indicadores que permiten evaluar el resultado de las actuaciones llevadas a cabo:</p> <p>Se trata de indicadores generales como la Esperanza de vida o más específicos como las tasas de mortalidad según patología.</p> <p>Por otra parte hay indicadores de uso de recursos basados en el conjunto mínimo de datos que se recogen sistemáticamente al alta de los hospitales o durante la asistencia en los centros sociosanitarios.</p> <p>En la red sociosanitaria se han realizado estudios trasversales de calidad previa definición de indicadores específicos.</p>
Extremadura	Los mecanismos de evaluación del Programa del Anciano en Atención Primaria.
Galicia	<p>Existen indicadores para evaluar la calidad de la prestación sanitaria y se recogen en los protocolos internos de actividad financiación (contratos-programa) del Sergas con los centros tanto de atención primaria como de especializada. Estos protocolos siguen las líneas estratégicas recogidas en el Plan de Salud, se realiza un seguimiento semestral de los mismos y se evalúan a final de año. Los objetivos están ligados a un complemento de productividad, tanto para los directivos de los centros como para los profesionales.</p> <p>Cada dos años se realizan encuestas de calidad percibida y satisfacción de los usuarios, tanto en atención primaria como especializada.</p> <p>Así mismo se realiza una acreditación de los centros sanitarios.</p>
Navarra	<p>Presentar un resumen de los modelos y sistemas de calidad que se aplican en el sistema sanitario navarro no resulta sencillo, en particular si no se conoce con precisión el objetivo de la información solicitada y el grado de detalle que de la misma se requiere.</p> <p>En todo caso y a fin de realizar una aproximación a la misma se ha optado por abordar el análisis diferenciando la Atención Primaria de la Especializada y agregando un capítulo específico dedicado a los objetivos de mejoría de la Coordinación entre ambos niveles, al haber considerado el Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea que constituye una prioridad máxima en la mejora de la calidad de nuestro Sistema.</p> <p>Se ha entendido que la información solicitada no hace referencia al ámbito normativo, Leyes, Decretos, Ordenes Forales, que de considerarse necesario, no habría conveniente alguno en aportar, y que hacen referencia a aspectos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Derechos de los usuarios. ✓ Requisitos para la autorización de centros y servicios. ✓ Garantías de tiempos máximos de espera. ✓ Regulación del consentimiento informado del paciente. ✓ Reclamaciones y plazos para su constatación.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas específicas de reducción de riesgos.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Toda la red asistencial pública y concertada está inmersa en una política de calidad total siguiendo el modelo de excelencia en la gestión de la E.F.Q.M. (3 hospitales galardonados con la Q de plata). ✓ Se sigue una política de certificación ISO de Servicios-Unidades y Centros. ✓ Encuestas de Satisfacción de usuarios en urgencias Hospitalarias-Consultas Externas - Alta Hospitalaria - Cirugía Mayor Ambulatoria-Pediatría - Psiquiatría-Paliativos - Hospitalización a Domicilio - Atención Primaria. ✓ Establecimiento y Evaluación de Indicadores de calidad en todos los Contratos-Programa. ✓ Encuestas de Satisfacción de profesionales.
Valencia	La Conselleria de Sanidad presenta en su organigrama una Dirección General específica dirigidas a temas de calidad asistencial y que incluye en sus funciones la valoración de la actividad por criterios de calidad así como la evaluación de las tecnologías sanitarias.

b. ¿De qué mecanismos se dispone para evaluar la calidad de los tratamientos médicos?

Andalucía	<p>Actualmente se trabaja en el desarrollo de la infraestructura necesaria que facilite la implantación de la gestión por procesos y que permita valorar los resultados de las intervenciones propuestas mediante programas específicos que incluyan los algoritmos diagnósticos y de tratamiento disponibles en intranet e integrables en la historia de salud digital.</p> <p>En cuanto a las bases de datos administrativas existentes se quiere minimizar el esfuerzo adicional de recogidas de datos “ad hoc”. La evaluación se completa con Auditorías periódicas de historias clínicas sobre los aspectos que se consideran cruciales para un correcto manejo y control del proceso, con carácter transitorio hasta la implantación de la Historia de salud Digital compartida entre Atención Primaria y Atención Especializada.</p> <p>La creación de la Fundación Agencia de Calidad de Andalucía pretende establecer mecanismos de acreditación tanto de centros como de servicios sanitarios en Andalucía. Asimismo, se dispone la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía que fomenta y aplica la metodología de la medicina basada en la evidencia en la evaluación de las prácticas sanitarias en la Comunidad Autónoma.</p>
Aragón	N.C.
Asturias	N.C.
Baleares	N.C.
Canarias	N.C.
Cantabria	N.C.
Castilla la Mancha	N.C.
Castilla y León	No se han establecido, por el momento, mecanismos distintos de los existentes en el ámbito del INSALUD.
Cataluña	N.C.
Extremadura	N.C.
Galicia	<p>Como explicamos anteriormente existen indicadores para cada una de las líneas de producción (hospitalización, consultas, urgencias, procedimientos en salas especiales, hospital de día...) a grandes rasgos pueden englobarse en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Objetivos de Listas de Espera: índice de entradas y salidas, tiempos de espera, espera media

	<p>global, espera máxima.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicadores quirúrgicos: % de ingresos urgentes desde CMA / total de ingresos urgentes, figura de enfermera/o coordinador de cuidados, reimplante de prótesis, infecciones nosocomiales... ✓ Difusión de la guía informativa al usuario ✓ Programa de prevención de errores en la medicación ✓ Objetivos de reprogramación ✓ Objetivos sobre reclamaciones / quejas: contestación en plazo, informes ✓ Objetivos de cita múltiple para consultas y pruebas ✓ Citación horaria en el 100% de las agendas ✓ Señalización de los centros. ✓ Identificación del personal mediante tarjeta. ✓ Consentimiento informado ✓ Implantación del programa de calidad de cuidados en enfermería.
Navarra	N.C.
País Vasco	<p>Los mecanismos de evaluación de la Calidad de los tratamientos médicos se basan en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorías de Historias Clínicas. ✓ Acreditaciones Externas. ✓ Encuestas a pacientes.
Valencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comisiones de Calidad en los Hospitales. ✓ Guías Clínicas. ✓ Auditoria de Historias Clínicas

c. *¿Qué criterios se emplean para realizar dichas evaluaciones?*

Andalucía	Los criterios de evaluación se especifican en los Contratos Programa Consejería de Salud/ Servicio Andaluz de Salud / Empresas Públicas y en los contratos de gestión con sus centros asistenciales y Unidades Clínicas de Gestión.
Aragón	N.C.
Asturias	N.C.
Baleares	Se está trabajando en aspectos concretos de evaluación de la tecnología médica, aunque por razones de efectividad no se plantean en la Comunidad de les illes Balears la creación de una agencia propia, aunque sí se establecerán fuertes relaciones con las agencias de evaluación de otras comunidades y con el Instituto Carlos III.
Canarias	N.C.
Cantabria	N.C.
Castilla la Mancha	N.C.
Castilla y León	No se han establecido, por el momento, criterios distintos de los existentes en el ámbito del INSALUD.
Cataluña	N.C.
Extremadura	N.C.
Galicia	Son evaluadas la mayoría de ellas a través de los sistemas informáticos y las realizan los planificadores de los indicadores en base a unos objetivos medibles marcados.
Navarra	N.C.

País Vasco	Basados en guías de práctica clínicas y MBE así como criterios externos (EFQM-ISO).
Valencia	Dos áreas de salud han sido ya valoradas utilizando los criterios EFQM. Estos criterios se están utilizando en otros servicios y han sido incorporados por el Gobierno Autónomo como el estándar en metodología de evaluación de servicios.

2.1.3 Promoción de mejoras cualitativas

a. *¿Qué mecanismos existen en la Comunidad Autónoma para desarrollar, promover y garantizar la accesibilidad a prácticas de alta calidad?*

Andalucía	El principal mecanismo es el desarrollo del Plan de Calidad y la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados. Son elementos facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de la Historia de Salud Digital del Ciudadano. ✓ Intranet Corporativa del Sistema Sanitario Público de Andalucía. ✓ Portal de Salud. ✓ Telemedicina y Tecnología virtual ✓ Aplicación del método GANT para incorporación de nuevas tecnologías. ✓ Aplicación del método GINF para incorporación de nuevos medicamentos.
Aragón	Plan de Calidad en desarrollo, Contrato Programa y Cartera de Servicios
Asturias	Las cuestiones relativas a la calidad anteriormente citadas impregnan todo nuestro sistema sanitario, el cual se caracteriza por ser universal, equitativo y accesible. Por ello el conjunto de las medidas relativas a la calidad no son selectivas para una parte del sistema o de la población, sino para el conjunto de ella. La calidad es un espacio común a todos los actores que intervienen en los procesos asistenciales, y por lo tanto impulsar políticas de calidad que impregnen tanto a la atención Primaria como a la Especializada debe ser un objetivo para los próximos años.
Baleares	Se ha formado un comité de expertos para elaborar el sistema regulador de la Tomografía por emisión de Positrones. Se ampliarán las pruebas diagnósticas reguladas por mecanismos parecidos.
Canarias	Se han desarrollado los siguientes mecanismos normativos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niveles de acreditación de centros sanitarios: DECRETO 225/1997 DE 18 DE SEPTIEMBRE, por el que se regulan las autorizaciones de instalación y funcionamiento de centros, servicios y establecimientos y actividades sanitarias y Orden de 15/06 de 2000 por la que se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma. ✓ Niveles de acreditación de centros sociosanitarios Decreto 63/2000 requisitos de los Centros Sociosanitarios ✓ Adquisición centralizada de determinados bienes y productos de naturaleza sanitaria. Orden de 09/07/01 de Consejería de Sanidad ✓ Decreto 220/2000 de 4/12 por el que se regulan las Cartas de Servicios, los sistemas de evaluación de la calidad y los premios anuales a la calidad del servicio público y mejores prácticas en la administración pública de la comunidad autónoma de Canarias. ✓ Encuestas de Satisfacción al Alta Hospitalaria ✓ Decreto que regula la Formación de Cuidadores formales para la atención domiciliaria.
Cantabria	No existen en la actualidad mecanismos para desarrollar, promover y garantizar la accesibilidad a prácticas de alta calidad para este grupo de población.
Castilla la Mancha	El Plan de Atención Sociosanitaria que la Consejería de sanidad junto con la Consejería de Bienestar Social están elaborando, contempla la Calidad como un elemento imprescindible en el desarrollo del Plan, esto supone que se tiene que desarrollar un plan específico de calidad que

	tendrá en cuenta no solo a los mayores sino también a todos los dependientes.
Castilla y León	No se han establecido, por el momento, mecanismos distintos de los existentes en el ámbito del INSALUD.
Cataluña	<p>Existe un gran interés para garantizar el acceso a prácticas de alta calidad en relación a la atención sanitaria a las personas de edad avanzada. Se desarrollan actividades en relación a la formación y en relación a la definición de nuevos indicadores de evaluación.</p> <p>Desde un punto de vista asistencial el programa de atención a las personas mayores desde atención primaria promueve una atención adaptada a las necesidades de este colectivo. Incluye un programa específico de formación en aspectos asistenciales a las personas mayores. También hay un programa promovido desde el Instituto de Estudios de la Salud para la formación continuada de los profesionales en aspectos relacionados con la atención geriátrica y sociosanitaria.</p>
Extremadura	N.C.
Galicia	<p>Todos los habitantes de la comunidad autónoma tienen el mismo acceso a las prestaciones.</p> <p>Se realizan también programas especiales encaminados a garantizar la accesibilidad física a determinada prestación acercando la prestación al usuario, como por ejemplo programa de prevención de cáncer de mama a través de unidades móviles, inmunizaciones a personas de edad avanzada (gripe, neumococo) en los centros de salud o domicilio del paciente.</p> <p>El interés por la evaluación de la calidad por esta Consellería de sanidad es grande, así se están desarrollando actividades formativas dirigidas a nuestros profesionales desde cursos sobre evaluación de la calidad, modelos de control de calidad externos en centros sanitarios, metodología de evaluación de calidad en el ámbito de la salud o cursos de control de calidad en áreas específicas. Radiodiagnóstico, medicina nuclear....</p> <p>En los centros sanitarios se realizan evaluaciones de calidad, pero por el momento no son globales sino de determinadas áreas y en algunos centros como pueden ser la certificación ISO en el área de radiodiagnóstico o la certificación de calidad por otros métodos en áreas como: lavandería, farmacia, esterilización. .. E incluso existe un hospital totalmente certificado.</p> <p>Se está definiendo en estos momentos en el Consejo Interterritorial a través de un grupo de trabajo del que forma parte esta Comunidad Autónoma indicadores de accesibilidad.</p>
Navarra	<p>La accesibilidad a prácticas de calidad en personas de edad avanzada se basa en la cercanía de los recursos al domicilio; en unos ratios de Hb/profesional adecuados para atender a ésta población, identificar al profesional responsable del paciente; trabajar por protocolos y con historia clínica y por último desarrollar programas de atención domiciliaria.</p> <p>En esta línea la Coordinación Primaria-Especializada constituye el mecanismo por el cual se pretende garantizar la continuidad y personalización de la atención al paciente a lo largo de toda la red de centros y niveles asistenciales. Apuesta igualmente por la responsabilización de ambos niveles asistenciales en el logro del adecuado equilibrio entre la oferta y la demanda.</p> <p>La puesta en marcha de la citación al especialista desde el propio Centro de Salud, la implantación progresiva de la Historia Clínica electrónica, tanto en Atención Primaria como en los Hospitales, el acceso informático al informe del especialista por parte del médico de familia, son garantías de disponibilidad y calidad de la información clínica sobre su proceso.</p>
País Vasco	<p>Los mecanismos de promoción de buenas prácticas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Política de Calidad Total (EFQM-ISO etc.) ✓ La propia dinámica de los Clínicos:Guías de Práctica Clínica. ✓ La propia dinámica de la enfermería: Programas Zaineri y PAE de estandarización de cuidados. ✓ Los requisitos de los contratos-programa.

Valencia	Existencia de un circuito asistencial de calidad definido en el programa PALET para la Atención de pacientes Ancianos, con enfermedad de Larga Evolución y pacientes Terminales. Esta atención es un circuito de calidad.
----------	---

b. *¿Existe interés especial en la Comunidad Autónoma por desarrollar, fomentar y garantizar la accesibilidad a dichas prácticas en el terreno de la atención sanitaria a las personas de edad avanzada?*

Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. (Boja nº 52, 4 de mayo 2002). en el capítulo VII “Medidas a favor de los/as mayores y personas con discapacidad”. ✓ Entre los procesos asistenciales priorizados se encuentran las patologías más prevalentes de las personas de edad avanzada. ✓ Desarrollo de las acciones recomendadas en el Plan de Potenciación y Organización de la Atención Domiciliaria. ✓ Desarrollo de las acciones priorizadas en el Plan Sociosanitario para Andalucía
Aragón	Si
Asturias	N.C.
Baleares	Existe un evidente interés en potenciar las prácticas de alta calidad asistencial en edad avanzada. Las primeras iniciativas son las de generar dispositivos de larga y media estancia con sistema de información que permita la evaluación de la calidad percibida y los estándares clásicos de evaluación.
Canarias	En la Ca existen antecedentes de coordinación entre las diferentes instituciones con responsabilidad en la atención sociosanitaria -Cabildos, Consejerías de Servicios sociales y de Sanidad- que han potenciado el desarrollo de la normativa expuesta anteriormente, así como de los diferentes programas de actuación sobre este colectivo.
Cantabria	Está previsto el desarrollo de estas prácticas en el Plan de Acción Sociosanitaria para el Mayor.
Castilla la Mancha	N.C.
Castilla y León	Las personas mayores, conforme a lo previsto en el artículo 4.2 de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, constituyen un colectivo con derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes en el Sistema de Salud de Castilla y León. En este sentido, si existe especial interés a este respecto, estando previsto el desarrollo de una Estrategia Regional específicamente dirigida a este colectivo en el ámbito sanitario, además de su protagonismo en el II Plan Sociosanitario de Castilla y León que también se encuentra en fase de elaboración.
Cataluña	N.C.
Extremadura	N.C.
Galicia	La prestación sanitaria se presta en el lugar más idóneo para el usuario, incluso en su domicilio, tanto a personas de edad avanzada como al que lo precise, por lo tanto ya se está desarrollando y garantizando la accesibilidad.
Navarra	N.C.
País Vasco	No existe interés especial. El planteamiento para las personas de edad avanzada es idéntico que para el resto de población general (igualdad de oportunidades, excepto por la condición cronicidad, incapacidad o enfermo terminal).
Valencia	Si, la introducción de prácticas clínicas homogéneas mediante la instauración de instrumentos de valoración integral de los ancianos y el desarrollo de equipos multidisciplinares.

--	--

2.1.4 Retos

a. ¿Cuáles son los principales retos a los que debe enfrentarse la Comunidad Autónoma con relación al fomento de la calidad?

Andalucía	<p>Las nuevas estrategias para la sanidad andaluza están definidas en su Plan de Calidad :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de una visión estratégica del modelo de atención sanitaria basada en la estructuración por Procesos Asistenciales desde la perspectiva de la <i>continuidad asistencial</i> como elemento garantizador de la calidad integral. ✓ Introducción en la cultura de los Centros Asistenciales de la necesidad de incorporar mecanismos de <i>acreditación</i> de procesos, centros y servicios y de los equipamientos y estructuras ,como elemento dinamizador y motivador de la organización. ✓ Introducción en los Contratos Programas ,Conciertos y Convenios de la Consejería de Salud con los diferentes proveedores públicos y/o privados de los <i>criterios de calidad</i> para los Procesos Asistenciales ,desde una visión multidimensional que contemple elementos de continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, eficiencia y evidencia científica de las decisiones clínicas. ✓ Impulsar el desarrollo de estructuras estables de calidad en todas las organizaciones de provisión de servicios, que sirvan de soporte a las actividades de <i>mejora continua</i> y a la consolidación de una cultura de calidad en los centros asistenciales.
Aragón	<p>Elaboración del Plan de Calidad Asistencial de la Comunidad Autónoma Fomento y formación en calidad asistencial de los profesionales sanitarios</p>
Asturias	<p>Como se comente en el punto anterior, el desarrollo de la calidad es uno de los retos de nuestro sistema sanitario. Prueba de ello, es que en nuestra Comunidad Autónoma se ha creado una Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana, con las funciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Impulsar y coordinar todas las actividades tendentes a mejorar la atención sanitaria a los ciudadanos y garantizar políticas de calidad integral y la eficiencia de los servicios sanitarios en el Principado de Asturias. <p>En el ámbito concreto de la calidad, los principales retos son los de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El desarrollo y mantenimiento de un sistema general de información ✓ La propuesta de planes asistenciales, líneas estratégicas de actuación, requisitos de calidad y criterios generales para la contratación de servicios sanitarios ✓ El análisis de la efectividad en la prestación de servicios sanitarios ✓ El desarrollo de criterios de acreditación para los centros y establecimientos sanitarios ✓ El estudio y evaluación de las tecnologías sanitarias. ✓ La definición de las políticas orientadas a mejorar el uso racional de medicamentos y productos sanitarios.
Baleares	<p>Sistemas de información que permitan elaborar y seguir los estándares en estructura y proceso.</p>
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducir en la medición del producto de los centros, no solo aspectos cuantitativos, o de proceso asistencial, sino de calidad total y de resultados vinculados a calidad de vida, resolución de problemas y satisfacción. ✓ Modificar en los gestores la cultura de la medición del producto en aspectos meramente cuantitativo. ✓ Introducir en la organización y orientación de los servicios la percepción del usuario, cuidadores y su satisfacción. ✓ Introducir en los indicadores de estimación de recursos aspectos cualitativos de ofertas de servicio, de forma que se adapte la asignación de los mismos a parámetros de calidad de oferta en las diferentes zonas y no solo a volumen de población asignada. ✓ Potenciar la informatización de los sistemas de información en los centros asistenciales, de forma que facilite la evaluación de la calidad de la atención.

Cantabria	Participar activamente en el plan de mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud promovido a nivel central y articulado a través del Consejo Interterritorial.
Castilla la Mancha	El principal reto es desarrollar planes de calidad, estableciendo líneas comunes que permitan llegar a la excelencia, esto supondrá mejorar estructuras y cambios en la cultura de empresa.
Castilla y León	El reto fundamental, entendemos que común a cualesquiera Comunidades Autónomas, es el de involucrar a todo el personal en la cultura de la calidad, favoreciendo su formación en esta materia y el adecuado equilibrio entre los aspectos de calidad percibida por el usuario/humanización de la asistencia y calidad científico-técnica de las intervenciones sanitarias. Cabe mencionar, también como reto, el distinto desarrollo de las políticas de calidad en el ámbito de la red recientemente transferida del INSALUD y los centros que ya anteriormente se encontraban adscritos al Sistema de Salud de Castilla y León, lo que exigirá un esfuerzo específico de integración y armonización.
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conseguir una homogeneidad en la práctica clínica. ✓ Conseguir un nivel de formación básica en atención geriátrica para el conjunto de profesionales. ✓ Consolidar el nivel de atención especializada en los hospitales y centros sociosanitarios con elevados niveles de calidad en la práctica clínica y a la vez como difusores del modelo de atención y conocimientos necesarios en la atención a las personas mayores.
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura y específico para residencias. ✓ Elaboración de Protocolos en residencias: de Valoración de Ancianos y Técnicas de Recepción, de atención al paciente terminal. ✓ Incorporación de objetivos de calidad en Contratos de Gestión. ✓ Modificación del Decreto 4/1996 de 23 de Enero, por el que se regulan los establecimientos de asistencia social geriátrica de aplicación a los centros públicos y privados, incorporando criterios de calidad y continuidad de cuidados.
Galicia	El reto es la implantación total de sistemas en toda la organización, dificultada por la cultura organizativa, aunque debido a las iniciativas de formación de los profesionales y a la implantación progresiva se logrará imbuir a la organización dentro de esta cultura. De todas maneras ya empieza a haber iniciativas.
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar programas de atención domiciliaria fundamentalmente de los profesionales de enfermería. ✓ Realizar actividades no solo de diagnóstico y tratamiento, fomentar las actividades de prevención y de rehabilitación con el objeto de retrasar la dependencia. ✓ Los profesionales deberíamos fomentar la “no dependencia” de los sistemas sanitarios y de los medicamentos. ✓ Desterrar los paternalismos hacia esa población entre los profesionales, trabajando la autonomía en los cuidados y en las decisiones.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuidad de cuidados y coordinación asistencial. ✓ Complementariedad y apoyo con los Servicios Sociales. ✓ Adecuación de recursos, sobre todo sociales, para una oferta suficiente en cantidad, intensidad y calidad.
Valencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar la práctica clínica mediante el uso de instrumentos de valoración ✓ Extender el uso de protocolos asistenciales ✓ Incrementar los recursos para aumentar la Atención en el Domicilio

2.1.5 Cambios políticos previstos

a. *Describe, si los hubiere, los cambios previstos en la Comunidad Autónoma (en materia de calidad de la asistencia sanitaria).*

Andalucía	N.C.
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Creación de un Registro Nacional de Guías de Práctica Clínica y de experiencias de implantación de las mismas en colaboración con siete Comunidades Autónomas ✓ Plan de Calidad ✓ Servicio Aragonés de Salud: Programa de fomento de Proyectos de Mejora de Calidad Asistencial en Atención Primaria y Especializada
Asturias	N.C.
Baleares	N.C.
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proyecto de Decreto por el que se regula la Historia Clínica de Atención Especializada, estableciendo el contenido conservación y expurgo de los documentos en ella contenidos. ✓ Proyecto de Decreto por el que se regula la prestación de Asistencia Sanitaria Hospitalaria en el Servicio Canario de la Salud. ✓ Completar la Informatización del Sistema. ✓ Plan de Mayores (Próximos 8 años, creación de 3000 camas para mayores con alto requerimiento, dicho plan será liderado por la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, existe un módulo sanitario dentro de dicho plan que asume el Servicio canario de la Salud. ✓ Plan de Salud, módulo específico sobre el envejecimiento, contemplándose en el mismo: <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de promoción y Prevención. - Mejora de la Oferta Asistencial en Atención Primaria y Atención Especializada. - Agenda de Investigación. - Actividades de Formación.
Cantabria	En el recién creado Servicio Cántabro de Salud existe una Subdirección de Calidad y Desarrollo, que tiene como misiones, entre otras, la mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria.
Castilla la Mancha	La previsión es desarrollar un Plan de calidad en el SESCAM.
Castilla y León	Fundamentalmente cabría mencionar la adecuación de los procesos de elaboración, contenido y efectos de los anteriores contratos de gestión (hoy Planes Anuales de Gestión de la Gerencia Regional de Salud)
Cataluña	No hay cambios previstos
Extremadura	Fomento de una política de calidad en el Sistema Sanitario Público con la reciente creación del Servicio de Evaluación y Calidad Sanitarias de la Consejería de Sanidad.
Galicia	<p>La mejora continua de la calidad es un elemento estratégico permanente del sistema sanitario. En la medida de sus posibilidades y conforme a su planificación, cada centro irá desarrollando e incorporando progresivamente iniciativas en este ámbito.</p> <p>Existe un Plan de calidad que se está llevando a la práctica y que engloba entre otros los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Existencia de una unidad de calidad en los centros ✓ Elaboración de un Plan de Calidad para cada centro: el plazo para su elaboración termina en el año próximo. ✓ Cumplir lo establecido en punto 5 do anexo II do Decreto 52/2001, por el que se regula la acreditación do los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, y en el artículo 20 del Decreto 97/2001, de regulación básica de los órganos de dirección, asesoramiento, calidad y participación de las instituciones hospitalarias del SERGAS. ✓ Cada centro irá adoptando la estrategia que mejor se adapte a sus características, para la implantación de un sistema o modelo concreto de gestión de la calidad, así como la realización de actividades o programas de garantía de calidad que lleven a la consecución de

	<p>un reconocimiento externo (certificación, acreditación, premios, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer un plan de acciones de mejora para anual en función de los resultados de la encuesta de calidad percibida. ✓ Continuar el programa de garantía de calidad de procesos de donación/extracción de órganos. <p>Asi mismo la nueva ley de Ordenación Sanitaria aborda los temas de calidad.</p>
Navarra	En estudio las posibles reformas.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de cuidados paliativos. (En curso) ✓ Plan de Atención Sociosanitaria. (En curso)
Valencia	Mejorar la asistencia en el circuito de atención a las personas mayores con dependencia y larga duración mediante la coordinación con Servicios Sociales

3 SOSTENIBILIDAD

3.1 ASISTENCIA SANITARIA

3.1.1 Gastos y financiación

[NB. Es posible que ya se haya facilitado esta información en la descripción del sistema que se solicita en el apartado 1.1.1].

3.1.2 Tendencias en los costes

3.1.3 Mecanismos de control de los gastos

Describe los mecanismos de control de los gastos en la Comunidad Autónoma:

- Los incentivos financieros o los mecanismos de mercado que garanticen con antelación el control de los gastos.
- Los mecanismos que sensibilicen a los centros y los profesionales sanitarios respecto a los gastos a la hora de decidir los tratamientos.
- El control del coste de los materiales y productos sanitarios.
- la importancia de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y, especialmente, el fomento de un estilo de vida sano para las personas de edad avanzada.

Andalucía	<p>A nivel macro, debe señalarse en primer lugar que el Presupuesto aprobado para Salud tiene carácter limitativo, no pudiendo comprometerse gastos por encima del importe asignado.</p> <p>En segundo lugar, con cada Entidad pública proveedora de Servicios Sanitarios y con cada Centro se acuerda un Contrato Programa donde figuran los objetivos (entre los cuales, hay un apartado de financiación y eficiencia en la gestión) y servicios a cumplir, junto con el presupuesto asignado. Existen incentivos financieros para la realización del contrato.</p> <p>En tercer lugar, los modelos de financiación de los Centros Sanitarios (Hospitales, Distritos de Atención Primaria, Areas Sanitarias, Centros de Hemoterapia y Empresas) se realiza mediante la utilización de modelos de financiación de carácter prospectivo en los que se establece un presupuesto global cerrado para cada centro, vinculado a su población de referencia. Este sistema reduce la actividad innecesaria y la ineficiencia asignativa permitiendo situarse a cada centro en una senda de mejora continuada de la eficiencia y favoreciendo la coordinación y continuidad asistencial,. Al mismo tiempo, al existir libertad de elección de médico y centro se garantiza la calidad asistencial.</p> <p>Finalmente debe mencionarse que el Acuerdo de Financiación Autonómica vigente establece una financiación mínima para los Servicios Sanitarios cuyo crecimiento será igual al conjunto de los ingresos tributarios del Estado y a cuya cobertura se vinculan todos los recursos financieros de la Comunidad. De esta manera se garantiza una mínima suficiencia estática y dinámica de la financiación sanitaria.</p> <p>A nivel micro, en cada Centro se acuerda con sus Departamentos o Unidades Clínicas un Programa anual de actividad y su financiación, asignando la productividad en función del</p>
-----------	---

	<p>cumplimiento del mismo.</p> <p>Los sistemas de información existentes relativos a actividad, procesos, costes, gastos e ingresos junto con el amplio número de centros de la Comunidad, permiten tener unos indicadores de eficiencia referenciales buenos para poder orientar la financiación y las actuaciones de los Centros. El seguimiento continuado de los objetivos contenidos en el Contrato-Programa se efectúa mediante un cuadro de mandos integral, que permite detectar posibles desviaciones y tomar las decisiones necesarias para minimizarlas. Asimismo, permite realizar la evaluación del cumplimiento de los objetivos mencionados y vincular a ella el modelo de incentivos a directivos de los centros, que contempla variables de gestión presupuestaria, gestión de listas de espera, desarrollo, implantación y resultados de los procesos asistenciales y acciones de transparencia con el ciudadano. Por otro lado, al existir distintas figuras jurídicas de gestión y bastante autonomía de gestión se favorece la competencia entre los Centros en pro de la eficiencia en la gestión.</p> <p>Como se ha mencionado antes, existen Contratos Programas con los Proveedores Sanitarios Públicos (Servicio Andaluz de Salud, Empresas Públicas Hospitalarias, E.P. Emergencias Sanitarias). En ellos se priorizan los objetivos de eficiencia en la gestión y en el gasto. Estos objetivos se trasladan a los Centros y Profesionales mediante sucesivos acuerdos. Para el cumplimiento de aquellos, se han aprobado distintos incentivos financieros, fundamentalmente paga de productividad variable, en función de los objetivos Corporativos, del Centro, del Servicio e individuales conseguidos. Los Centros y Profesionales disponen de la información requerida para determinar su nivel en cuanto a eficiencia en el gasto y sus actuaciones al respecto. Concretamente podemos citar las siguientes actuaciones concretas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantación del Mapa de Procesos Asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y desarrollo de las Normas Básicas de Calidad definidas para cada uno de dichos procesos. ✓ Impulso al desarrollo de unidades clínicas de gestión, enfocadas a la gestión integral de los procesos, como fórmula idónea de participación de los profesionales en la gestión, que conlleva la transferencia de niveles de decisión y de responsabilidad en dicha gestión. ✓ Desarrollo y mejora de los Sistemas de Información y Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, mediante el establecimiento del Plan Maestro de la Estrategia Digital del Sistema Sanitario Público de Andalucía. ✓ Promoción del uso racional del medicamento, mediante el desarrollo del "plan de gestión integral de la prestación farmacéutica entre los Distritos y los Hospitales". Impulso entre los facultativos de Hospitales y Distritos de la prescripción "por servicio activo". Implantación de la guía farmacoterapéutica de referencia <p>En relación con el control del coste de los materiales y productos sanitarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantación durante el presente ejercicio en todos los centros sanitarios de la nueva aplicación de Contabilidad de Costes para la Gestión de Centros de Responsabilidad. ✓ Aprobación del Catálogo de Productos y Materiales de consumo del Servicio Andaluz de Salud y su utilización con carácter obligatorio para la adquisición y consumo de productos por cualquiera de los centros sanitarios de la Organización. ✓ Creación del Banco de Productos y Materiales de consumo como "oficina virtual" destinada a facilitar el intercambio de información comercial entre proveedores sanitarios y SAS, y organización de un sistema de evaluación permanente de los productos incluidos en aquel. ✓ Realización de pactos de consumo con todas las unidades y servicios de cada centro asistencial y protocolización de los materiales necesarios ligados a cada uno de los procesos asistenciales. ✓ Potenciación de los contratos de determinación de tipo. ✓ Realización de un inventario anual de existencias en los almacenes generales y de un inventario permanente en los almacenes periféricos, así como un continuo control y ajuste del estocaje. ✓ En conciertos, mejora del control de las indicaciones y del rendimiento de los medios propios. ✓ Distribución de información sobre precios para hacer más transparente el mercado y fomento de la competencia de los mercados o sectores que han funcionado tradicionalmente casi en régimen de monopolio.
--	---

	<p>Efectivamente es muy importante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento de un estilo de vida sano para mejorar la calidad de vida de las personas de edad avanzada, y por tanto reducir los problemas de salud de los mismos y el gasto sanitario que conlleva su atención. Al efecto en el Plan Andaluz de Salud vigente existen bastantes objetivos y estrategias relacionados con esos aspectos, objetivos que han sido trasladados al Contrato Programa de los Centros.</p> <p>Al mismo tiempo existen campañas institucionales para difundir estilos de vida saludables.</p>
Aragón	<p>Los incentivos financieros o los mecanismos de mercado que garanticen con antelación el control de los gastos son se basan en la introducción de nuevos sistemas de financiación. Hasta ahora el control correspondía a INSALUD</p> <p>Los mecanismos de sensibilización a los centros y los profesionales sanitarios respecto a los gastos a la hora de decidir los tratamientos son los que hasta ahora utilizaba el INSALUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Feed-back informativo a los prescriptores sobre gasto farmacéutico en relación a presupuesto asignado ✓ Contratos de gestión: incentivación del ahorro en gasto farmacéutico ✓ Contratos de gestión: incentivación de la prescripción de medicamentos genéricos ✓ Información a los prescriptores sobre utilidad terapéutica de medicamentos <p>El control del coste de los materiales y productos sanitarios se realiza mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compras centralizadas ✓ Reintegro de gastos
Asturias	<p>Creemos que al igual que en otros países de nuestro entorno debe de existir una separación clara de funciones entre la planificación y financiación, y la provisión de servicios. Así en el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios, citado anteriormente, se proponía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La Autoridad Sanitaria, garante de los servicios a los ciudadanos, debe de ejercer las funciones de: planificación, financiación y garantía de la calidad. ✓ El Servicio de Salud, dentro de los parámetros establecidos por la autoridad sanitaria, debe funcionar como garante de la efectividad y eficiencia de la prestación de servicios sanitarios, elementos que han orientado la configuración actual de la organización del Sistema Sanitario en Asturias <p>Como referíamos anteriormente el Contrato-Programa de Atención Primaria y Especializada están vinculados a criterios de calidad.</p> <p>En cuanto a la responsabilización de los profesionales en el uso de los recursos puede lograrse por diversos mecanismos. Entre ellos se pueden citar: a) someter a técnicas de protocolo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más prevalentes con el fin de mejorar la eficiencia global del sistema; b) elaborar códigos de buena práctica y establecer procedimientos para la evaluación retrospectiva de la actividad profesional; c) introducir técnicas de trabajo integradoras, tales como círculos de calidad y los grupos de trabajo; y d) fortalecer la información interna sobre la actividad desarrollada, con el fin de favorecer los mecanismos de autocontrol y autorregulación de los profesionales. Estos mecanismos deben acompañarse con un aumento de la autonomía profesional y con el respeto hacia la ética profesional.</p> <p>Por último el Plan de Salud se actualiza periódicamente y se pretende vincular a la acción operativa de los servicios.</p>
Baleares	N.C.
Canarias	N.C.
Cantabria	En la Comunidad Autónoma de Cantabria existen las siguientes actuaciones dirigidas al control del gasto farmacéutico:

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantación del Sistema de Información de Consumo Farmacéutico (DIGITALIS). En tanto se valida su adecuado funcionamiento, se mantiene un procedimiento para suministrar a los médicos, con carácter mensual, datos cuantitativos relativos al consumo farmacéutico. Con carácter al menos trimestral, se remite a los mismos información gráfica de la evolución temporal de los indicadores cuanti y cualitativos más relevantes. ✓ Indicadores de calidad de prescripción: <ul style="list-style-type: none"> • % de consumo de genéricos/total de envases. • N05b + N05C / Población Ajustada (Envases por 100 personas protegidas ajustadas). • % de envases de principios activos sin novedad terapéutica relevante / total envases. • Dosis de morfina por 100 habitantes terminales y día. ✓ Comisión de uso racional del medicamento. ✓ Incentivos a los profesionales que consiguen cumplir los objetivos pactados. ✓ Cursos de formación para analizar críticamente la visita médica promocional.
Castilla la Mancha	<p>La financiación de la Asistencia Sanitaria es a través de impuestos con cuotas de participación del usuario en la medicación y algunos productos farmacéuticos en los tratamientos ambulatorios.</p> <p>Los mecanismos de sensibilización de los profesionales se han encaminados ligándolos a la productividad (mejor productividad a quien presenta mejores resultados), no se revierten beneficios económicos a los profesionales si consiguen ahorro en el gasto.</p> <p>También se les da información sobre consumo (gasto farmacéutico, y en suministros) con el fin de que conozcan su gasto y se sensibilicen.</p>
Castilla y León	<p>Los incentivos financieros o los mecanismos de mercado que garanticen con antelación el control de los gastos continúan siendo los del INSALUD</p> <p>Además de la difusión de informes de evaluación de tecnologías sanitarias y la realización de protocolos, guías y vías clínicas, se plantea la difusión de buenas prácticas como fórmulas para el adecuado funcionamiento en este orden de cosas de toda la red asistencial de Castilla y León.</p> <p>En el ámbito de la Gerencia Regional de Salud se ha puesto en funcionamiento de una Central de Compras con la intención de evitar la fragmentación de la demanda, aprovechar economías de escala, normalizar los productos y procedimientos y facilitar la contratación.</p> <p>Con la creación del Observatorio de Salud Pública en la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social se pretenden impulsar proyectos que potencien esta línea de trabajo, desarrollando, entre otros aspectos, una Encuesta de Salud específica para la Comunidad Autónoma. Por otro lado, y en el ámbito de la planificación estratégica, nos planteamos elaborar en los próximos meses una Estrategia Regional de Envejecimiento Saludable, que hará especial hincapié en esta materia.</p>
Cataluña	<p>El sistema Sanitario Catalán está basado en la separación de funciones entre los compradores de servicios y los provisos de los mismos. En este sentido los servicios se contratan lo que permite un conocimiento del presupuesto y una negociación anual con los proveedores en base a la actividad realizada y a la planificación de los servicios.</p> <p>La importancia de la prevención queda destacada ya en otras preguntas anteriores especialmente en lo que hace referencia al programa de atención a las personas mayores desde atención primaria y al libro blanco de actividades preventivas para las personas mayores.</p>
Extremadura	<p>No existen de manera específica para el ámbito que nos ocupa y que sean de aplicación exclusiva en el ámbito de la Comunidad Autónoma.</p>
Galicia	<p>Los mecanismos de control de gastos sanitarios se realizan por todo el sistema sanitario, cada uno en la medida de sus posibilidades, desde la aplicación de presupuestos cerrados para la realización de la actividad asistencial, un control de las frecuentaciones, un control del gasto farmacéutico a través de la promoción de la utilización de genéricos, facilitando a los profesionales informes de</p>

	<p>costos de los servicios e incluso en nuestra comunidad Autónoma informamos a la población de los gastos que supuso su ingreso hospitalario para concienciarlos de los costes de las prestaciones y sepan en que se gastan el dinero los sistemas sanitarios.</p> <p>Así mismo se hacen compras centralizadas de determinados equipamientos y productos para lograr mejores precios.</p> <p>Somos conscientes de la importancia de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento de la vida sana en toda la población, no sólo en las personas mayores pues los hábitos de vida se adquieren ya en la infancia y de hecho ya hay programas de educación para la salud fomentados desde nuestro sistema de salud, tanto a nivel educativo como por los profesionales sanitarios bien con charlas, bien en las consultas asistenciales. De hecho en atención primaria tenemos programas específicos como el programa del niño sano, el programa del adulto, el programa de la mujer o el programa del anciano, cada uno de ellos con actividades específicas de promoción y prevención de la salud.</p>
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los mecanismos que garanticen con antelación el control de gastos, son los Contratos Programa que firman cada uno de los Centros asistenciales con sus respectivas Direcciones. ✓ Los mecanismos de sensibilización al respecto de los gastos a la hora de decidir los tratamientos. Desde el Servicio de prestaciones farmacéuticas se mantienen líneas de trabajo encaminadas a fomentar el uso racional del medicamento; destacando la edición del “Boletín de información Farmacoterapéutica”; Fichas de evaluación terapéutica de medicamentos” y “Resúmenes”, con información de evidencia científica sobre determinados medicamentos. ✓ Realizar compras centralizadas y tener almacén centralizado para materiales y productos sanitarios. ✓ Determinados productos sanitarios deben ser revisados su pago por el equipo de inspección del Servicio Navarro de Salud. ✓ Se prioriza en los objetivos de trabajo en el ámbito de Atención Primaria el identificar al anciano frágil con el objeto de poder trabajar con él y su familia las actividades preventivas y retrasar o evitar los ingresos hospitalarios, así como poder mantenerlo el mayor tiempo posible en su domicilio.
País Vasco	<p>Los incentivos financieros o los mecanismos de mercado que garanticen con antelación el control de los gastos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Financiación prospectiva de servicios sanitarios de carácter público, a través de los Contratos Programa, y de carácter privado mediante la concertación. ✓ Utilizando modalidades de Financiación en Bloque de algunos servicios (transporte sanitario, banco de sangre, servicios de referencia, etc) evitando la inflación en la producción y en los costes de los mismos. De la misma forma, utilizando la modalidad de Financiación Capitulativa en los servicios de la Atención Primaria y de Salud Mental Extrahospitalaria. ✓ Establecimientos de volúmenes de actividad en Los Planes de Compra de los agentes contratadores y acuerdos con las necesidades de salud de la población y priorizando aquellas actividades relacionadas con los objetivos contemplados en el Plan de Salud. ✓ Políticas de precios que incentive la eficiencia en los proveedores de servicios, basada en el principio de “precios básicos” iguales para el mismo producto en todos los proveedores de carácter público (Contratos Programa) y mediante el establecimiento de unas tarifas y la adjudicación mediante concurso público de la compra de servicios a proveedores de carácter privado en régimen de concertación. ✓ Separación de funciones de provisión, contratación, y financiación de los servicios sanitarios con el objetivo de fomentar la competencia y la eficiencia en la prestación de los servicios en el entorno de un “mercado regulado”. ✓ Incentivos contemplados en los Contratos de Gestión Clínica. ✓ Sistemas de información de la contratación de servicios tanto del ámbito público como privado. <p>El instrumento que nos permita llevar a cabo las actividades descritas es el Contrato Programa, en el mismo se recogen los volúmenes de actividad, las condiciones de calidad y la financiación de los servicios.</p> <p>Los mecanismos que sensibilicen a los centros y los profesionales sanitarios respecto a los gastos a la hora de decidir los tratamientos son:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La extensión del Contrato Programa como instrumento contractual entre el agente asegurador, financiador y los proveedores de servicios. ✓ El desarrollo de los Contratos de Gestión Clínica entre los diferentes servicios y unidades proveedoras de servicios. ✓ La evaluación de los Contratos Programa y de Gestión Clínica. ✓ Financiación y participación en la Formación Continuada de los profesionales. ✓ Desarrollo de una política de incentivos en los Contratos de Gestión Clínica. ✓ Contratación y financiación de la calidad (satisfacción, reingresos, cancelaciones, prescripción farmacéutica, etc.) en los Contratos Programa. <p>El control del coste de los materiales y productos sanitarios se realiza mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contabilidad analítica en todos los centros y sistema de información. ✓ Gestión de compras centralizada y sistema de concurso para la adquisición de materiales y productos sanitarios. ✓ De forma indirecta, mediante la política de precios establecida para la compra de servicios. ✓ Uso racional del medicamento, favoreciendo el uso de EFGs y la no prescripción de principios activos de nueva aparición y que no aporten ventajas terapéuticas sobre los existentes. ✓ Establecimiento de “precios máximos” en determinadas líneas de producción como las Consultas, Urgencias, así como en determinados productos en la Hospitalización (parto, cataratas, artroplastia, etc.) <p>Las actividades relacionadas con la promoción de la salud, estilos de vida, etc., son objeto de contratación y financiación en los Contratos Programa de la Atención Primaria. La contratación de estas actividades se lleva a cabo en la Oferta Preferente de Servicios, en la misma se contratan actividades como son la prevención del tabaquismo, detección, prevención y tratamiento de la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, entre otras.</p> <p>La Financiación de Programas de Salud como son la Detección de metabopatías, Detección Precoz del Cáncer de Mama, entre otros, se incluyen en la contratación de servicios en la Atención Especializada.</p>
Valencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidad Central de Compras. ✓ Sistema de Información Económica que controla e informa del gasto a los servicios. ✓ Programa de Farmacia con Servicios Sociales para la prestación Farmacéutica a las Residencias Asistidas. ✓ Desde la Dirección de Salud Pública se desarrolla el Programa del anciano que pivota sobre tres ejes: Alimentación saludable, ejercicio físico, hábitos saludables y prevención de enfermedades mediante la aplicación de vacunas.

3.1.4 Retos

a. *Describe los principales retos con relación a la sostenibilidad de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma.*

Andalucía	<p>Desde el punto de vista de la financiación, los principales retos serían el acercamiento a los estándares europeos (presupuesto destinado a Sanidad en % del PIB), la cohesión del Sistema (mediante una dotación y reparto adecuado del Fondo de Cohesión establecido) y la financiación específica de las nuevas prestaciones que se introduzcan en el Sistema.</p> <p>Por el lado del gasto, la mejora de los niveles de eficiencia, el control del gasto farmacéutico y el control de la introducción de nuevas tecnologías, así como la acomodación entre la oferta y demandas sanitarias</p> <p>Debe preservarse el delicado equilibrio entre factores que presionan poderosamente al alza de los costes del sistema y un entorno financiero muy restrictivo que comporta una situación caracterizada por la obtención de unos recursos económicos cada vez más escasos, que limitan fuertemente la capacidad financiera y maniobrabilidad de los proveedores sanitarios en general.</p> <p>Entre los primeros se pueden citar:</p>
-----------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El envejecimiento progresivo de la población y la mayor incidencia de enfermedades crónicas e invalidantes, aunque coincidiendo con la aparición de nuevas patologías de naturaleza infecciosa y transmisible. ✓ La presión del desarrollo tecnológico, de muy rápida incorporación al sector sanitario, con la aparición de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, grandes avances en el tratamiento de la información y en las telecomunicaciones y la continua innovación de la industria farmacéutica. ✓ El cambio en las expectativas y actitudes sociales de los ciudadanos, más exigente en cuanto a la calidad de los productos y servicios que "adquiere", lo que presiona a los agentes del sistema sanitario a centrar sus objetivos y estrategias en la búsqueda de su satisfacción, y que en definitiva incrementa el volumen de servicios prestados y su calidad. <p>Y entre los segundos :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La exigencia de la Unión Europea del mantenimiento del déficit público de los países miembros en los niveles establecidos en el Plan de Convergencia. ✓ Las exigencias derivadas de la Ley de Estabilidad Presupuestaria. <p>Para el colectivo de personas de edad avanzada, el establecimiento de sistemas de asistencia socio-sanitaria que al mismo tiempo que atienden mejor la demanda de estas personas, reducen la utilización inadecuada de los servicios sanitarios.</p>
Aragón	<p>Control de la evolución del gasto farmacéutico y su desviación Control en la introducción de nuevas tecnologías Sostenibilidad de la asistencia sanitaria a población envejecida</p>
Asturias	<p>El Sistema Sanitario del Principado de Asturias debe de ser sostenible a largo plazo, ajustado a las condiciones económicas y con un crecimiento controlado, rentabilizando recursos y la capacidad de organización que hoy tienen los servicios sanitarios públicos.</p> <p>Para ello el Sistema de Salud en el Principado debe de conseguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abordar los problemas de salud con una visión intersectorial ✓ Aprovechar de manera óptima el potencial de las políticas sanitarias como factores de cohesión social y fomento de los derechos humanos, promoviendo la generación de espacios para la participación ciudadana. ✓ Constituir un sector productivo, generador de empleo y de conocimiento. ✓ Potenciar la solidaridad evitando la discriminación de las personas y reforzando los apoyos a los grupos más vulnerables. ✓ Fomentar la elección de estilos de vida más sanos ✓ Mejorar la educación y la información sobre aspectos relacionados con la salud ✓ Basar en la confianza y la cooperación su organización y gestión, dentro de un sistema integrado en su concepción y descentralizado en la gestión de sus centros y establecimientos. ✓ Disponer de estándares de servicio que respondan razonablemente a las expectativas de los pacientes y a unas condiciones de trabajo adecuadas para los profesionales.
Baleares	<p>El problema más importante es el de suficiencia financiera. A la hora de fijar la financiación no se tuvo en cuenta el importante déficit de infraestructuras sanitarias de nuestra Comunidad, que, además de no contabilizarse en el total, tampoco se tiene en cuenta el gasto de funcionamiento para los sucesivos años.</p>
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Extender a toda la CA el servicio de información a los facultativos sobre su gasto farmacéutico, comparándolo con la alternativa terapéutica que respetando la prescripción de los principios activos, de una oferta comercial más económica. ✓ Desarrollar mecanismos para la adquisición de material ortoprotésico, o de ayuda domiciliaria, de forma centralizada, potenciando sistemas de reutilización.
Cantabria	<p>Tanto la asunción de la competencia en materia de asistencia sanitaria como la entrada en vigor del</p>

	<p>nuevo modelo de financiación autonómica precisan un rodaje para evaluar sus consecuencias y en qué medida afecta a la sostenibilidad del sistema.</p> <p>Resulta de gran importancia para Cantabria el mecanismo de gestión de los fondos de cohesión sanitaria para las transacciones entre Comunidades Autónomas.</p>
Castilla la Mancha	Mejorar las prestaciones sanitarias, mayor accesibilidad, participación de los profesionales, mejora de la calidad y competencia profesional.
Castilla y León	Uno de los retos fundamentales en el ámbito de la atención a las personas mayores viene dado por el hecho de que el gasto sanitario está condicionado por su frontera con el gasto en servicios sociales, existiendo efectos de ósmosis y de expulsión de un sector sobre otro. Así, la evolución de la oferta y demanda de servicios sociales (residencias asistidas, estancias diurnas, ayuda a domicilio) puede influir decisivamente también sobre la evolución del gasto sanitario. Desde este punto de vista, es necesario articular políticas y fórmulas de organización y gestión que tengan en cuenta este carácter de “vasos comunicantes” entre ambos sectores, y permitan una planificación y toma de decisiones con carácter conjunto.
Cataluña	<p>Actualmente en Catalunya el ,40 % de las altas y el 50 % de las estancias en los hospitales de agudos son causadas por personas mayores de 65 años. Además este colectivo que representa el 17 % del total de la población de Catalunya consume el 70 % del gasto farmacéutico consumido.</p> <p>Los principales retos desde el punto de vista de sostenibilidad son fundamentalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ el control del gasto farmacéutico. ✓ el uso adecuado de los recursos sanitarios. En cada momento el servicio mejor y más eficiente (en este sentido el desarrollo e la red sociosanitària de media y larga estancia).
Extremadura	N.C.
Galicia	<p>El principal reto, como ya expusimos anteriormente consiste en la financiación del sistema sanitario, al igual que en el resto del estado. Las medidas de racionalización de los gastos ya las estamos adoptando en la medida de nuestras posibilidades, pero es obvio que son insuficientes, de hecho se necesita incrementar la financiación del sistema sanitario público.</p> <p>Si nos fijamos en el PIB real esperado para los próximos ejercicios, incluso considerando el efecto del envejecimiento de la población y los precios relativos de la sanidad, se puede afirmar que muy previsiblemente el sector sanitario público tendrá problemas para mantener el ritmo de crecimiento del gasto sanitario público en un futuro próximo.</p> <p>Según el Banco mundial, es demostrable que la esperanza de vida aumenta paralelamente allí donde se ha incrementado también la renta per. cápita. En relación a esto es importante destacar también que el uso de la asistencia sanitaria se incrementa con la edad (se estima que un 65% del consumo sanitario global se realiza a partir de los 60 años).</p> <p>En el caso del Estado español, se produce al mismo tiempo una caída de la natalidad y una mejora de la esperanza de vida, que conlleva un envejecimiento de la población.</p> <p>Una forma indirecta de observar cuales son los síntomas de la salud de la economía sanitaria es ver como se asigna la riqueza generada en términos de gasto sanitario. Los países de la OCDE asignan una media del 8,2% de su PIB en gasto sanitario; los países de la UE le asignan una media del 8,0% y el Estado español le destina un 7,1% .</p> <p>De todo ello puede deducirse que todavía no hemos alcanzado comparativamente el mismo nivel de gasto que los países de nuestro entorno. Según datos de la OCDE, el gasto público sobre el PIB en el estado español durante 1998 –último año del que se disponen datos- fue del 5,4%, es decir, todavía 7 décimas por debajo de la media europea que fue del 6,1.</p> <p>En este sentido, hay que tener presente que se dan una serie de factores que influyen significativamente en la evolución el gasto sanitario. Este es el caso de la propia evolución de la</p>

	<p>tasa de cobertura sanitaria de la población, los avances tecnológicos, la aparición de nuevas tecnologías o el desarrollo socioeconómico de la población, que genera una demanda superior al ritmo de crecimiento de su renta.</p> <p>Hay otros factores que también influyen en la evolución del gasto sanitario, como es el envejecimiento de la población. Se considera que en el estado español el gasto de una persona mayor de 65 años es tres veces el gasto sanitario de una persona joven. El envejecimiento de la población es un hecho inevitable a corto y largo plazo y supone una creciente presión sobre la tasa de dependencia. Este fenómeno demográfico plantea problemas no únicamente en el sistema de pensiones, por la presión sobre la tasa de dependencia, sino también en relación con la asistencia sanitaria que requieren con el consiguiente incremento de gasto.</p> <p>Ante esta situación las medidas a tomar para incrementar la financiación del sistema sanitario se basan en 4 puntos diferenciados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejora de la eficiencia del gasto sanitario público: las más importantes son medidas que implican reforma microeconómica como la racionalización del consumo de medicamentos, las mejoras de gestión basadas en el traslado de riesgos a aquel que decide, la descentralización de la gestión, la incentivación de tecnologías menos costosas... algunas de estas reformas traen como resultado un incremento del gasto como resultado de la demanda y la calidad elevada de los servicios. ✓ Un segundo bloque de reformas se ha destinado a aumentar la financiación pública del gasto sanitario. Las fuentes de financiación alternativas pueden ser de dos tipos, políticas de redistribución interna entre programas de gasto público pasando a los programas de mayor relación coste / resultado, lo que representa problemas al no existir estudios de coste-beneficio y no poder dejar de lado los criterios de equidad. Esta fórmula es poco previsible, es difícil quitar a otro departamento de la administración de su partida presupuestaria. <p>La otra alternativa se basa en el aumento de la recaudación impositiva bien elevando la presión fiscal general, o con un incremento de recaudación de manera selectiva a través de impuestos especiales o tasas y precios públicos. Esta tiene más posibilidades como mecanismo de regulación, de hecho ya se intenta hacer, en parte, con el impuesto especial a las gasolineras. Tiene el inconveniente de que si aumenta la presión fiscal sobre un bien específico puede inducir a bajar su consumo y alterar la economía global. En el Reino Unido, la reforma de la sanidad impulsada en el año 2000 se basa en el establecimiento de un impuesto especial para la sanidad, de hecho se pretende aumentar un punto más sobre el PIB para la sanidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un tercer grupo de reformas podemos situar las destinadas a aumentar la financiación privada del gasto sanitario, tipo copago, coberturas alternativas y/o complementarias, aunque los resultados de los costes compartidos en Europa muestran una efectividad muy reducida. ✓ Finalmente un cuarto conjunto de reformas han sido destinadas a racionalizar y priorizar las prestaciones sanitarias públicas, delimitando las prestaciones de acuerdo con criterios de coste-efectividad. <p>En el año 1995 se publicó el decreto de prestaciones, en el cual, salvo la balneoterapia, el psicoanálisis, los trats. Dentales y el cambio de sexo entra todo en ese catálogo público.</p> <p>Por otro lado las prestaciones aumentan constantemente, toda nueva incorporación es financiada, y lo peor es que las nuevas tecnologías no sustituyen a las anteriores (Véase TAC, RMN, PET). La limitación de las prestaciones para contener el gasto tendría que ser a través del establecimiento básico de prestaciones de financiación pública y un paquete complementario que se financiaría en función de la renta personal. De todas maneras esto también sería muy complicado de afrontar y no sería decisión de un solo partido político.</p>
Navarra	N.C.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilización adecuada de las tecnologías sanitarias existentes y de nueva aparición. ✓ Cambios sociodemográficos en la población, envejecimiento, etc.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planificación de las necesidades de la atención que se realiza de forma concertada con entidades privadas. ✓ Tendencia a la contención del gasto público y al crecimiento de los costes de los servicios sanitarios. ✓ Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
Valencia	<p>En nuestro país se ha pasado en los últimos años de un modelo de financiación de la sanidad basado en las cuotas de la seguridad social a uno basado en impuestos generales. En líneas generales el gasto sanitario en nuestro país, alrededor del 7% del PIB, no esta entre los más altos de nuestro entorno. Se estan aplicando nuevos modelos de gestión dirigidos a garantizar la sostenibilidad del sistema con la utilizando de recursos públicos y privados garantizando la gratuidad, equidad y accesibilidad.</p> <p>Sin embargo debemos afrontar diversos retos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aparición de nuevos colectivos. ✓ Envejecimiento progresivo de la población, especialmente importante en nuestro país. ✓ Aparición de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. ✓ Progresiva desaparición del cuidador familiar. ✓ Cambios en la estructura de la familia.

3.1.5 Cambios políticos previstos

- a. *Describe, si los hubiere en la Comunidad Autónoma, los cambios previstos en materia de sostenibilidad de la asistencia sanitaria, especialmente las iniciativas destinadas a la prestación de asistencia sanitaria a las personas de edad avanzada.*

Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Está previsto un plan de atención sociosanitaria. ✓ Acaba de aprobarse un Plan de Ayuda a la Familia que establece varios tipos de ayuda a las familias andaluzas donde conviven personas mayores, sobre todo cuando éstas tienen problemas de salud y dependencia, como Alzheimer, etc.
Aragón	La sostenibilidad de la asistencia sanitaria viene determinada por su financiación y por las prestaciones que se ofrecen. Ambas dependen de criterios de ordenación a nivel estatal, que no son competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma.
Asturias	<p>En este sentido no hay nada distinto a lo contenido en el punto anterior. Nuestro sistema es equitativo y accesible tanto para las personas mayores como para el resto de la población.</p> <p>No obstante, el principado de Asturias es una de las regiones más envejecidas de la Unión Europea, por lo que es preciso que el sistema sanitario se estructure y organice para dar respuesta a estas nuevas necesidades, estableciendo políticas de cuidados para los enfermos crónicos, los discapacitados, y todos aquellos que las precisen orientadas a su inserción social y familiar.</p>
Baleares	N.C.
Canarias	N.C.
Cantabria	N.C.
Castilla la Mancha	Se pretende hacer un gasto mas adecuado en función de la necesidad real del paciente. Se apuesta por una racionalización del gasto, mejorar la atención sociosanitaria.
Castilla y León	No existen, en este momento, cambios previstos, sin perjuicio de lo que se pueda disponer en el ámbito estatal respecto de la regulación del Seguro de Dependencia y la consiguiente adecuación de las normas sobre Seguridad Social en España de manera que se produzca una adecuada articulación de la dependencia, no necesariamente ligada a los avatares de la vida laboral, como objeto de la acción protectora del Sistema.
Cataluña	La potenciación de la coordinación entre niveles y completar el desarrollo de la red de servicios

	sociosanitarios son los principales aspectos ara el futuro.
Extremadura	N.C.
Galicia	Las medidas previstas en función de garantizar la prestación de la asistencia sanitaria que podemos tomar como Comunidad Autónoma son seguir con las de mejora de la gestión de los recursos y prestaciones, otro tipo de medidas se tiene que tomar a nivel general.
Navarra	N.C.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo y mejora de las actividades relacionadas con la promoción de la salud (Oferta Preferente de servicios) en los servicios de Atención Primaria. ✓ Priorización de los problemas de salud con un mayor impacto (morbilidad, mortalidad, etc.) como son las actividades relacionadas con el área de la patología oncológica y cardiovascular, estableciendo planes asistenciales específicos y desarrollando planes de contratación de los mismos. ✓ Desarrollo del espacio sociosanitario de forma coordinada con las organizaciones que comparten responsabilidad en este tema. ✓ Análisis y estudio de las actuales modalidades de financiación de los servicios y valorar modalidades alternativas que favorezcan una mayor eficiencia en la contratación y prestación de servicios sanitarios. ✓ Valoración de la actual Cartera de Servicios y establecimiento de procedimientos normalizados para la incorporación de nuevas prestaciones o nuevas tecnologías sanitarias. ✓ Desarrollo de las políticas de calidad (certificación ISO, evaluaciones EFQM) que a la vez de garantizar unos servicios de calidad, introduzcan criterios de eficiencia y satisfagan las expectativas de los usuarios en su relación con los servicios sanitarios. ✓ Búsqueda de nuevas fuentes de financiación, impuestos sobre tabaco, etc.
Valencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación de nuevos modelos de gestión en nuestro entorno sanitario como la concesión administrativa y los Consorcios con otras administraciones públicas. ✓ Potenciación de la Hospitalización a Domicilio. ✓ Implicar a la atención primaria en el seguimiento y control del anciano frágil y del enfermo terminal. ✓ Creación de las Unidades y Servicios Sociosanitarios. ✓ Desarrollo del Plan Sociosanitario. ✓ Creación de la Agencia Valenciana de Atención Sociosanitaria.