



LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)

Estudio Delphi

Gregorio Rodríguez Cabrero

Pilar Rodríguez Rodríguez

Omar de la Cruz Vicente

Antoni Vilà i Mancebo

José Antonio López Trigo

ÍNDICE

Resumen	Pag. 3
1. Justificación del estudio	Pag. 6
2. Objetivos y metodología	Pag.12
3. Acceso, organización y planificación de los CLD. El papel de la familia cuidadora	Pag.18
4. La atención centrada en la persona	Pag.39
5. Un modelo sostenible de CLD	Pag.52
6. Una visión prospectiva de los CLD bajo la lógica del modelo de AICP	Pag.57
7. Referencias bibliográficas	Pag.65
8. Anexos:	Pag.71
1.Cuestionario	Pag.71
2. Indicadores generales y segmentación	Pag.87
3.Segmentación del pronóstico de realización de las medidas	Pag.100
4. Opciones entre medidas	Pag.113
5. Personas participantes en el Delphi	Pag.119

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

C/ Príncipe de Vergara, 57

1º B Esc. Drcha.

28006 - MADRID

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar el grado de acuerdo existente entre una muestra significativa de expertos sobre diferentes aspectos de los cuidados de larga duración (CLD) y, de manera concreta, sobre el modelo de Atención Integrada y Centrada en la Persona (AICP).

Para ello se ha optado por la técnica Delphi en dos rondas entre una muestra inicial de 121 personas de las que, finalmente, participaron un total de 71, entre las que se encuentran profesionales de la sanidad (12) y de los servicios sociales (11), responsables públicos (9), directivos de entidades mercantiles y de la economía social proveedoras de servicios (14), expertos y académicos (20) y representantes de organizaciones de personas mayores y de personas con discapacidad (5).

La consulta ha planteado a los expertos tres grupos de cuestiones: a) en relación con la atención integrada, se pregunta sobre el acceso, organización y planificación de los CDL, así como el papel de la familia cuidadora; b) respecto a la atención centrada en la persona, se recoge información sobre facetas que afectan al desarrollo del modelo de AICP (autonomía de las personas en situación de dependencia, valoración de la calidad de vida, planes personalizados de atención, el profesional de referencia, el gestor del caso y el rol de los profesionales; c) el tercer y último grupo de cuestiones se refiere a algunos problemas relacionados con la sostenibilidad de los CLD.

En relación con las diferentes cuestiones se ha indagado tanto en el apoyo a las diferentes propuestas como en el pronóstico de realización a lo largo de diferentes intervalos de tiempo.

Entre los resultados obtenidos destacamos las siguientes:

1. Los participantes en la encuesta Delphi manifiestan, en general, un elevado grado de acuerdo con las medidas propuestas presentadas por el grupo de trabajo, que parecen coincidir con los deseos y la experiencia profesional de la gran mayoría. En general, en una escala de 1 (mínimo acuerdo) a 5 (máximo acuerdo), en la mayoría de las cuestiones la mediana se sitúa entre el 4 y el 5. De treinta preguntas la mediana se sitúa en el 5 en quince de ellas y en el 4 en las restantes. En cuanto al consenso en segunda ronda, la dispersión de las respuestas entre los diferentes colectivos que conforman el grupo es muy baja.
2. El elevado grado de consenso sobre las medidas propuestas contrasta con un pronóstico pesimista o medio plazo en la realización de las mismas cuya explicación se encuentra parcialmente en los comentarios adicionales que han hecho los participantes. En general,

son los profesionales de los servicios sociales los que manifiestan un mayor pesimismo en la realización de las propuestas, seguramente porque su experiencia en el desarrollo de la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD) les ha hecho experimentar las dificultades de su desarrollo en el marco de los servicios sociales de las Comunidades Autónomas.

3. En cuanto al acceso, organización y planificación de los CLD, así como al papel de la familia cuidadora, hay que destacar el acuerdo casi unánime en la necesidad de avanzar hacia un baremo único de valoración de la dependencia y un sistema de información, si no único, al menos que pueda ser compartido entre los sectores sanitario y de los servicios sociales, avanzar en la unificación de las áreas territoriales de atención, crear entornos favorables en las residencias caminando hacia el modelo hogar, favorecer la atención en el domicilio y priorizar los servicios sobre las prestaciones monetarias no vinculadas a los servicios. La participación de las familias cuidadoras debe ser central en los CLD, no sólo como cuidadores sino, sobre todo, como acompañantes para apoyar su autonomía y retrasar o disminuir situaciones de dependencia evitables; para ello, se considera como objetivo prioritario el de apoyar, reconocer y formar a los cuidadores familiares.
4. La atención centrada en la persona logra un elevado grado de consenso sobre aquellos factores que constituyen la esencia del modelo. Así, el grupo manifiesta un elevado consenso en cuanto a reforzar la máxima autonomía en la toma de decisiones de las personas en situación de dependencia; también la importancia de evaluar con instrumentos adecuados la calidad de vida de las personas; la disponibilidad de un profesional de referencia en centros o de un gestor del caso a nivel domiciliario cuya intervención se base en la elaboración de una historia de vida y de planes personalizados de atención. Ello supone definir nuevos roles profesionales, así como redefinir y reforzar aquellos que mejor pueden contribuir al desarrollo del modelo.
5. La sostenibilidad de los CLD requiere no tanto de una integración de recursos sanitarios y de los servicios sociales cuanto una más eficiente coordinación y asignación conjunta en las prestaciones de los CLD, ya que la integración puede ser compleja desde el punto de vista institucional y organizativo.
La financiación del modelo de CLD tiene que basarse en un modelo de suficiencia y estabilidad, del que forma parte el copago. Cómo debe

ser este copago no es tema que concite un elevado consenso y sí, por el contrario, un modelo público de financiación que garantice los CLD y, en general, los servicios públicos. Una vía para verificar la sostenibilidad de los CLD a largo plazo y, en concreto, de la aplicación de un modelo de AICP, sería mediante la evaluación de las experiencias existentes con el fin de conocer sus costes y sus beneficios.

6. En definitiva, existe un elevado grado de consenso en relación con las medidas propuestas para el perfeccionamiento de los CLD y para el desarrollo del modelo de AICP. Sin embargo, la experiencia de la implantación de la LAPAD, la complejidad institucional que incide en el desarrollo de los CLD y el impacto de la crisis económica, son factores que subyacen en un pronóstico cauteloso, cuando no pesimista, a la hora de considerar su aplicación. Todos los cambios propuestos son a medio (entre 5 y 6 años) e incluso a largo plazo (más de 6 años). Este desequilibrio entre un muy elevado grado de consenso en cuanto al desarrollo de un modelo robusto y de calidad (la AICP) de los CLD y el pronóstico de su lenta y compleja realización en el futuro debe ser objeto de una indagación posterior que, al analizar sus causas, contribuya a eliminar las barreras que frenan su aplicación.

1. Justificación del estudio

La iniciativa de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) de abordar un estudio sobre cuidados de larga duración (CLD) a personas mayores responde, en primer lugar, a las necesidades derivadas del fenómeno del envejecimiento y sobre-envejecimiento de la población y al cambio inherente al mismo que se está operando en la morbilidad de las personas de avanzada edad, con un notable incremento de enfermedades crónicas y situaciones de dependencia.

Según las proyecciones demográficas del INE (2014), el porcentaje de población española de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 18,2%, pasará a ser del 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064. Pero el crecimiento más llamativo se producirá, además, entre los mayores de 80 años, grupo en el que se concentra la mayor parte de las situaciones de cronicidad y dependencia, como es bien conocido. En el periodo de tiempo considerado en esas estimaciones del INE, el número de personas de 80 y más años se habrá triplicado incrementándose en 6,2 millones de personas.

Por otra parte, el interés investigativo de la SEGG responde también al reto de ofrecer propuestas que ayuden a reorientar los modelos tradicionales de atención, que no siempre respetan y fomentan la autonomía y la dignidad de las personas, obligando a éstas a adaptarse a los servicios existentes en lugar de que sean los servicios los que se adapten mejor a las personas, sus gustos, sus preferencias, y sus proyectos y estilo de vida.

Cada vez hay más consenso sobre la necesidad de aplicar modelos integrales y basados en la atención centrada en la persona a quienes precisan de apoyos o cuidados de larga duración. Las transformaciones mencionadas, junto a otros cambios sociales, han modificado radicalmente nuestra sociedad y las necesidades de las personas, lo que nos aboca a redefinir, por obsoletas, algunas de nuestras políticas actuales; en concreto aquellas que se dirigen a las personas mayores y las que se encuentran en situación de dependencia. En definitiva, nos encontramos con nuevos problemas y viejas políticas (Subirats, 2011), con nuevas necesidades y riesgos y viejas herramientas para solucionarlos. Por esta razón, este estudio pretende contribuir a buscar nuevos modos de intervención para dar respuesta a los nuevos riesgos sociales.

En este sentido, diversos organismos internacionales (como la OCDE, la OMS o la UE) vienen insistiendo en la necesidad de realizar cambios que garanticen una atención de calidad y que, al tiempo, se vele por la sostenibilidad de los sistemas de protección social. Cuestiones como la integralidad de las acciones, la coordinación de los sistemas de protección social y que las intervenciones se centren en las preferencias de las personas, constituyen el núcleo de las recomendaciones tanto de esos

organismos como de la comunidad científica en su conjunto, por haberse demostrado que “genera beneficios tanto a las propias personas como a los/as profesionales, las familias y a los sistemas de protección social”(1).

Dentro de este marco, se ha definido la AICP como aquella que “promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva” (Rodríguez, 2013). Hay que recordar que este enfoque se sitúa dentro del cambio de paradigma que tuvo lugar en 2006, cuando la Asamblea general de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Bajo este paradigma las personas mayores en situación de dependencia forman parte del colectivo de personas con discapacidad.

La citada Convención ha sido informada y ratificada por España y, por tanto forma parte del derecho español. La misma es tajante y clara en relación a los sistemas de atención ya que establece como principios básicos, entre otros, el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad. Además introduce el concepto de ajustes razonables (modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales), cuya denegación supone una discriminación.

Pero muchas de las personas que sufren una situación de dependencia tienen dificultades para conocer y obtener los recursos y apoyos a los que podrían acceder: los servicios sociosanitarios están dispersos y descoordinados; los privados o se desconocen o resultan inalcanzables. Por otra parte, tampoco los cuidadores/as del ámbito familiar cuentan siempre con la formación suficiente para cuidar debido a que suelen desconocerse las claves para el buen cuidado y el autocuidado pese a los enormes esfuerzos, horas de dedicación y renuncias que realizan.

Precisamente son los aspectos relacionados con la coordinación o integración de recursos formales así como su complementariedad con los cuidados que suministra la familia los que se señalan por la comunidad científica y los organismos internacionales como claves para resolver uno de los desafíos mayores de las sociedades modernas: el incremento sin

¹ Véase, p.ej. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* y *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence*, ambas publicadas por la OMS en 2015.

precedentes de las personas que requieren ahora y necesitarán en el futuro cuidados de larga duración (OCDE, 2011, 2013; UE, 2008, 2012; Leischenring K et al, 2013, OMS, 2015 a y b)

Cómo hacer esto factible es el reto. Por lo que se refiere a España, existe una considerable producción de documentos, planes, estrategias, etc. tanto a nivel estatal como de las CC.AA. que plantean y tratan de definir la formulación de políticas que garanticen esa atención sociosanitaria coordinada (o integrada) y su complementariedad con el apoyo familiar, si bien, hasta el momento, no se han logrado concretar en la realidad las fórmulas adecuadas para generalizar un modelo que resulte aceptable por todas las partes y sectores implicados (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011, 2014; Gobierno Vasco, 2010; Herrera et al, 2004, 2012; Generalitat de Catalunya, 2014; Canal y Vilà, 2015; Serra-Sutton, V. et al,2015).

Por otra parte, se está consolidando en los países más desarrollados en políticas sociales un giro hacia la atención centrada en la persona (Rogers C, 1980; Kitwood T, 1997; Collins J, 2009; Brooker D, 2013), enfoque que exige un cambio radical en la orientación de los cuidados, que deben guiarse por los principios de la ética y la salvaguarda de la dignidad, la autonomía y el ejercicio de los derechos de las personas en situación de dependencia. La aplicación de este modelo exige cambios normativos importantes, ya que el análisis de las leyes, tanto de la LAPAD como de la legislación autonómica, si bien todas ellas proclaman la autonomía de las personas y la personalización de la atención, los reglamentos todavía permanecen anclados en el modelo tradicional compartimentado en servicios en lugar de centrados en las personas. Estos reglamentos son muy rígidos y dificultan, cuando no impiden, la aplicación del modelo.

Sin perjuicio de lo anterior, sí existen experiencias en el ámbito internacional en forma de proyectos piloto en el área de la integración de recursos (PROCARE, PRISMA, SIPA, PACE, CHOICE), que pueden ser inspiradores para España. También en nuestro país se están produciendo experiencias que, aunque aisladas, tienen el interés de contar con positivos resultados de evaluación (Observatorio de modelos integrados en Salud, 2014).

Y también hay modelos consolidados de atención centrada en la persona (ACP), principalmente en los Países Nórdicos, así como en EEUU, Canadá, Escocia Australia, Alemania, Benelux..., que han comenzado ya a aplicarse también en diferentes lugares de nuestro país (Castilla y León, País Vasco, Cataluña, Madrid) con buenos resultados de evaluación, promoviéndose al tiempo un incremento de la producción de publicaciones sobre el modelo (Rodríguez, P., 2010, 2011, 2013, 2015; Martínez, T., 2011, 2013; 2016;

Martínez T et al, 2014; Díaz Veiga et al, 2012, 2014; SEGG, 2014; Rodríguez y Vilà, 2014; Serra-Sutton et al, 2015; Vilà, 2012, 2013).

Combinando ambas dimensiones (integralidad e integración de recursos y atención centrada en la persona) se ha diseñado y propuesto por la Fundación Pilares para la Autonomía Personal el modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP), cuya aplicación se ha llevado a cabo en diferentes experiencias piloto como la promovida por el Gobierno del País Vasco y desarrollada por la Fundación Matía y la Fundación Pilares durante el periodo 2011-2014: el proyecto Etxean Ondo – Domicilios y Entornos (Rodríguez, 2011; Amilibia, 2012). Sus resultados de evaluación muestran mejoras en la calidad de vida de las personas mayores y también en la de sus familias cuidadoras, además de resultar eficaz y costo eficiente para los servicios sociosanitarios de atención, habiéndose identificado también características de innovación y de capacidad transformadora (New Health Fundación, 2014). El modelo AICP, en sus dos dimensiones, se está aplicando en la actualidad en algunos proyectos piloto a personas que viven en sus domicilios. Entre ellos, el programa “Cuidamos contigo” en Madrid (distrito de Chamberí), la atención domiciliaria a personas con necesidades complejas de atención en Vic (Comarca de Osona) y otros programas semejantes (Serra-Sutton, V. et al, 2015).

En cuanto a la metodología más adecuada para trabajar con estos modelos, cuando las personas permanecen en sus domicilios, parece mostrarse en las experiencias ya referidas de fuera y de dentro de nuestro país, que es la que se conoce como de gestión de casos, estrategia que garantiza la continuidad de la atención y el acompañamiento a las personas y familias durante el tiempo que se precisan cuidados de larga duración. Supone un proceso de intervención con acción transversal que facilita el trabajo en red de las diferentes prestaciones sociales públicas, privadas y comunitarias y se entiende como una relación profesional de apoyo y acompañamiento que busca la más adecuada atención, la promoción de la autonomía de la persona y la inclusión social de ésta, dando apoyo también a su grupo familiar y a los cuidadores formales, en sintonía con los principios del modelo.

La gestión de casos desde el ámbito sanitario, que comenzó con el proceso de desinstitucionalización sobre todo en salud mental (Challis D y Davies B, 1986; Ferlie E et al, 1989), ha sido validada en distintas experiencias de atención a pacientes con enfermedades crónicas de alta complejidad clínica, resultando constatado el éxito de las intervenciones que buscan la atención integral, integrada y de continuidad. Desde el ámbito de los servicios sociales, la gestión de casos (más conocida como acompañamiento del caso) es aceptada como una metodología adecuada para realizar un acompañamiento de apoyo al itinerario de atención y al proyecto de vida de la persona y ha sido aplicada sobre todo en ámbitos como la infancia, la

discapacidad y la exclusión social y solo de manera reciente ha pasado a la atención gerontológica. Los resultados de la metodología de gestión de caso, tanto en el ámbito sanitario como en servicios sociales están mostrando su eficacia y eficiencia al producir más bienestar, mejor atención y capacidad de contener costes (Contel et al, 2012; Saizarbitoria, 2014; OMS, 2015).

Pero, sin duda, es la aplicación del enfoque de atención centrada en la persona (ACP) el que más se ha extendido por diferentes territorios de España, tanto en el ámbito de la discapacidad intelectual mediante la aplicación de la Planificación Centrada en la Persona (PCP), como en los recursos de atención a personas mayores (residencias y centros de día, de manera especial). Cabe destacar en este sentido las experiencias piloto desarrolladas en la Comunidad Autónoma de Castilla y León en los últimos cuatro años, que se han promovido y han sido apoyadas por su Gobierno y que han culminado en un cambio normativo que establece, por una parte, el procedimiento de autorización y funcionamiento de los centros de atención a personas mayores (Decreto 2/16, de 4 de febrero) y, por otra parte, la regulación de la acreditación de centros y unidades de convivencia (Decreto 3/16, de 4 de febrero). Y también es de resaltar la experiencia de los centros de personas mayores de Fundación Matía, que ha hecho del enfoque de la ACP su modelo de atención y que está siendo evaluado sistemáticamente con buenos resultados (Díaz-Veiga *et al*, 2012, 2014). Asimismo, en otros lugares, en especial Cataluña y Ayuntamiento de Madrid, existe un interés generalizado por la aplicación de este enfoque tanto por parte de las Administraciones como por profesionales y proveedores de servicios (ver experiencias de buenas prácticas en la Red de Fundación Pilares:

<http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/index.php>.

Con todo, se juzga que necesitamos incrementar este conocimiento sobre nuevas maneras de intervenir basadas en evidencia y de evaluar sus resultados (Martínez, 2016) para poder orientar con garantías de éxito el diseño de un modelo en cuidados de larga duración que pueda ser generalmente aceptado y que haya demostrado ser beneficioso para las personas que los precisan, para las familias cuidadoras, así como para los sistemas de protección social en cuanto a calidad de las prestaciones y su sostenibilidad a lo largo del tiempo.

Todo lo anterior es lo que justifica que desde la SEGG se haya tomado la decisión de elaborar el presente estudio con el fin de que, mediante una metodología rigurosa de consulta interdisciplinar, llegar a un consenso que ayude a fijar el posicionamiento de esta Sociedad científica en cuanto se refiere a los CLD que muchas personas mayores requieren hoy y requerirán

en el futuro: integración y coordinación de recursos (en especial, sociosanitarios), atención centrada en la persona y marcos legales y sostenibilidad, que permitan y favorezcan la implantación del modelo de AICP.

2. Objetivos y metodología

2.1 Objetivos

Este estudio Delphi, promovido por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), tiene como objetivo conocer el grado de consenso o acuerdo sobre diferentes dimensiones de los Cuidados de Larga Duración (CLD) en España en el marco del modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (AICP) y la probabilidad de que las predicciones se puedan desarrollar en un determinado horizonte temporal.

Los CLD o de atención a las personas en situación de dependencia tienen ya un cierto recorrido en España desde la aplicación en 1992 del Plan Gerontológico Estatal. Desde entonces hasta la actualidad se han puesto en marcha otros planes gerontológicos a nivel estatal y autonómico que han contribuido de manera desigual al desarrollo de los CLD. Este desarrollo no sólo ha sido desigual entre territorios sino de baja coordinación debido a varios factores entre los que cabe destacar los siguientes: el bajo grado de desarrollo de los servicios sociales, una coordinación escasa e ineficiente entre los servicios sociales y el sistema sanitario y, no menos importante, las dificultades institucionales y profesionales para desarrollar un modelo de atención integral a las personas en situación de dependencia.

La ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), aprobada a finales de 2006 y aplicada desde el 1 de enero de 2007, ha supuesto un hito en el desarrollo de la atención a la dependencia al reconocer el derecho subjetivo a una serie de prestaciones y servicios, crear un marco de coordinación entre las Administraciones centrales y autonómicas y dotar de recursos importantes para garantizar unas prestaciones mínimas y apoyar las inversiones en servicios. Esta ley y el sistema mediante el que se desarrolla, el sistema de autonomía y atención a la dependencia (SAAD), ha sufrido el impacto de la gran crisis económica y financiera mediante el recorte de una parte de sus presupuestos y la introducción de medidas que limitan el acceso al sistema. Pero, al mismo tiempo, el propio desarrollo de la ley ha generado efectos no previstos, como el sobrepeso de las prestaciones para cuidadores no profesionales, así como dificultades en los protocolos de valoración y de coordinación vertical (entre Administraciones) y horizontal (entre actores sociales y sanitarios) que lastran el desarrollo de modelos de atención integral.

En este sentido la SEGG, al promover este estudio Delphi, pretende contribuir a una futura actualización y ordenación del SAAD y, sobre todo, a favorecer el desarrollo de un modelo AICP en todo el ámbito del Estado, si bien la concreción de este modelo necesariamente adoptará sus diferencias

territoriales en función del ámbito institucional, la estructura de recursos y el grado de coordinación e incluso integración entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.

2.2 Metodología

a) Fase previa de diseño de la realización del estudio

La Junta Directiva de la SEGG tomó la decisión de proceder a desarrollar este estudio, para lo que se estimó conveniente comenzar por convocar a un grupo de expertos que, como informantes clave, pudiesen orientar con sus sugerencias y propuestas y, en su caso, acordar el tipo de aproximación metodológica a desarrollar.

Dicho grupo de expertos, que fue convocado a una reunión que se celebró el 28 de abril de 2015 estuvo formado por las siguientes personas:

- 1) Lourdes Bermejo García.- Dra. en pedagogía y gerontóloga
- 2) Anna Bonafont Castillo.- Enfermera y antropóloga. Profesora de la universidad de Vic/Universidad Central de Cataluña
- 3) Sabina Camacho Calderón.- Trabajadora Social y Directora de ASISPA.
- 4) Benedicto Caminero Pérez.- Funcionario de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León (coordinador del proyecto *En mi casa*)
- 5) Pura Díaz-Veiga.- Psicóloga e investigadora sobre los enfoques de atención centrada en la persona en residencias. Matía Instituto.
- 6) José Augusto García Navarro.- Geriatra y Director General del Consorci de Salut i Social de Catalunya
- 7) Emilio Herrera Molina.- Médico. Presidente de la Fundación New Health.
- 8) Víctor López García.- Médico. Representante de la UDP - Madrid
- 9) José Antonio López Trigo.- Geriatra. Presidente de la SEGG
- 10) José Manuel Marín Carmona.- Geriatra. Responsable programas Ayuntamiento de Málaga y Presidente de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología.
- 11) Teresa Martínez Rodríguez.- Psicóloga, gerontóloga y doctora en Ciencias de la Salud. Principado de Asturias.
- 12) Luisa Fernanda Navarro.- Directora de Residencia. Coordinadora del Grupo de Calidad de la SEGG.
- 13) Manuel Nevado Rey.- Psicólogo. Colegio de Psicólogos de Madrid.
- 14) Txema Odriozola.- Presidente de la Federación de Jubilados del País Vasco.
- 15) Mercé Pérez Salanova.- Psicóloga gerontóloga y Doctora en Psicología. Diputación de Barcelona y Universidad Autónoma de Barcelona.

- 16) Primitivo Ramos Cordero.- Geriatra. Responsable asistencial de los centros de atención a la dependencia de la C.A.M. de Madrid y Secretario General de la SEGG.
- 17) Clarisa Ramos Feijóo.- Trabajadora Social y Doctora en Trabajo Social de la Universidad de Alicante, especialista en intervención social comunitaria.
- 18) Natalia Roldán Fernández.- Psicóloga y Directora de EULEN, Servicios Sociosanitarios.
- 19) Gregorio Rodríguez Cabrero.- Doctor en Ciencias Económicas, Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá.
- 20) Pilar Rodríguez Rodríguez.- Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación. Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal y Vicepresidenta de Gerontología de la SEGG
- 21) Mayte Sancho Castiello,- Psicóloga. Directora científica de Matía Instituto.
- 22) Pilar Serrano Garijo.- Geriatra. Responsable de Área de la Dirección General de Atención a Mayores del Ayuntamiento de Madrid.
- 23) Toni Vilà i Mancebo.- Licenciado en Derecho y Doctor en Pedagogía. Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP) de la Universidad Autónoma de Barcelona.

El grupo de expertos estuvo presidido por

- El Presidente de la SEGG.
- La Vicepresidenta de Gerontología de la SEGG
- El Asesor Científico invitado, Prof. Rodríguez Cabrero

Como resultado de esta reunión se acordó elaborar un estudio Delphi, con el fin de poder consultar a un grupo mayor de expertos y aprovechar las características de esta aproximación metodológica que pretende predecir de manera anticipada acontecimientos futuros, vaticinando, además, diferentes escenarios temporales en los que las diferentes medidas puedan llevarse a efecto.

Por otra parte, se solicitó apoyo a los miembros de este grupo, que quedó conformado como grupo promotor, para componer de manera colaborativa una muestra idónea de expertos y garantizarnos, así, además de la interdisciplinariedad de las miradas y cierta representatividad territorial, un número suficiente de entrevistados para poder extraer conclusiones válidas. De este modo, cada uno de los miembros del grupo promotor propuso algunos nombres de personas expertas en el ámbito de los cuidados de larga duración con conocimiento y experiencia, bien en el ámbito de la integralidad, o integración y coordinación de servicios o bien lo fueran en de atención centrada en la persona.

Finalmente, el grupo de expertos debatió y consensuó las dimensiones o áreas principales a incluir en el cuestionario, así como la segmentación del análisis teniendo en cuenta los siguientes colectivos:

1. Expertos del ámbito Sanitario (planificación, gestión o asistencia).
2. Expertos en Servicios Sociales (planificación, gestión o intervención).
3. Expertos decisores del Sector Público Autonómico y Local, así como de la Administración General del Estado (AGE).
4. Expertos proveedores de servicios (tanto del sector mercantil como de la economía social o no lucrativa).
5. Expertos de la investigación social (tal como demógrafos, sociólogos, psicólogos, geriatras o gerontólogos, en general).
6. Representantes del movimiento asociativo de personas en situación de dependencia.

b) Fase de realización del estudio Delphi

El doble objetivo de esta investigación – grado de consenso sobre determinadas dimensiones de los CLD y el pronóstico sobre su posible realización en el futuro -, se basa en la utilización de la metodología Delphi, una técnica de investigación prospectiva de gran utilidad para analizar y comprender tendencias de futuro en base a la recogida de opiniones en varias rondas, normalmente dos, entre una muestra significativa de expertos.

En este estudio, la técnica Delphi es útil tanto para predecir el grado de deseo o acuerdo del grupo de expertos sobre diferentes dimensiones de los CLD y del modelo de AICP, como para conocer el posible momento temporal en que consideran pueden producirse.

La elección final de la muestra significativa de expertos fue de **121 personas**, a las cuales se les envió el cuestionario en la primera ronda, siendo el número final de participantes que han contestado el cuestionario, tanto en la primera ronda como en la segunda, de **70 personas** (ver **Anexo 5**). Además de los seis colectivos antes mencionados, se han tenido en cuenta los criterios de género, los colectivos de atención o cuidados y el nivel territorial, de modo que los resultados reflejen de la manera más significativa posible el conocimiento experto.

El cuestionario (ver **Anexo 1**), probado entre varios expertos antes de su aplicación definitiva, se divide en tres bloques: a) En primer lugar, un bloque de preguntas dirigido a conocer las posibilidades de desarrollo de la

atención integral en los CLD indagando en los problemas de acceso al sistema, la organización de los cuidados, la planificación participativa y el rol de los cuidadores familiares; b) un segundo bloque de preguntas referidas en concreto al enfoque de la atención centrada en la persona, analizando algunos de sus elementos clave, como son la autonomía y libre elección de las personas, la historia de vida, los planes personalizados de atención y el rol de los profesionales; c) el tercer bloque aborda de manera selectiva algunos de los problemas de la financiación y sostenibilidad del modelo de AICP.

La mayoría de las preguntas del cuestionario Delphi tienen una misma estructura con tres niveles:

- El grado de acuerdo con una propuesta a elegir en una escala de 1 (máximo grado de desacuerdo) al 5 (máximo agrado de acuerdo).
- Para aquéllos que han elegido una opción entre el 3 y el 5, es decir, que están de acuerdo en menor o mayor medida, se les ha pedido la elección o pronóstico del escenario temporal en el que podría producirse el cambio o aplicación de la propuesta mediante una escala temporal como la siguiente: menos de 3 años, entre 3 y 5, de 6 a 8 años y más de 8 años.
- Finalmente, en todas las preguntas se abre la posibilidad de que el entrevistado haga comentarios sobre sus respuestas, lo cual permite reforzar o aclarar cualitativamente las mismas.

También se ha considerado en algunas preguntas del cuestionario la elección de 3 opciones o actuaciones entre una batería de propuestas en relación con la prevención (p.5), cambios en la LAPAD (p.11), la preferencia entre prestaciones económicas y servicios (p.12), medidas de apoyo a las familias cuidadoras (p.18) y el posible contenido de una ley de derechos y deberes de las personas en situación de dependencia (p.19).

En cuanto al análisis de la información y dado que la técnica Delphi se orienta a la búsqueda del máximo grado de consenso de los participantes, los resultados se presentan bajo la forma de los siguientes valores estadísticos: por una parte la **mediana**, con el fin de evitar un peso excesivo de las respuestas que se sitúan en los extremos; por otra parte, mediante los **cuartiles** con el fin de poner de manifiesto la dispersión, siendo el primer cuartil o Q1 el valor que está por debajo del que se sitúa el 25% de los valores y el Q3 el valor situado por encima del 75% de los valores.

La estabilidad de las respuestas entre ambas rondas se valora mediante el porcentaje de respuestas situadas en un intervalo de la mediana +/- que sea superior al 80% entre ambas rondas y, sobre todo, mediante la variación relativa de la mediana entre ambas rondas ($VRMed = [mediana$

ronda 2 - mediana ronda 1]/mediana ronda 1) de modo que unos valores próximos a cero significan una alta estabilidad en las respuestas.

Finalmente, el grado de consenso entre los expertos o convergencia de las respuestas se mide mediante el **rango intercuartílico** ($[Q3-Q1]/$ Mediana) de modo que cuanto más se aproxima al 0, mayor es el nivel de consenso.

Los resultados del análisis se presentan en el apartado 8 (Anexos):

-En el **Anexo 2** se encuentran los resultados generales de cada pregunta: mediana de cada una de las rondas, las desviaciones por cuartiles y el rango intercuartílico general de la ronda 2, tanto a nivel de resultados generales como por cada uno de los seis grupos en que se ha segmentado el colectivo de personas consultadas.

-En el **Anexo 3** se encuentran las respuestas que se refieren al pronóstico de realización de una medida o cambio de cada una de las preguntas, referido siempre a aquéllos que han contestado 3 o más en la escala del 1 al 5. Estos resultados, generales y por colectivos, se presentan tanto en términos absolutos como porcentuales.

- En el **Anexo 4** se encuentran los resultados de las preguntas (5, 11, 12, 18 y 19) en las que se ha pedido la elección de 3 opciones como máximo dentro de una batería amplia de posibilidades.

3. Acceso, organización y planificación de los CLD. El papel de la familia cuidadora

El desarrollo de un sistema de integración de servicios que facilite el acceso a los CLD de la manera más efectiva posible se aborda mediante el análisis de cuatro problemas que afectan a su logro y efectividad: acceso al sistema, organización, planificación y apoyo a las familias cuidadoras.

3.1 El acceso al sistema de CLD

En la consulta sobre el acceso al sistema de CLD se han planteado tres cuestiones a las personas participantes en relación con la ventanilla única, los instrumentos de valoración de la situación de dependencia y los sistemas de información.

¿Cómo debe ser el acceso al sistema de cuidados? En la consulta realizada al colectivo de participantes en el Delphi se pregunta por el modo de acceso a un sistema que garantice la continuidad y adecuación de los servicios a las personas que necesitan CLD. La **ventanilla única** en atención primaria se considera de manera mayoritaria como el medio más adecuado para facilitar un acceso a través del cual llevar a cabo todo el proceso de trámites que requiere la atención. En una escala de 1 al 5 (siendo el 5 el mayor grado de acuerdo y 1 el mayor grado de desacuerdo) la mediana se sitúa en la máxima posición (5). En la segunda ronda de la consulta, más del 93% del grupo consultado ha marcado 3 o más en la escala.

Tal como puede verse en el Anexo 2 y gráfico de la P1 las diferencias entre las dos rondas no son relevantes, tanto a nivel general como de los grupos considerados en la consulta. Dicha estabilidad se constata en el hecho de que comparten un rango intercuartílico cercano a cero.

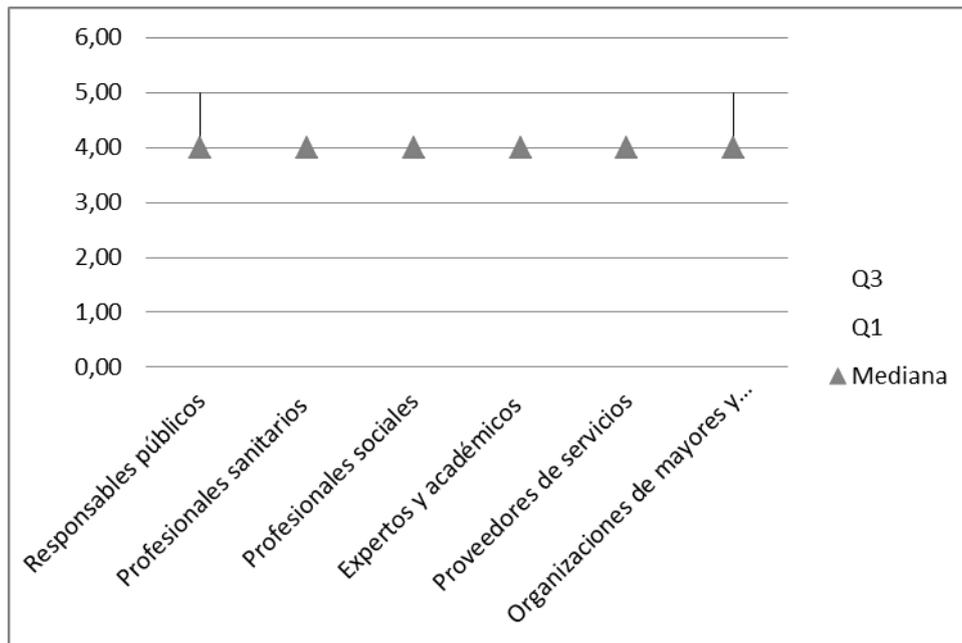


Grafico P1. ¿Considera que establecer una ventanilla única es clave para la atención integrada?

El escenario temporal en el que puede aplicarse el modelo de ventanilla única, varía dentro del colectivo de forma que lo que predomina es el medio plazo: el 19% afirma que es posible realizar dicho cambio en menos de 3 años (el 42,8% en el caso de los proveedores de servicios); la gran mayoría, el 57,3% afirma que dicho cambio será posible en un período de tiempo entre los 3 y 5 años; por el contrario, el 24% afirma que se necesitarán 6 o más años para su implantación. Los problemas de coordinación entre administraciones públicas y entre los diferentes tipos de servicios sociales y sanitarios son mencionados por las personas consultadas como el principal escollo para avanzar hacia la ventanilla única.

Por otra parte, uno de los obstáculos para avanzar hacia un sistema integral de CLD es la diversidad de procedimientos de **valoración: baremo de valoración de la dependencia (BVD) e instrumentos de valoración de la discapacidad o de la invalidez**, objeto de la pregunta 2. Si bien el desarrollo normativo de la LAPAD ha permitido avanzar hacia un protocolo único, en la práctica subsisten métodos diferentes de valoración, como es el caso de la valoración de la discapacidad que se realiza por las CC.AA. o el de la invalidez por parte del sistema de Seguridad Social. La mediana de la respuesta, equivalente al mayor grado de acuerdo (5) nos indica que el grupo de personas consultadas está de acuerdo en caminar hacia un procedimiento unificado. La estabilidad de las respuestas entre las dos rondas, así como entre los diferentes grupos, es muy clara al respecto (ver Gráfico de la P2). Una estabilidad que también se evidencia por un rango

intercuartílico cercano al 0. En este objetivo el acuerdo del grupo es casi unánime

Una parte importante del colectivo consultado (44%) pronostica que esta unificación se puede hacer en un plazo inferior a 3 años, siendo los más optimistas los proveedores de servicios (el 64% afirma que es posible en menos de 3 años). Sin embargo la mayoría cree que se necesitarán de 3 a 5 años (48,6%), que, en el caso de los representantes de grandes organizaciones, alcanza el 60%.

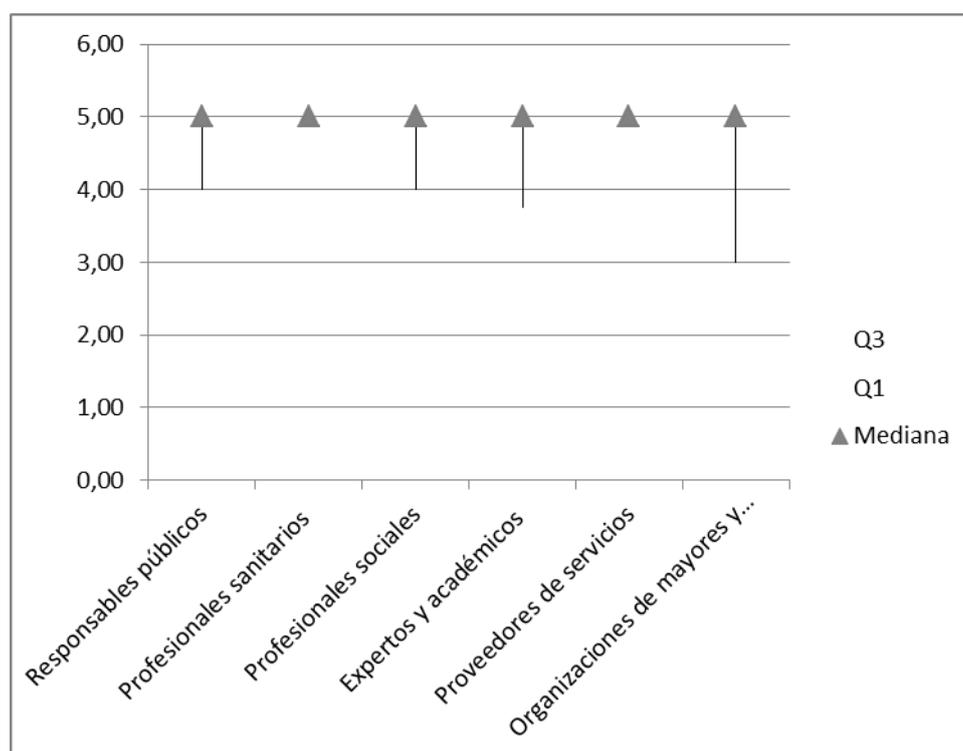


Gráfico P2. Deberían unificarse los procedimientos e instrumentos de valoración de la discapacidad y la dependencia

Finalmente, se ha planteado al grupo si es necesario un **sistema de información único** que integre los datos sanitarios y los sociales. La respuesta es unánime con una mediana de 5 en ambas rondas (ver gráfico 3) y un rango intercuartílico cercano a cero. Esta unanimidad caracteriza a los seis grupos objeto de la consulta.

Pero, como en el caso de la ventanilla única, este objetivo no es fácil de lograr; sólo el 25,3% lo ve factible en un período de tiempo inferior a los 3 años, el 53% entre 3 y 5 años y más de 6 años casi el 21%. Los profesionales de los servicios sociales son los que hacen un pronóstico más pesimista (sólo el 9% de este grupo lo considera factible en menos de 3

años), además de los expertos y académicos (el 15% lo ve factible en menos de 3 años). Sólo los proveedores de servicios son optimistas de que tal unificación sea posible antes de 3 años.

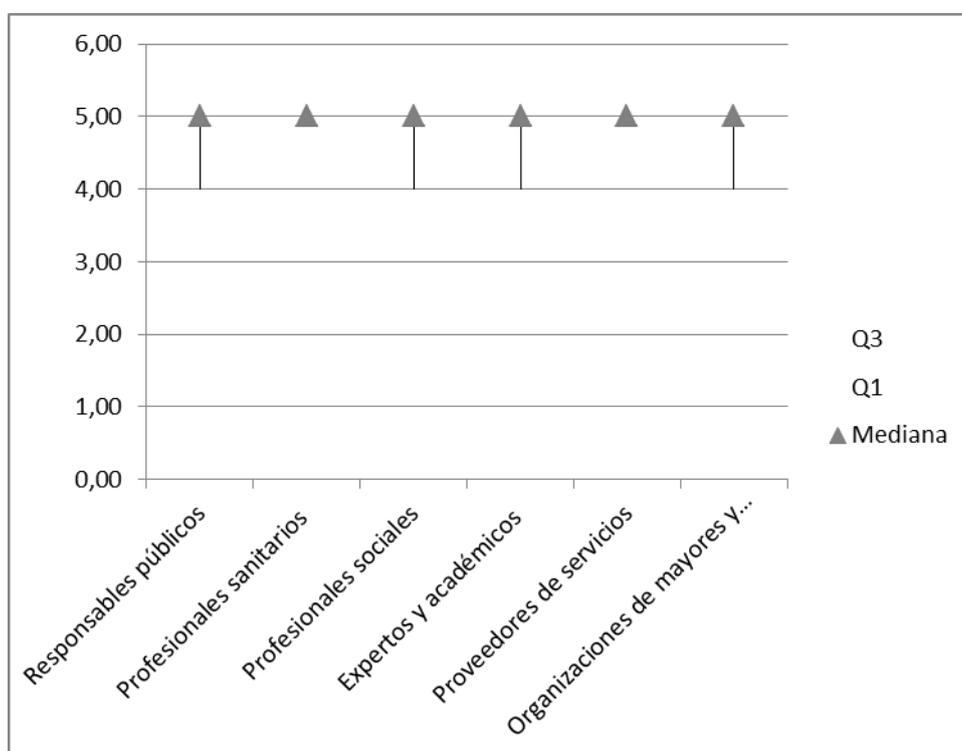


Gráfico P3. ¿Considera necesario contar con un sistema de información unificado social y sanitario?

Estos resultados generales son matizados y cualificados por los responsables, expertos, profesionales y directivos de entidades sociales en la sección de sugerencias y comentarios que se abre después de cada pregunta.

En lo referente a la **ventanilla única** se señala que el despliegue del programa CORA o agenda digital es una de las condiciones técnicas para avanzar en el logro de dicho objetivo, pues no se trata tanto de una ventanilla física sino virtual. Pero, además, en la práctica, la puerta de entrada en el sistema sociosanitario (que no es un sistema como tal sino un espacio complejo de cuidados) es casi siempre el sistema sanitario. En todo caso, la ventanilla única sería la condición de partida para avanzar en la integración de la información social y sanitaria o, al menos, compartir con más efectividad la actualmente existente.

En cuanto al **baremo de valoración de la dependencia** (BVD) se observa por algunos entrevistados del Delphi que no es fácil avanzar hacia un sistema único, tanto por la diversidad de situaciones (caso de los enfermos mentales crónicos), como por las diferencias entre personas con

discapacidad y dependencia, lo cual supone una valoración con objetivos diferentes como son obtener el certificado de minusvalía o el reconocimiento de la situación de dependencia. Y si fuera necesaria la fusión del BVD y el certificado de discapacidad *“debería basarse en la necesidad de que el BVD recoja limitaciones que hoy no recoge”*.

La integración de la información del sector sanitario y del sector de los servicios sociales en un único sistema concita la mayor parte de los comentarios, como en parte era de esperar. En ese sentido, algunas de las personas consultadas señalan que esta integración depende de factores tanto políticos como técnicos. De factores políticos, ya que es necesaria *“una firme convicción política para proceder a estos cambios y también lograr la horizontalidad y el respeto mutuo en la relación y la consideración de los/as profesionales del sector sanitario y del social”*. Pero también de factores técnico-organizativos en la medida en que se *“necesita que la organización de los recursos, la aportación económica y el abordaje de la intervención se planifique de manera conjunta por parte de ambos sistemas de protección social y sanitario”*. Se propone en este sentido, por ejemplo, basar la integración en la metodología “Abucasis” o en otras que puedan contribuir a una integración futura de la información de ambos sistemas, el social y el sanitario.

Pero no todos están de acuerdo con la integración y, por ello, se defiende como alternativa pragmática al sistema único la de *“compartir información”*. La integración se considera por algunos de los informantes como un objetivo imposible dada la diversidad de agentes y administraciones públicas implicadas. Por ello, se propone que ni siquiera es necesario compartir toda la información, solo la necesaria y de manera que sea inter-operativa. Y, sobre todo, avanzar hacia el diseño y aplicación de una biografía sociosanitaria a lo largo de la trayectoria vital de las personas.

En este sentido se afirma que llevará mucho tiempo superar las asimetrías existentes entre los dos sistemas en cuanto a la concepción y materialización de los derechos sociales y sanitarios y la cultura profesional. Por estas razones se considera que quizá no es necesario organizar un sistema único de información sino un sistema compartido entre los agentes participantes.

3.2 Cómo organizar el sistema de CLD

Se ha preguntado a los participantes en el Delphi si una de las condiciones para organizar un eficaz y eficiente sistema de CLD sería avanzar hacia la unificación de las áreas sanitaria y de servicios sociales existentes en cada territorio autonómico y local. La mayoría de las personas entrevistadas apoyan dicha unificación, con una mediana equivalente a 4 en ambas

rondas; sólo en el caso de los profesionales de los servicios sociales, proveedores de servicios y representantes de entidades de la discapacidad y de las personas mayores la mediana alcanza el 5 en las dos rondas (ver Gráfico de la P4), estando muy próximos los profesionales del sistema sanitario. Este menor consenso se constata también en una mayor dispersión del rango intercuartílico de forma que, en el caso de los responsables del sector público y expertos y académicos, alcanza el 0,50, siendo la media del rango 0,25.

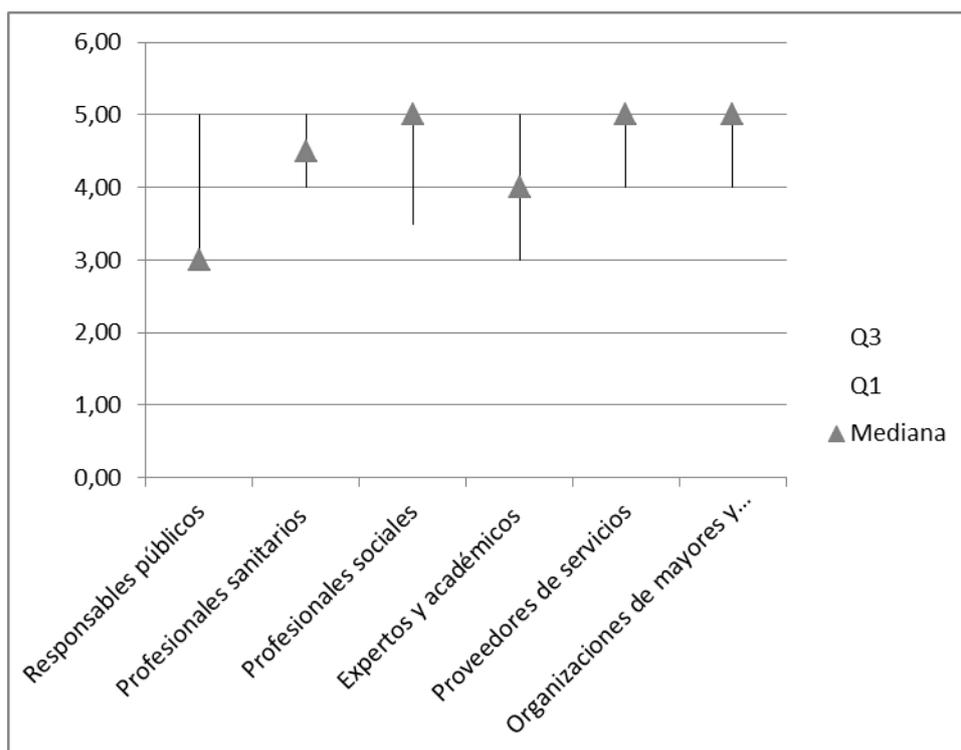


Gráfico P4. Para la atención integrada es preciso unificar las áreas territoriales de salud y de servicios sociales

Sin embargo, de llevarse a cabo la medida, su logro requerirá tiempo ya que dicha unificación sólo la ve factible en un período de tiempo inferior a 3 años el 18% de las personas consultadas, entre 3 y 5 años casi el 48% y más de 6 años el 34%. Solamente los profesionales de la sanidad son más optimistas que el resto (el 25% ven factible el cambio en menos de 3 años), lo que contrasta con el mayor pesimismo de los profesionales de los servicios sociales (sólo el 9% ven factible el cambio en menos de 3 años) y de los responsables del sector público (sólo 12,5% en menos de 3 años).

Una dimensión crucial de los CLD es el relacionado con la **prevención**. Por ello, se preguntó a las personas consultadas cuáles serían las tres

principales actuaciones necesarias, entre una batería de seis, para avanzar en mejoras de prevención. La respuesta es como sigue:

1º Fomentar la autonomía del paciente en sus procesos de salud (paciente activo)

2º Seguimiento y control de las situaciones de fragilidad

3º Promoción de la salud

A distancia se destacan otras como son el fomento de la creación de redes sociales para la participación social, la prevención de enfermedades crónicas y la detección e intervención en situaciones de soledad.

En la atención concreta de casos (valoración, planificación, gestión y evaluación), se pregunta (P.6) si la **Administración Local debería tener un papel relevante**. La mediana en este caso es de 4 en ambas rondas sobre un máximo de 5. Únicamente las entidades proveedoras de servicios, las entidades representativas y los gestores públicos alcanzan una mediana máxima del 5 en las rondas de la consulta (ver Gráfico de la P6).

Aunque el deseo o predicción no es unánime, el pronóstico es optimista ya que el cambio hacia un modelo municipalizado o local de atención es posible en un plazo inferior a 3 años para el 41% de las personas consultadas y entre 3 y 5 años para el 37,7%; para casi el 21% este objetivo no se logrará antes de 6 años. Destaca el hecho de que el 71,4% de los proveedores de servicios lo considera factible en menos de 3 años frente al 20% en el caso de los profesionales de los servicios sociales.

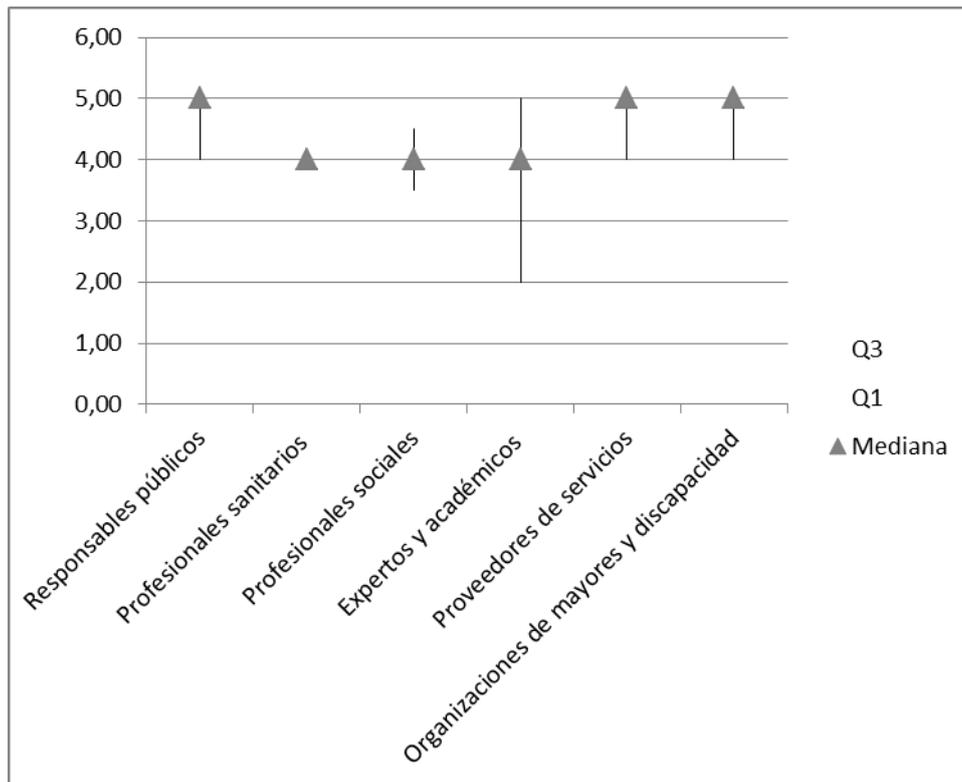


Gráfico P6. La Administración Local debería tener un papel relevante en todo el proceso de intervención de los casos de CLD

Que el enfoque o estilo de **atención debe ser comunitario y transversal** (P.7) es algo asumido de manera unánime. La respuesta, como era de esperar, es muy positiva ya que la mediana alcanza la máxima puntuación: 5 en las dos rondas de consulta, y la media alcanza el 95%. La unanimidad es completa entre los diferentes colectivos, tanto en la primera como en la segunda ronda, la dispersión es nula y el rango intercuartílico es igual a 0 (ver Gráfico de la P7).

Problema distinto es en qué plazo de tiempo se puede lograr este cambio; así, en segunda ronda de consulta sólo el 15,5% de las personas consultadas afirman que se puede lograr en menos de 3 años; entre 3 y 5 años el 42,5% y más de 6 años el 42,2%. En este caso es llamativa la distancia entre el apoyo unánime a la propuesta y el pronóstico muy pesimista de su realización, sobre todo entre los responsables públicos, los profesionales de los servicios sociales y los expertos y académicos.

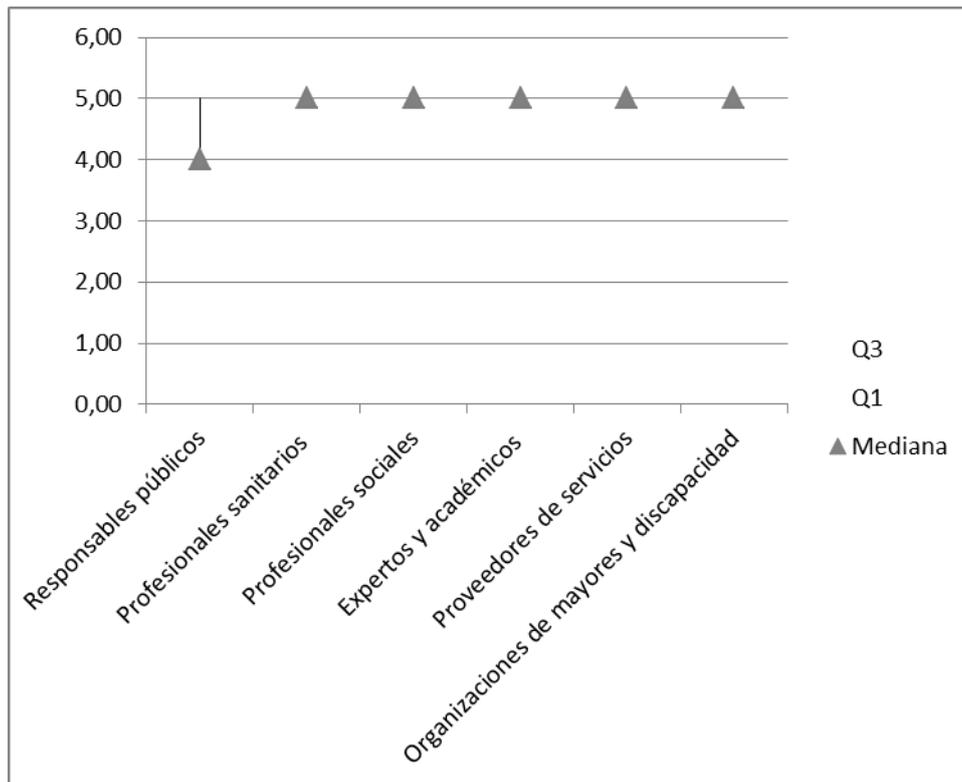


Gráfico P7. El enfoque de la atención ha de ser comunitario y transversal con establecimiento de redes de servicios de proximidad, no solo de servicios sociosanitarios, sino también vivienda, transporte, participación social, educación, comidas y otros servicios a domicilio

En los sistemas de atención a la dependencia existentes en el modelo social europeo la población suele dividirse en **niveles o grados de gravedad**, normalmente en tres niveles pero también en varios más (como es el caso de Francia). En la consulta se indaga si debe estratificarse la población por niveles de dependencia o gravedad y si es necesario determinar criterios y perfiles de casos a la hora de la intervención por equipos sociosanitarios (p.8) en casos de complejidad asistencial. El grado de acuerdo es elevado si bien la mediana es del 4; sólo en el caso de los responsables públicos y los representantes de las entidades proveedoras de servicios la mediana alcanza el 5 en las dos rondas de la consulta (ver Gráfico de la P8). En este caso el rango intercuartílico se aleja del 0 y alcanza el 0,38.

Sin embargo, poco más de un tercio (35%) cree que esta estratificación se podrá llevar a cabo en un plazo inferior a 3 años, el resto en un plazo superior: entre 3 y 5 años para el 40% y el resto en un plazo superior. Los profesionales de la sanidad son los que pronostican en mayor medida (63,6%) que el cambio puede realizarse en menos de 3 años, seguidos de los proveedores de servicios (46%).

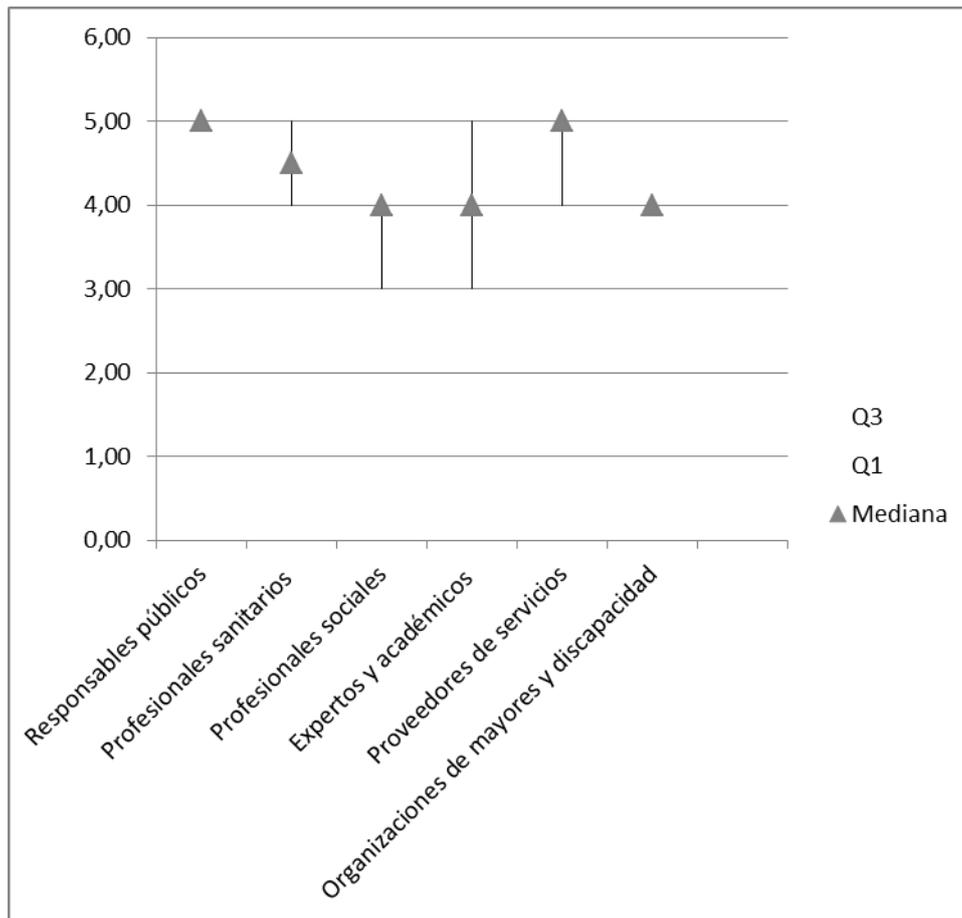


Gráfico P8. En casos de complejidad asistencial, ¿debe estratificarse la población por niveles de dependencia o gravedad de la enfermedad y determinarse criterios y perfiles de casos en los que deben intervenir equipos sociosanitarios?

¿Es necesario que los equipos de valoración de la dependencia dispongan de un **geriatra consultor** como profesional de apoyo? Aunque la respuesta es mayoritariamente positiva, con una mediana del 4 sobre un máximo de 5, sin embargo tal apoyo no es tan rotundo como en los ítems anteriores. La mediana, en segunda ronda, de los responsables públicos está por debajo de 3. En el caso de las organizaciones representativas la mediana es de 5 y en los profesionales de la sanidad es de 4,5. El rango intercuartílico es del 0,50 en el conjunto de la muestra consultada. Sólo en los profesionales de la sanidad este rango es de 0,22 es decir, que están bastante de acuerdo con la propuesta (ver Gráfico de la P9).

Al mismo tiempo el colectivo consultado pronostica de manera relativamente pesimista la realización de la propuesta: un tercio en menos de 3 años, 27% entre 3 y 5 años y casi el 40% más de 6 años. La totalidad de los responsables públicos afirman que la propuesta se realizará en un plazo superior a 6 años y en porcentajes también muy elevados (83,3%) los profesionales de los servicios sociales. Ello contrasta con la previsión

optimista de los profesionales de la sanidad que creen (57%) que esta propuesta se puede realizar antes de 3 años.

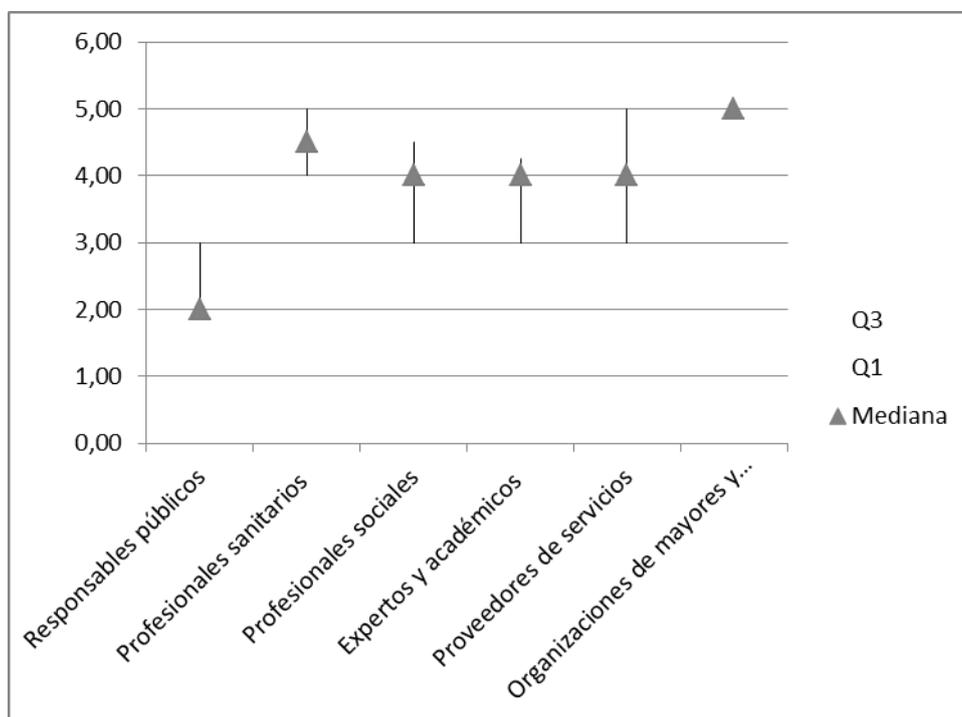


Gráfico P9. ¿Considera necesario que los servicios de valoración de la dependencia dispongan de un geriatra consultor?

El diseño del **entorno ambiental y del hábitat** ha ganado espacio en el análisis sobre las condiciones de vida de las personas en situación de dependencia. El enfoque de intervención social favorable a la lógica residencial o institucional está siendo desplazado por la importancia del hogar familiar, es decir, de vivir en casa hasta donde sea posible, que es el deseo que expresan de manera mayoritaria las personas que precisan cuidados de larga duración. Sin embargo, en ocasiones, y sobre todo cuando se tiene una situación grave de dependencia y se carece del suficiente apoyo familiar, recurrir a una residencia u hogar alternativo en el que se garantice una atención integral seguirá siendo necesario. En estos casos, la tendencia de futuro es lograr alojamientos que se parezcan lo más posible a un hogar, tanto en su diseño arquitectónico y decoración ambiental como en el tipo de actividades que se realizan en ellos.

Las personas consultadas se han posicionado de manera muy favorable con el fin de flexibilizar la normativa actual en favor de este último modelo. La mediana alcanza el 5 en ambas rondas y en todos los colectivos (ver Gráfico P10). Como consecuencia, la dispersión es baja y el rango intercuartílico próximo a cero (0,20).

Pero su logro llevará tiempo: sólo el 18,5% de la muestra afirma que este cambio se puede hacer en menos de 3 años; el 41% afirma que ello será posible en plazos entre los 3 y 5 años y en más de 6 años el 22,8. Los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales son los que hacen un pronóstico a medio (3-5 años) y largo plazo (más de 6 años).

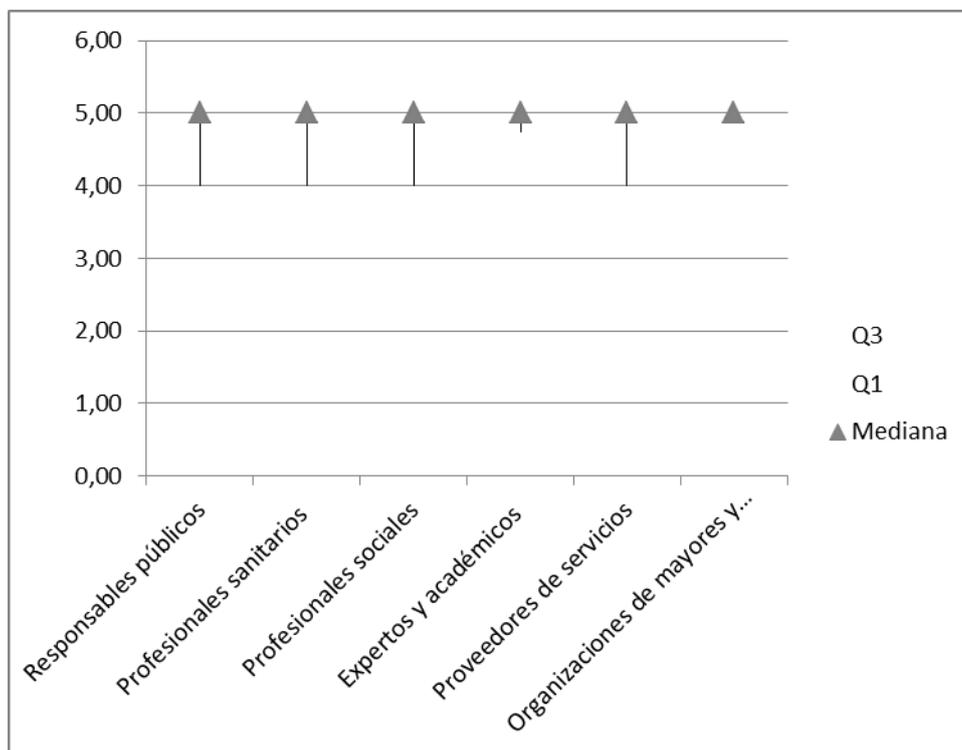


Gráfico P10. El diseño y ambiente de las residencias debe pasar del "modelo institucional" al "modelo hogar"

La Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a la dependencia (**LAPAD**), aprobada a finales de 2006, empezó a aplicarse el 1 de enero de 2007. Su plena implantación ha finalizado en el mes de julio de 2015 ya que la aplicación de la ley a la población en situación de dependencia moderada se ha dilatado en el tiempo. Los recortes financieros y los cambios normativos que ha sufrido el SAAD entre 2012 y 2015, así como las propias dificultades de aplicación del sistema, con diferencias notables entre Comunidades Autónomas, han conducido a un estado de creciente opinión entre expertos y responsables institucionales en favor de una revisión o reforma de la LAPAD. El objetivo de la P.11 es conocer si "debe revisarse la LAPAD".

El grupo consultado se ha decantado de forma rotunda en favor de dicha revisión o perfeccionamiento (97% de la muestra). Se ha planteado al grupo un listado de 13 posibles modificaciones con el fin de que eligiera las

tres más relevantes. Tanto en la primera como en la segunda ronda de la consulta el resultado no ha variado; ordenadas las respuestas según el apoyo del grupo, el resultado en respuesta múltiple es el siguiente:

1. Desarrollar medidas que garanticen el control de la calidad de los cuidados, tanto en centros como en el domicilio;
2. Asegurar la compatibilidad de las prestaciones y servicios para las personas que optan por permanecer en el domicilio;
3. Revisar la financiación y establecer mecanismos de sostenibilidad;

No parece existir una elevada confianza en que tales cambios se puedan producir con celeridad. Sólo el 36,6% de las personas consultadas afirman que se pueden producir antes de 3 años; para la mayoría, el 39,4%, tales cambios se podrán producir entre 3 y 5 años. Más de 6 años serán necesarios para lograr tales objetivos, según el 24% del colectivo consultado. Únicamente la mitad de los responsables del sector público y los profesionales de la sanidad afirma que el cambio se puede producir antes de 3 años, lo que contrasta con el mayor pesimismo de los profesionales de los servicios sociales (casi el 43% afirman que el cambio se producirá en un período de entre 6 y 8 años) y los expertos (el 35,7% de este grupo pronostica un período de entre 6 y 8 años).

Los comentarios adicionales de expertos y responsables se orientan en dos direcciones. Por una parte, y con carácter general, se sostiene la idea de una mayor integración del SAAD en el sistema de servicios sociales superando los desajustes de su desarrollo actual. Pero al mismo tiempo se defiende la idea de una mayor integración del sistema sanitario en el SAAD, si bien no se ofrecen fórmulas concretas sobre cómo debería llevarse a cabo esta integración institucional. Por otra parte, los expertos y responsables destacan la importancia de los servicios y el refuerzo de la atención en el domicilio, siempre que sea posible, frente a las prestaciones monetarias.

Dado el debate recurrente sobre la adecuación y/o la disyuntiva entre las **prestaciones monetarias y los servicios** en la atención a las personas en situación de dependencia, se ha planteado una pregunta específica a la muestra de participantes (la P.12). La LAPAD optó por los servicios como prioridad y por las prestaciones monetarias como excepción. En la práctica, las prestaciones monetarias para el cuidador en el entorno familiar han tenido un peso muy superior al previsto en la ley debido a razones que tienen que ver con la mayor facilidad de la gestión de las prestaciones en comparación con los servicios, el coste (más barato que los servicios) y la respuesta rápida a una demanda social con fuerte arraigo cultural en los cuidados familiares.

Las preferencias de las personas consultadas están en favor del desarrollo de los servicios formales, tanto si se afirma que deben priorizarse (45%), como cuando se afirma que las prestaciones económicas deben estar "vinculadas" al pago de los servicios (42%). Una opción que, sin embargo, no se corresponde con la situación real del SAAD en el que las prestaciones económicas no vinculadas a servicios constituyen casi la mitad de todas las prestaciones que el sistema concede. En una tercera posición (12,7%) está el grupo de las personas consultadas que defiende como prioridad la concesión de prestaciones económicas dejando plena libertad a las personas para que organicen sus propios cuidados.

Los comentarios adicionales del grupo, después de señalar sus preferencias ordenadas, no dejan lugar a dudas de que estamos ante un tema polémico. Pueden reducirse a tres las opciones dominantes:

- a) Una primera opción, mayoritaria como hemos visto, se posiciona con rotundidad en favor de la prestación de servicios (directos o vinculados a prestaciones económicas).
- b) La segunda opción defiende la libertad de elección de la personas entre servicios y prestaciones.
- c) Cabe destacar una tercera posición que sostiene la idea de que la elección de prestaciones, económicas y servicios, debe hacerse de manera conjunta entre el profesional y la persona en situación de dependencia.

La mayoría del grupo consultado afirma que la única vía para garantizar la calidad de la atención es mediante la prestación directa de servicios. En el caso de que la prestación sea vinculada a un servicio "deben establecerse controles sobre su calidad". Unos servicios que deben ser profesionales y prestados con garantía para evitar lo que algunos consideran como una "degradación" de la prestación de los cuidados en el entorno familiar. A la actual situación de la prestación de los CLD en España algunas personas consultadas oponen la experiencia de los países del norte de Europa en los que las "*personas desean una atención profesional...dentro de un ambiente hogareño*". Pero su utilización debe basarse en la "*flexibilidad*" (por ejemplo, en los horarios) y en contar siempre con la opinión de la persona en situación de dependencia y de sus familiares y cuidadores.

Una idea fuerte que recorre los comentarios es que, dado el bajo desarrollo de los servicios de atención a la dependencia en España, a pesar de los avances logrados durante el último decenio, es necesario potenciarlos, en particular "*los servicios formales de soporte en el domicilio y en el entorno comunitario*". Por otra parte, la opción de las prestaciones económicas vinculadas a un servicio no tiene oposición con la condición de que "*se garantice la orientación en el uso de las mismas y la calidad*".

Ello no supone que desaparezca el entorno familiar de apoyo. La prioridad son los servicios formales pero sin olvidar que *“la base de los sistemas de apoyo está en el entorno sociofamiliar de cada persona”*.

Aunque con un peso menor en el grupo consultado, existe una posición que defiende que deben considerarse *“todas las opciones simultáneamente y potenciar la elegibilidad de personas afectadas y familiares”*.

3.3 La planificación participativa

Una preocupación creciente entre los profesionales de los CDL es cómo dar unidad institucional y operativa al sistema de cuidados. En este sentido se ha preguntado (P.13) por la necesidad de establecer una **planificación estratégica** conjunta por parte del Consejo Interterritorial de Salud y el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD. En una escala de 1 a 5 la mediana se ha situado en el 4, tanto en la primera como en la segunda ronda de la consulta, y con apenas diferencias entre los seis colectivos intervinientes en la consulta (ver el Gráfico de la P13). En este caso hay que hablar de un consenso moderado a la baja, sobre todo por parte de los responsables públicos.

La totalidad de los participantes en el estudio Delphi pronostican que el cambio se producirá en un intervalo de tiempo entre 3 y 5 años.

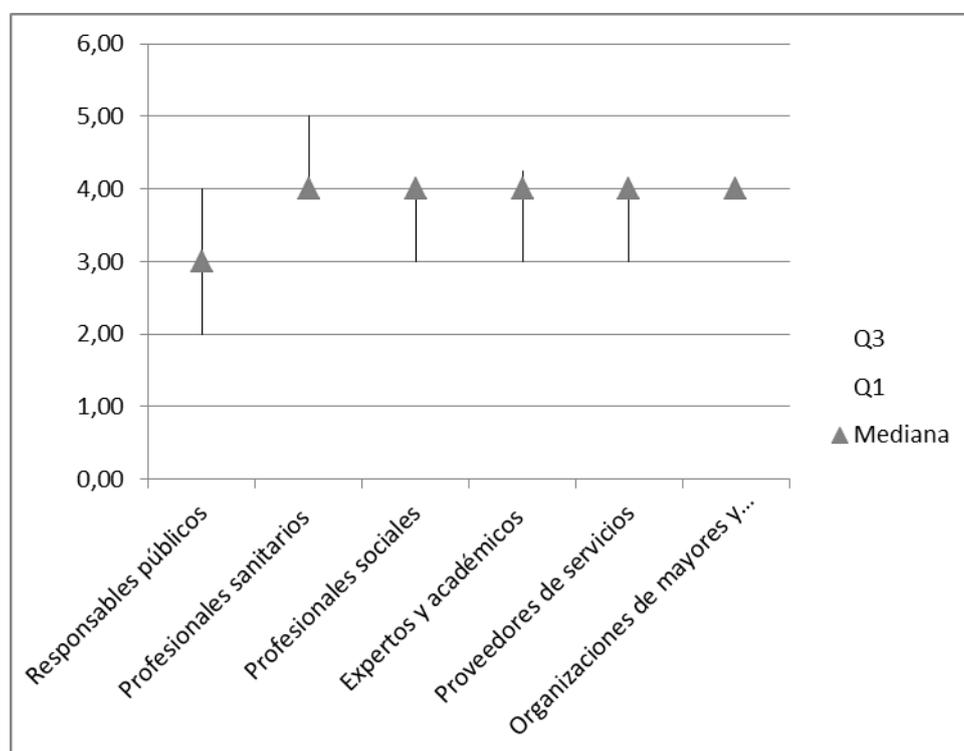


Gráfico P13. ¿Debe desarrollarse la planificación estratégica de los CLD de manera conjunta entre el Consejo Interterritorial de Salud y el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD?

Pero si la **planificación estratégica** a nivel de Estado cuenta con un apoyo importante, aunque matizado, no sucede lo mismo con la planificación operativa a nivel territorial (P.14) que cuenta con un apoyo abrumador, con una mediana de 5 en una escala de 1 a 5 y con el mismo resultado en todos los colectivos de referencia que se analizan. Esta planificación operativa se concibe de una manera ampliamente participativa en la que intervienen todos los agentes concernidos con los CLD.

Como en otras propuestas, el pronóstico de su aplicación es a medio plazo ya que el 63% de todos los consultados lo fían a un período de entre 3 y 5 años, sobre todo los proveedores de servicios y las entidades representativas. En un plazo inferior a 3 años se sitúa el 20% de las personas consultadas.

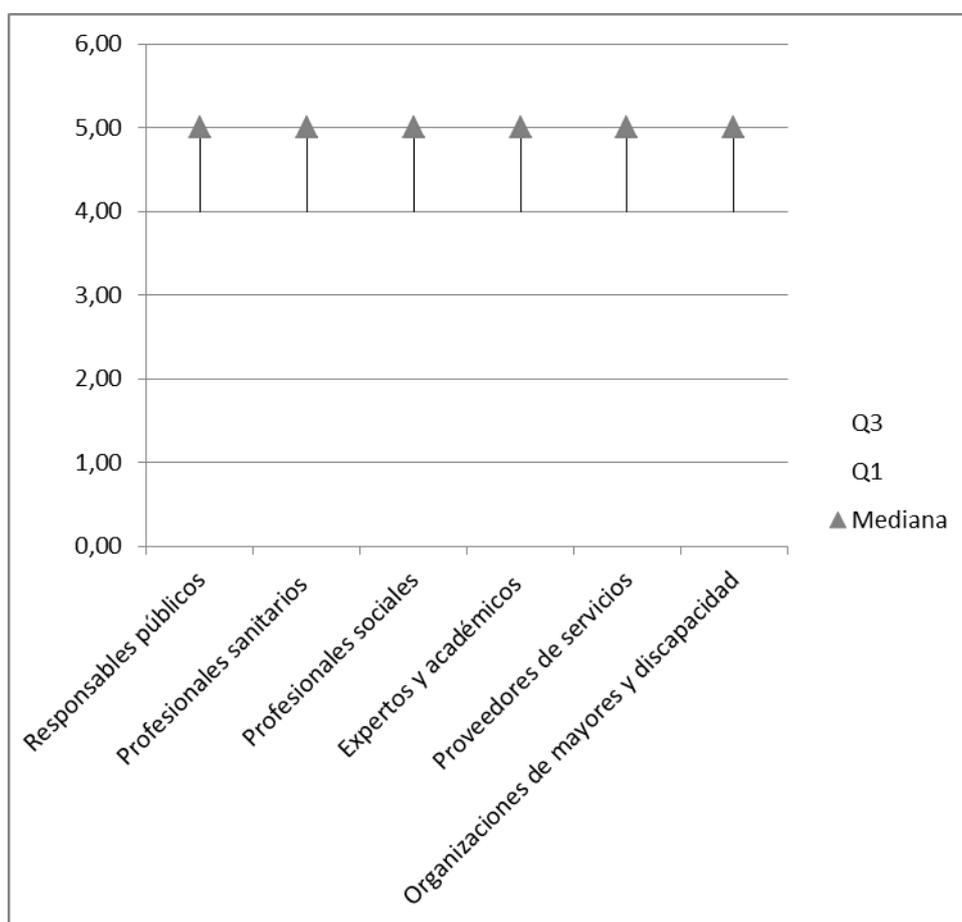


Gráfico P14. La planificación operativa de los CLD debe desarrollarse de manera participativa entre todos los agentes concernidos en el ámbito autonómico y local

También se ha consultado sobre la necesidad de incorporar en la LAPAD, como se hizo en Alemania en la reforma de su Ley de 2008, el derecho a la **gestión de casos** (P.15) con el fin de garantizar la participación de las personas afectadas y sus familiares, coordinar con eficacia recursos y profesionales y dar continuidad a los cuidados, sobre todo, en las

situaciones de mayor vulnerabilidad. El acuerdo en este punto es mayoritario, siendo la mediana 5 y sin diferencias entre los seis colectivos consultados.

Nuevamente el pronóstico de que este cambio pueda producirse no se corresponde con el optimismo de la respuesta, aunque es mayor que en otras respuestas precedentes. Así, el 38,5% de las personas consultadas considera que se puede lograr este objetivo en menos de 3 años, entre 3 y 5 años el 34,3% y más de 6 años el resto de la muestra (27%). Destaca el pronóstico muy optimista de los profesionales de la sanidad que afirman que ello puede producirse en menos de 3 años (83,3% de este grupo) en contraste con los profesionales de los servicios sociales (sólo el 20% lo ve posible antes de 3 años).

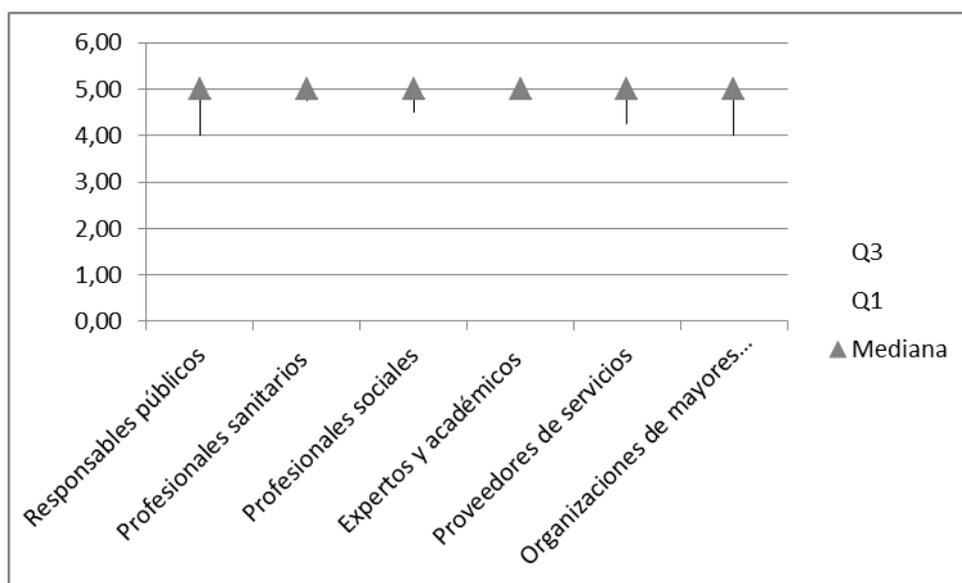


Gráfico P15. Entre las modificaciones de la LAPAD debe incorporarse el derecho a la gestión de caso

La gestión del caso y la participación activa por parte de las personas afectadas y sus familiares ha sido objeto de amplios comentarios por parte del grupo de personas consultadas, lo que contribuye a matizar y enriquecer las respuestas. Así, se afirma que la planificación participativa es un "derecho" de las personas; al mismo tiempo su aplicación implica revisar las metodologías de trabajo.

La gestión del caso es una forma específica en la que se concreta la planificación participativa. Esta supone tanto la existencia de un profesional de referencia como la participación activa de la persona en situación de

dependencia y su familia. Los profesionales sociales y sanitarios tienen que planificar los cuidados contando con la *"biografía, identidad y proyecto de vida"* de las personas con el fin de garantizar una atención de calidad y la máxima satisfacción.

Se recuerda por algunas de las personas entrevistadas que entre los instrumentos de planificación participativa están las comisiones sociosanitarias locales, en las que es posible lograr una elevada participación de los agentes implicados en los cuidados, que son los que efectivamente realizan actuaciones para satisfacer necesidades sociosanitarias. Como parte del trabajo de estas comisiones o instrumentos de participación está la gestión del caso donde la voz de las personas dependientes tiene que ser una dimensión central. La metodología de la gestión del caso no sólo *"implica la gestión de recursos sino también la gestión de los cuidados personales, sociales y de la vida cotidiana"* que necesita la persona afectada. Existe un acuerdo unánime en que, sin participación de las personas, no hay gestión del caso.

También se recoge entre los comentarios que la perspectiva interterritorial de la planificación de los CLD no puede olvidar la heterogeneidad territorial existente, lo cual implica una planificación diversa y aplicada al ámbito local. Esta diversidad impide hablar de una planificación operativa uniforme y sí, por el contrario, de una planificación pegada al territorio y a la situación concreta.

3.4 El papel de las familias cuidadoras y la afiliación a la Seguridad Social

El importante papel de la familia en los cuidados personales, reconocido en la propia LAPAD, implica indagar sobre varias cuestiones referentes a la formación de los cuidadores, su integración en sistema de Seguridad Social y, en general, su necesario reconocimiento o apoyo dada la actividad social que realizan. Este es el objetivo de la P.16.

a) En primer lugar, se pregunta si es necesario un **plan de formación y apoyo al cuidador en los propios domicilios** para verificar también su idoneidad y la calidad de la atención prestada. Esta pregunta obtiene una respuesta positiva pero sin ser unánime: una mediana de 4 en ambas rondas; únicamente las entidades representativas apoyan en mayor medida la propuesta (ver el Gráfico de la P16), siendo el rango intercuartílico de 0,50.

El pronóstico de su realización es moderadamente optimista: el 39%% de las personas consultadas afirman que este objetivo se logrará en menos de 3 años; para el 39% entre 3 y 5 años; y el 22% en más de 5 años. Los

representantes de las organizaciones de las personas mayores y de la discapacidad (60%), los expertos (47%) y los profesionales de la sanidad (43%) pronostican su realización en un plazo inferior a 3 años.

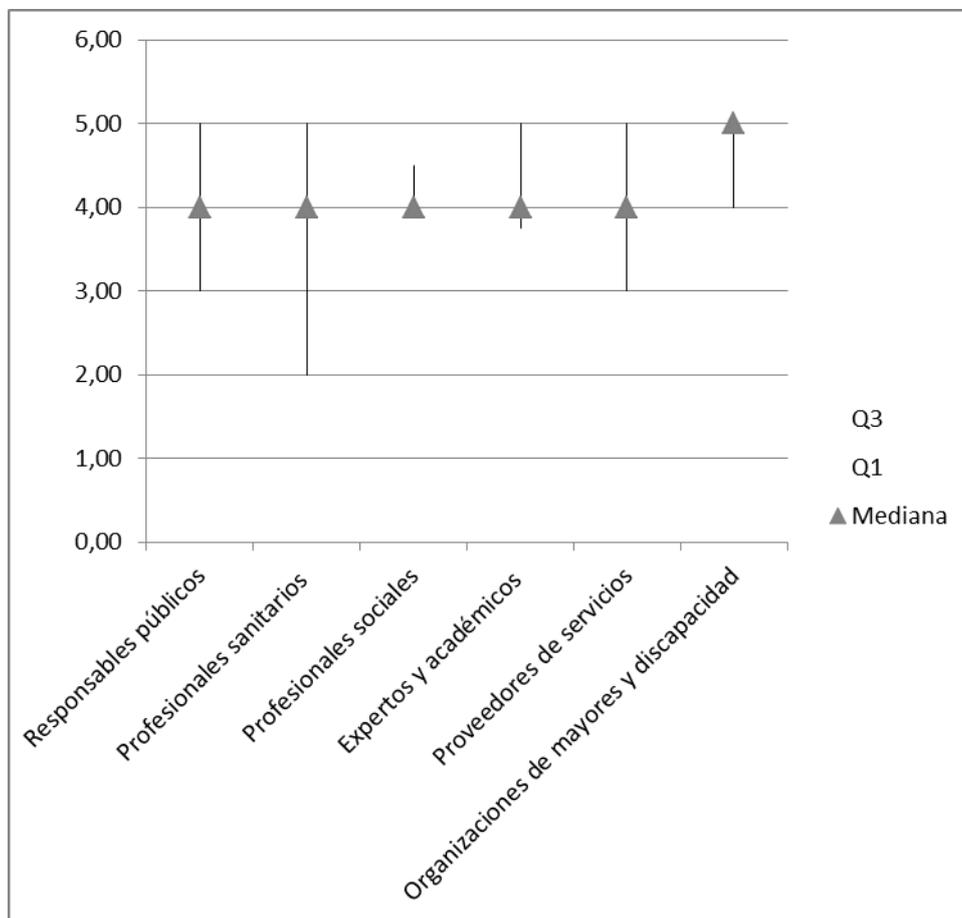


Gráfico P16. Las PECEF deben ir acompañadas de un plan de formación y de apoyo a las familias en los propios domicilios

b) En la LAPAD se reconoce la financiación por la Administración de las prestaciones de dependencia, entre ellas el pago de las **cotizaciones de la Seguridad Social para apoyar la carrera de seguro del cuidador familiar**. Sin embargo, el RDL 20/2012, de 13 de julio, sobre medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y promover la competitividad eliminó la financiación de las cuotas de la Seguridad Social, que pasa a ser financiada por los propios cuidadores. En la consulta Delphi se pregunta (P.17) si debe recuperarse esta prestación de apoyo. La respuesta mayoritaria es positiva (mediana del 4 por cien en una escala de 1 a 5) pero con una dispersión mucho menor que en la pregunta anterior y un rango intercuartílico cercano al 0 (0,25) (ver Gráfico de la P.17). Las organizaciones representativas apoyan totalmente la propuesta con una mediana de 5 en las dos rondas de la consulta.

El pronóstico realizado por las personas consultadas en cuanto a su realización es bastante optimista ya que la mitad del grupo cree que es posible recuperar esta prestación. Es el único pronóstico en el que coincide más de la mitad de la muestra de participantes en la consulta, junto a la cuestión sobre la integración de la calidad de vida en la valoración integral de la dependencia. Los profesionales de la sanidad, los proveedores de servicios y las organizaciones representativas pronostican de manera mayoritaria la recuperación de la afiliación a la Seguridad Social en un plazo inferior a 3 años.

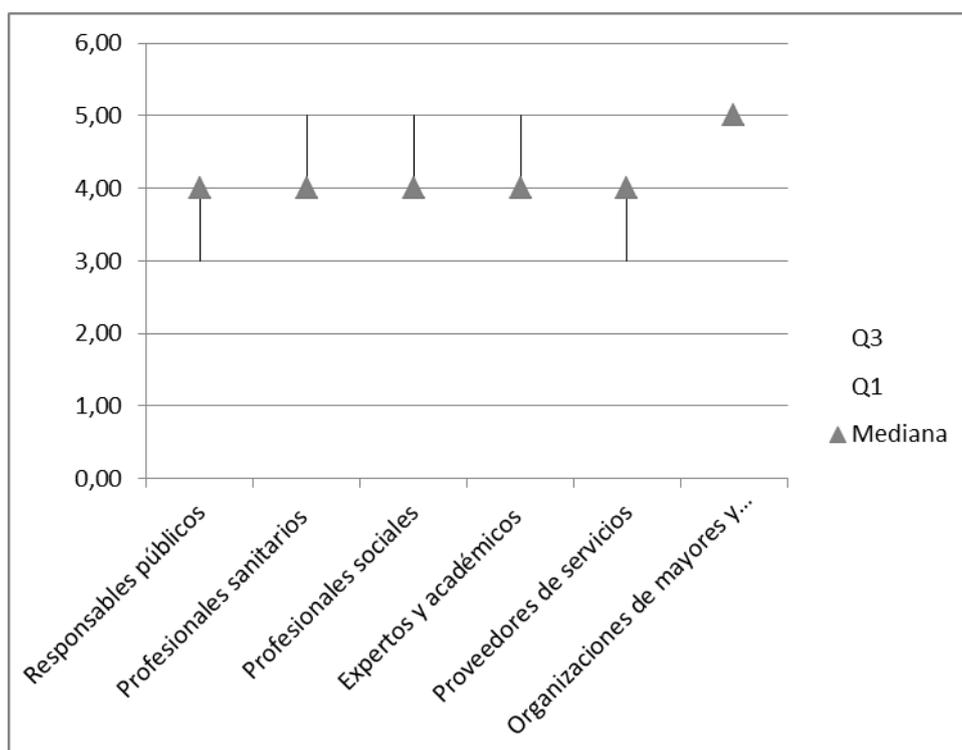


Gráfico P17. ¿Debe recuperarse el pago de la afiliación a la Seguridad Social a favor de las personas cuidadoras del ámbito familiar?

c) Finalmente, ante la pregunta (P.18) de **cómo apoyar a los cuidadores familiares para evitar la sobrecarga de los cuidados y promover el reconocimiento de su labor**, se han propuesto seis medidas posibles entre las cuales se pide elegir tres. El resultado en orden de importancia es el siguiente:

- Garantizar la formación para el buen cuidado y el autocuidado, tanto en el domicilio como en grupos.
- Mayor intensidad y flexibilidad en la prestación de servicios de respiro

- Mayor información y asesoramiento acerca de los servicios y prestaciones, públicos y privados, a los que pueden acceder.

Esta información se completa con otra de tipo cualitativo basada en comentarios y sugerencias sobre el papel de las familias cuidadoras. En este sentido pueden destacarse algunas ideas de los participantes en el Delphi que refuerzan la consulta:

- Los **cuidados en el entorno familiar y comunitario deben ser la prioridad en los programas de cuidados personales**, siendo el modelo residencial una opción complementaria en última instancia. Pero para ello es necesaria una adecuada formación de los cuidadores familiares que, para algunos, debería regularse como un "*derecho subjetivo*".

- La función de cuidados familiares no debe contemplarse en términos de sustitución de cuidados profesionales sino de **apoyo y acompañamiento**, y que los protagonistas y el centro de la atención reside en la persona en situación de dependencia. Y en el caso de que la familia desarrolle cuidados personales intensos, éstos deben tener algún tipo de supervisión para garantizar la "calidad" de los mismos.

- Sea como acompañamiento o sean cuidados intensos, los familiares deben poder acceder a **programas de respiro o apoyo**. Algunos manifiestan que expresiones como "*programas de descarga*" o "*ventilación emocional*" no son respetuosos con las personas cuidadoras ya que el objetivo no es descargar sino apoyar los cuidados informales bajo diferentes formas: información, formación, respiro, ayudas técnicas en el hogar, servicios flexibles y liberación del tiempo de cuidados.

4. La atención centrada en la persona

4.1 Autonomía y libre elección de las personas

Se ha planteado al grupo de personas participantes si sería necesaria una **ley de derechos y deberes de las personas que requieren CLD** (P.19). La respuesta es afirmativa pero la mediana se sitúa en el 4 con una amplia dispersión entre los diferentes colectivos. Al mismo tiempo, el rango intercuartílico (0,50) revela una relativa dispersión o desacuerdo. Sólo los profesionales de la sanidad, los responsables del sector público y las entidades representativas apoyan en mayor medida la propuesta (ver Gráfico de la P.19).

En el caso de las personas consultadas que se han situado entre el 3 y el 5 de la escala se les ha pedido que destaquen, entre una lista de seis posibilidades, los tres aspectos más importantes que debería incluir dicha ley, en el caso de aprobarse. Tales aspectos prioritarios son los siguientes:

- a) Medidas que garanticen el **ejercicio de la autonomía** en la toma de decisiones.
- b) Garantizar la **libre elección**, por parte de la persona en situación de dependencia, del tipo de prestación entre las que puedan corresponderle.
- c) **Auditar los servicios** que se prestan para garantizar unos cuidados dignos.

La posible aprobación de una ley de derechos y deberes se contempla en el medio plazo. Solamente el 31,6% de las personas consultadas cree que es posible el cambio antes de 3 años, entre 3 y 6 años el 42,1% y en un plazo de más de 6 años el 26%. Son los representantes de las entidades proveedoras de servicios y las entidades representativas los que pronostican mayoritariamente la posibilidad de llevar a cabo esta propuesta en menos de 3 años; esta respuesta contrasta con el bajo apoyo de otros colectivos: el 10% de los profesionales de los servicios sociales y el 18% de los profesionales de la sanidad lo ven factible antes de 3 años.

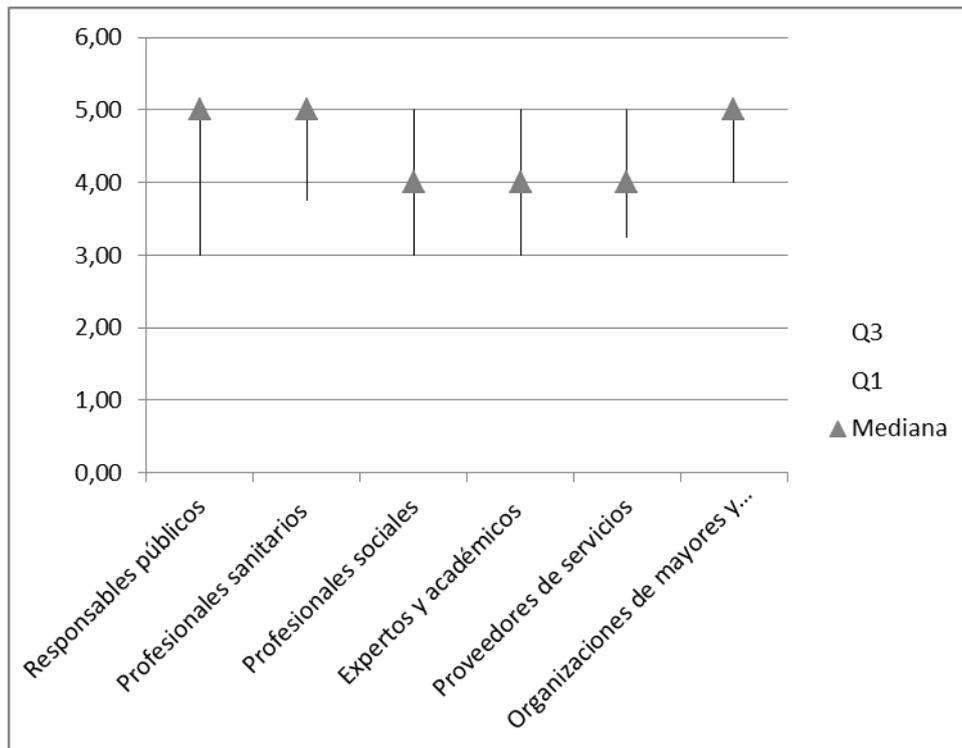


Gráfico P19. ¿Considera que debe elaborarse una Ley de Derechos y Deberes a favor de las personas que requieren CLD?

En los comentarios a las respuestas se destacan tres ideas: la primera es que una ley tal debería ser similar a las normas sobre derechos y deberes de los pacientes en el ámbito sanitario; la segunda idea es que más que una ley, cuya promulgación a veces no añade nada nuevo, se trataría de mejorar la formación de los profesionales en servicios sociosanitarios, lo cual redundaría en una mejor atención a las personas; finalmente, otros comentarios apuntan que de lo que se trata realmente es de recoger la noción de "apoyo" para el ejercicio de la autonomía personal y la noción de "acompañamiento" como sustitución de la noción de gestión.

4.2 Valoración y planes personalizados

a) Valoración de la calidad de vida

La valoración de las personas que demandan atención por distintas situaciones de dependencia recoge diferentes ítems de salud, movilidad y autonomía. Uno de los aspectos no siempre recogidos en los protocolos de valoración es la calidad de vida de la persona. Por ello se ha preguntado si la valoración de esta última dimensión, al tratarse de un elemento esencial de la atención centrada en la persona, debe formar parte de la valoración integral de la dependencia (P.20).

La respuesta, como en gran parte era previsible, es casi unánimemente positiva, siendo la mediana general 5, y sin diferencias entre los seis colectivos. En el Gráfico de la P.20 se reflejan los resultados: un amplio acuerdo y escasa dispersión en la respuesta de los grupos.

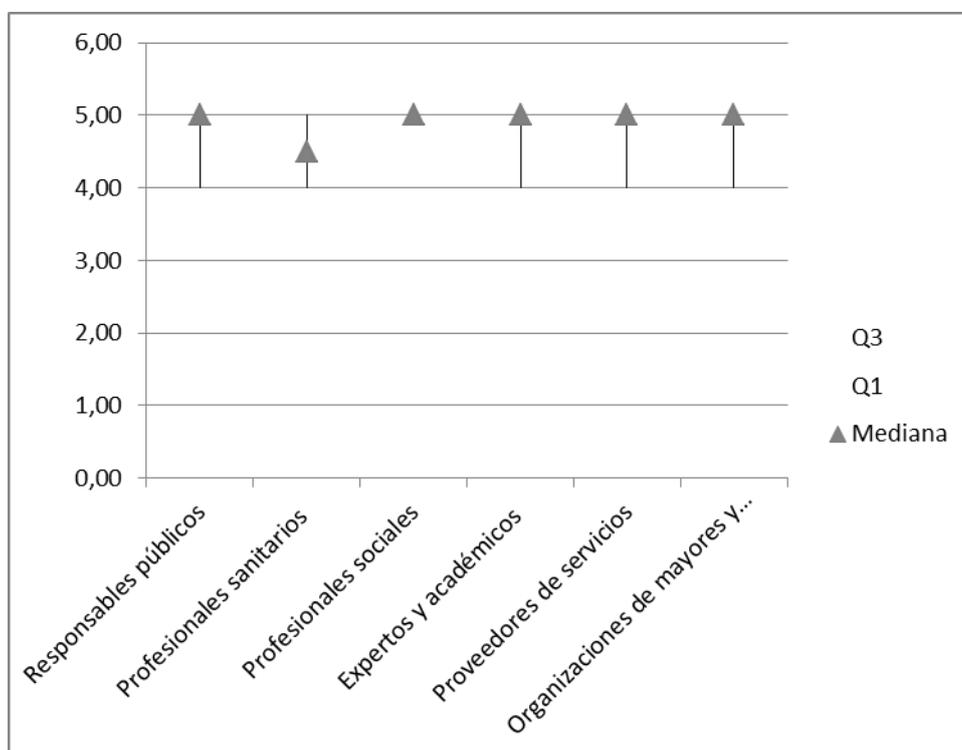


Gráfico P20. Los instrumentos de evaluación de la calidad de vida deben formar parte de la valoración integral de quienes requieren CLD

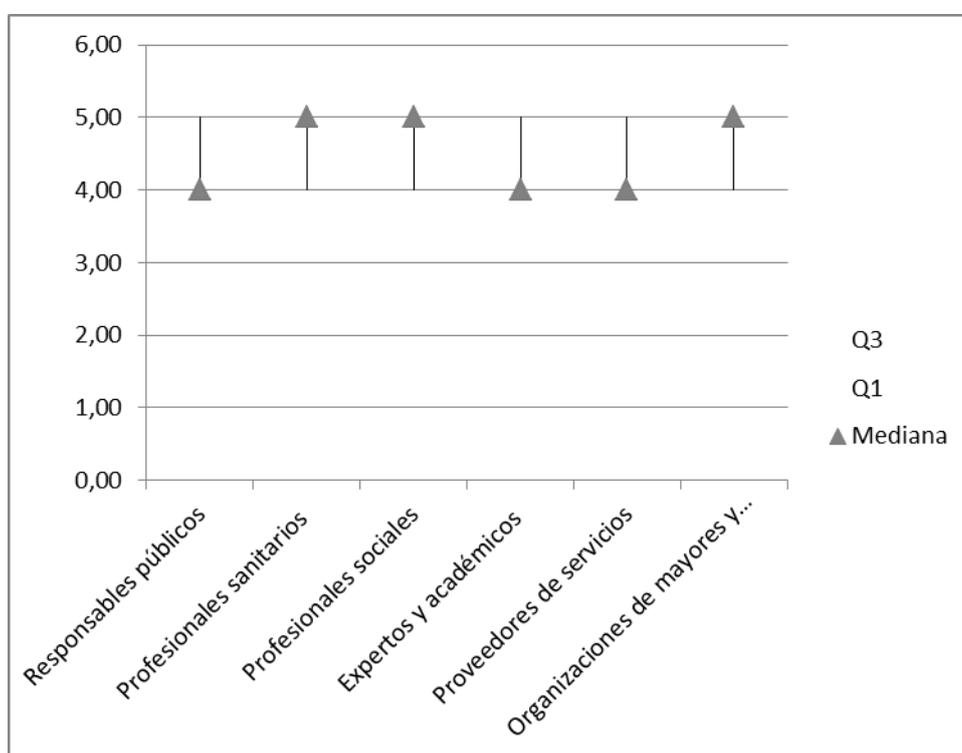
Integrar esta medida en los instrumentos o protocolos de valoración no se considera especialmente problemático ya que casi el 53% de todas las personas consultadas considera que puede hacerse en un plazo inferior a 3 años. Este pronóstico de realización a corto plazo lo comparten todos los grupos con la excepción llamativa de los profesionales de los servicios sociales (sólo el 22% lo ve factible en menos de 3 años).

b) El profesional de referencia

Se pregunta si toda persona atendida en un centro debe tener un profesional de referencia asignado que proceda del equipo de atención continuada (preferentemente auxiliares o gerocultores) y que, en el caso de una atención determinada, pueda tener otros profesionales de referencia (como enfermero, terapeuta ocupacional, entre otros).

La respuesta es altamente positiva ya que en segunda ronda la mediana de es de 5 y casi el 96% de las personas consultadas han marcado 3 o más de tres en la escala de 1 a 5. En este caso sólo los proveedores de servicios y los expertos se alejan ligeramente de la mediana general si bien la dispersión es muy poco acusada, con un rango intercuartílico de 0,20 (ver Gráfico de la P.21).

En la segunda ronda de la consulta el pronóstico de aplicar esta medida en menos de 3 años es compartido por el 41% de la muestra. Son los proveedores de servicios (46%) y las entidades representativas (50%) los que ven posible introducir este cambio en menos de 3 años, en contraste con el resto de los colectivos consultados.



Gráfica P21. Las personas que son atendidas en centros deben tener asignado un profesional de referencia con un máximo de 8 personas a su cargo

c) El gestor del caso en los cuidados domiciliarios

¿Deber haber un gestor del caso en el supuesto de cuidados a domicilio (trabajador/a social o enfermero/a) con no más de 30 casos? (P.22).

La respuesta es positiva con el resultado de una mediana de 4 sobre un máximo de 5 y donde el 94,5% de las personas consultadas han marcado 3

o más en la escala del 1 al 5. Sólo los expertos y entidades representativas alcanzan el máximo de la mediana.

Pero al mismo tiempo el escenario en que puede producirse el cambio es menor de 3 años solo para el 28% del grupo de consultados, entre 3 y 6 años para casi 48% y más de 6 años para el 24%. Los proveedores de servicios y los profesionales de los servicios sociales son los que hacen un pronóstico más pesimista en cuanto a que pueda realizarse este objetivo en un plazo inferior a 3 años, si bien no están lejos de este mismo pronóstico los profesionales de la sanidad y los expertos y académicos.

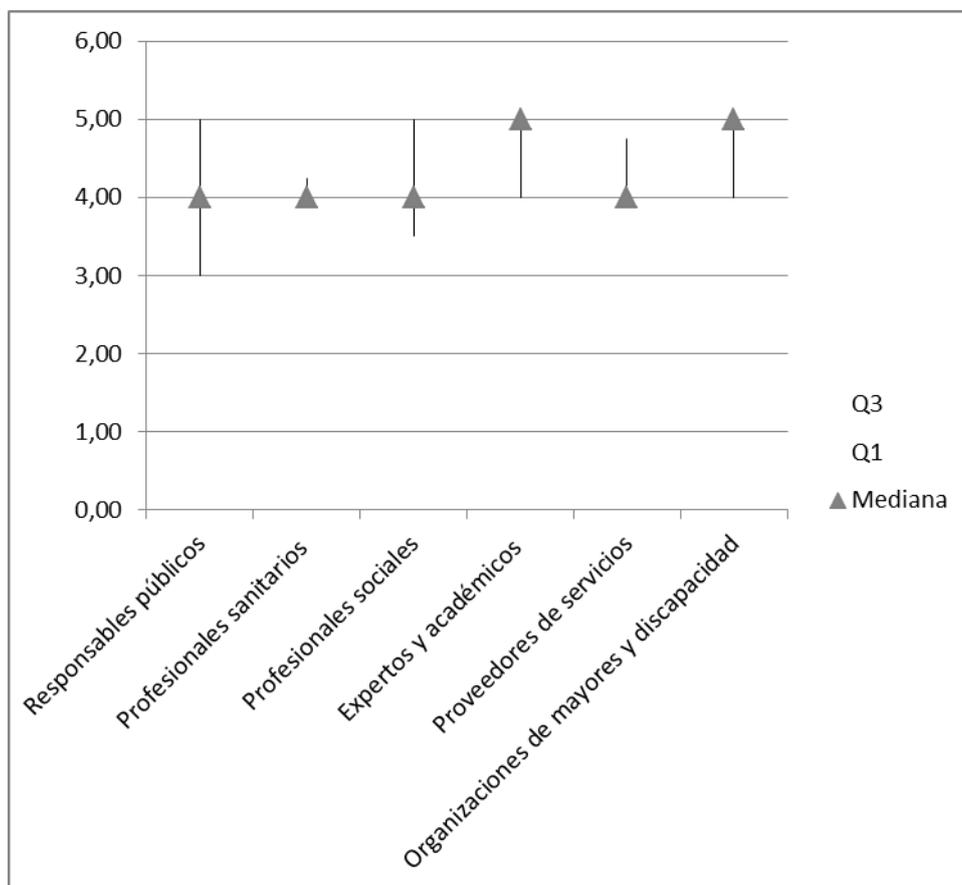


Gráfico P22. ¿Cuando la persona es atendida en su domicilio ha de tener asignado un profesional de referencia (gestor/a de caso)?

d) La historia de vida como información central de la ACP

En el cuestionario se pregunta (P.23) si para diseñar una atención centrada en la persona debería elaborarse una historia de vida con datos de la biografía por parte del profesional de referencia. La respuesta a esta pregunta es positiva, con una mediana de 4 y con un 94,5% de personas consultadas que han marcado 3 o más en la escala del 1 al 5. En este resultado destacan los profesionales de los servicios sociales y los representantes de las entidades de personas mayores y discapacidad que manifiestan un completo acuerdo (mediana del 5); la dispersión en las respuesta es baja y el rango intercuartílico es de 0,25 (ver Gráfico de la P.23).

Sin embargo, el horizonte temporal de su posible aplicación es factible en menos de 3 años para el 37% de la muestra, entre 3 y 6 años para casi el 42% y más de 6 años para el 21%. La totalidad de las entidades representativas ven factible la realización de la propuesta en menos de 3 años. Por el contrario, sólo el 33% de los profesionales de los servicios sociales y el 16% de los profesionales de la sanidad lo ven factible en ese mismo período de tiempo.

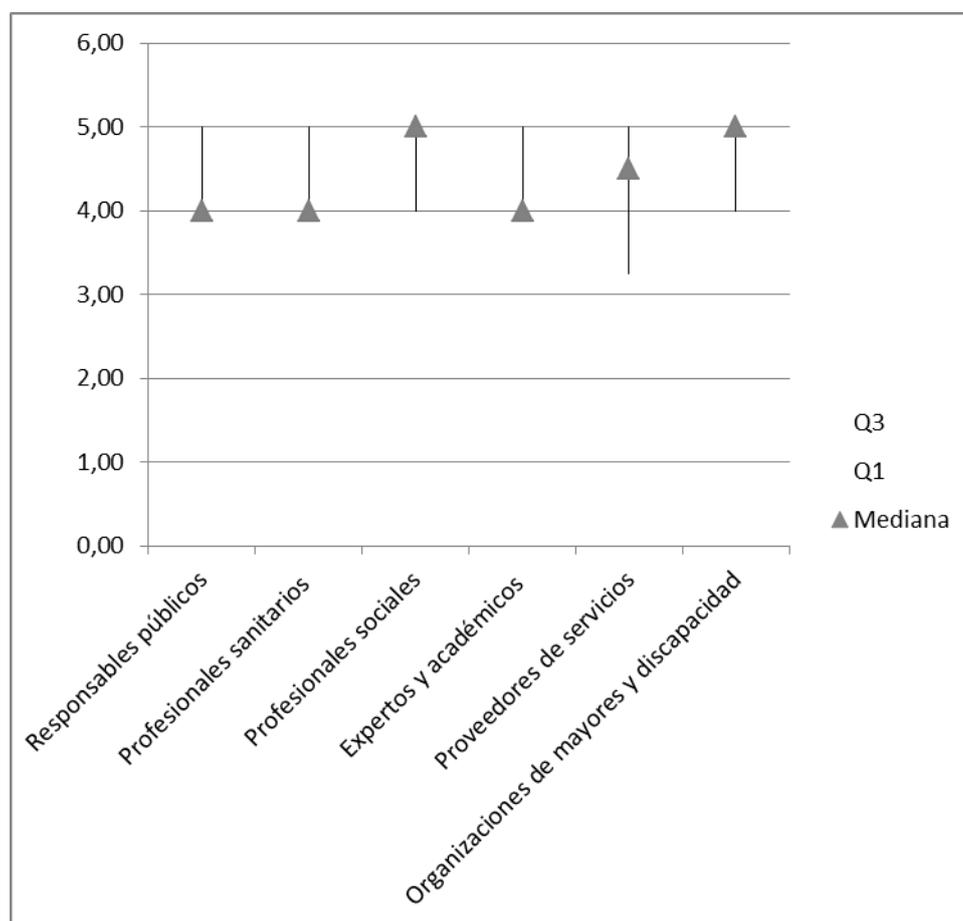


Gráfico P23. En la atención centrada en la persona es necesario elaborar la historia de vida de las personas que precisan CLD

e) Los planes personalizados se han incorporado en diferentes programas de cuidados de los diferentes modelos nacionales de CLD. Su desarrollo en España es desigual y, en gran medida, experimental. De ahí que se haya preguntado en el estudio Delphi si estos planes deben ser elaborados en los centros de atención de manera conjunta entre el equipo interdisciplinar, el profesional de referencia y la persona en situación de dependencia o, en su defecto, la familia o grupo de apoyo, y si deben contar con la aprobación de la persona o su representante a lo largo de las variaciones que puedan producirse a lo largo del proceso de cuidados (P.24).

El acuerdo del grupo consultado es muy elevado, con una mediana del 5. Sólo los representantes del sector público se alejan ligeramente de dicha mediana (mediana de 4). La estabilidad de las respuestas entre las dos rondas es completa y el rango intercuartílico cercano a 0 (0,20) (ver Gráfico de la P24).

Pero, siguiendo la senda de otras respuestas, su implantación generalizada llevará tiempo. Así, sólo el 35% lo ve factible en un plazo de tiempo inferior a 3 años, entre 3 y 6 años el 41%, el 24% en un plazo superior a 6 años. En este caso también los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales hacen un pronóstico más pesimista que los otros grupos.

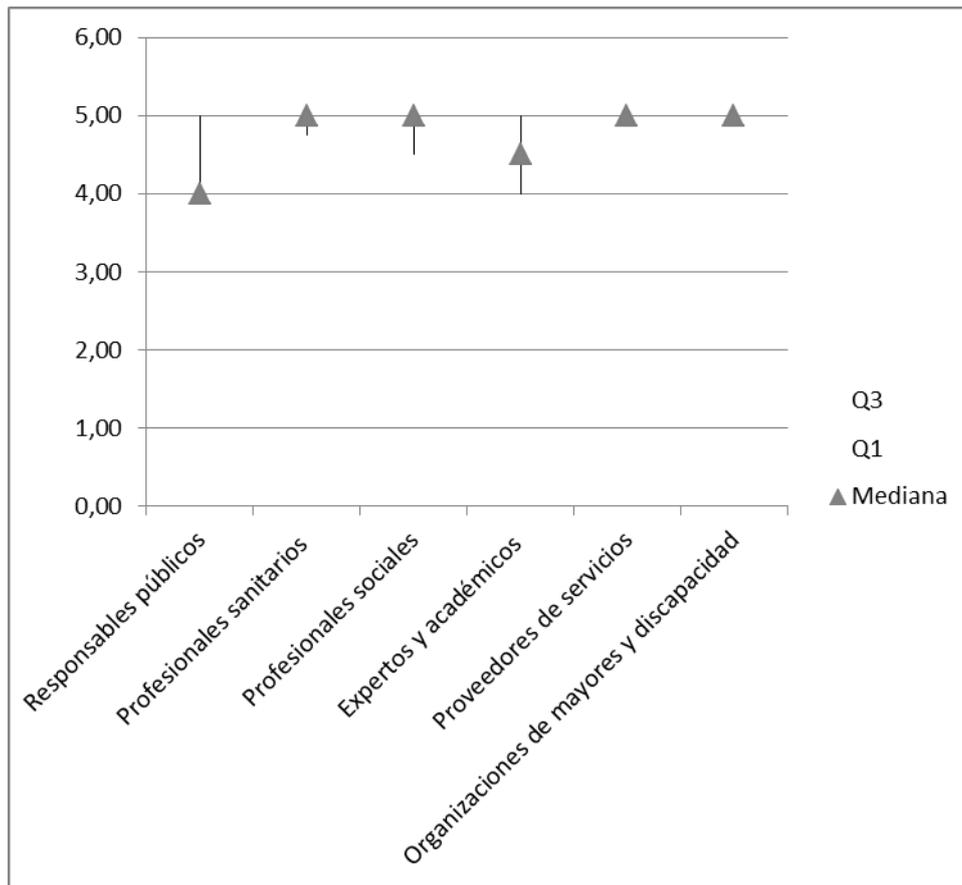


Gráfico P24. ¿Considera preciso que se elaboren en los centros planes personalizados conjuntamente entre el equipo técnico y los/as profesionales de referencia, así como con la participación y acuerdo de la persona?

De manera adicional se pregunta si este plan estará a cargo de un **profesional de referencia o gestor de caso** (con el apoyo de otros posibles profesionales) en el caso de que la intervención o cuidados se presten a personas que viven en su domicilio, además de la participación y el acuerdo con la persona afectada y/o su familia, que siempre deberá dar su conformidad al plan personalizado. La respuesta a la pregunta 25 es muy similar al caso anterior: la misma mediana (5) y casi los mismos resultados por grupos. Sólo los profesionales de la sanidad se alejan ligeramente de la mediana general (mediana de 4) (ver Gráfico de la P.25).

En cuanto al escenario temporal de la realización de la propuesta casi el 30% lo ve factible en menos de 3 años, el 45% entre 3 y 5 años y el resto en un período de más de 6 años (25%). Los que hacen un pronóstico muy optimista son las entidades representativas (el 80% afirma que es posible lograrlo en menos de 3 años) en contraste con los responsables públicos (11% pronostica su realización en menos de 3 años).

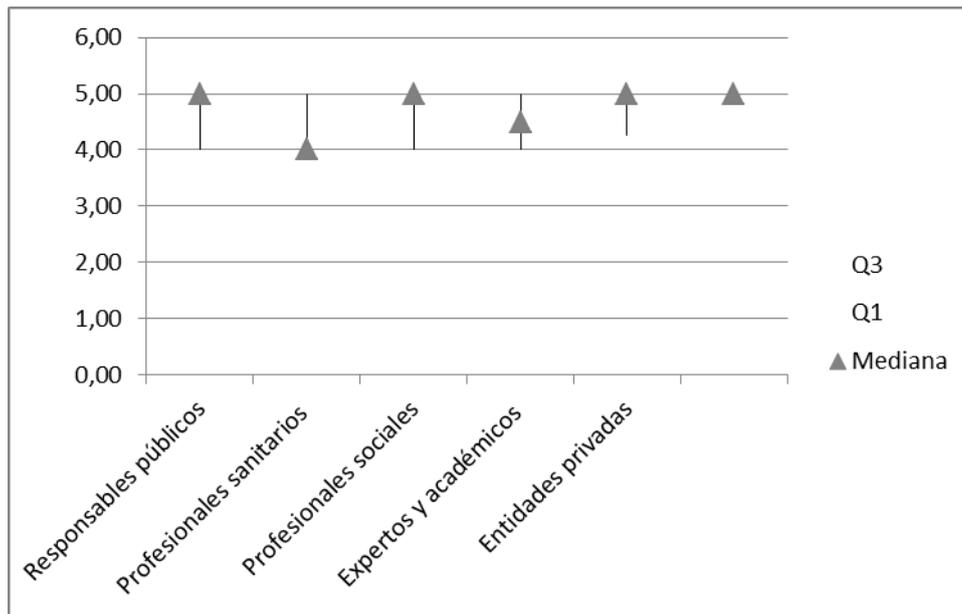


Gráfico P25. Los planes personalizados cuando las personas son atendidas en su domicilio se harán por su profesional de referencia o gestor de caso (máximo 30 casos) con la participación de las personas y/o familias

En los comentarios adicionales realizados por el grupo consultado sobre el papel de la familia cuidadora destacan algunas ideas que refuerzan tanto el papel de la familia como las dificultades para definir y desplegar el profesional de referencia como gestor de casos.

En efecto, se afirma que la familia debe ser objeto de atención “*desde el primer momento*” en el que se define un plan de atención personalizado. Hay que integrar a la familia en los planes de cuidados tanto en el momento en que persona es atendida en su domicilio como cuando se hace en los centros de día o residencias. Las familias son tanto un objetivo de atención, como soporte de las personas en situación de dependencia. Por tanto, se insiste en que debe reconocerse su papel en los cuidados, proteger su actividad, hacer visible su aportación personal en términos de beneficio social (“*romper la opacidad*”) y “*valor económico*” aportado por las familias. Pero no se trata sólo de que éstas cuiden sino, como antes hemos señalado, que “*acompañen*” a la persona y le presten apoyo emocional cuando ésta es cuidada por los profesionales de la atención.

Otros comentarios enfatizan que hay que tener presente que el cuidado en el hogar es “invisible” y que es donde, además de cuidados y afectos, se pueden dar situaciones de maltrato que los profesionales deben saber identificar e intervenir adecuadamente.

En cuanto a las dificultades para establecer profesionales de referencia que actúen con metodología de gestión de casos, algunas de las personas encuestadas afirman que es necesario un cambio de perspectiva para que

los profesionales, y en especial los trabajadores sociales, dejen de realizar labores burocráticas y de gestión y pasen de ser responsables de un centro a ser responsables de las personas que reciben atención, cuya autonomía deben apoyar evitando prácticas profesionales jerárquicas, dominantes y abusivas. Se refleja también en algunos de los comentarios recogidos una cierta visión negativa sobre la posibilidad de que los trabajadores sociales puedan ejercer bien su rol de profesionales de referencia ya que "*les falta mucha formación especializada*" en CLD. De ahí la necesidad de mejorar la formación de grado y postgrado y, en general, de reciclaje, con el fin de que este colectivo sea clave en el modelo de cuidados centrados en la persona, favoreciéndose también su función de trabajo comunitario.

4.3 El papel de los profesionales

a) Es una pregunta obligada en una consulta como la presente si es necesaria una **adecuada formación, teórica y práctica, de los profesionales para un eficaz desarrollo del modelo de AICP**. La respuesta es casi unánime con una mediana de 5, con iguales resultados en todos los grupos consultados. En cierto modo, la respuesta a la pregunta es obvia; de ahí que no haya dispersión alguna entre los participantes y el rango intercuartílico sea 0 (ver el Gráfico de la P.26).

Sin embargo, el horizonte temporal en el que es factible este objetivo es inferior a 3 años para el 44,3%, el 37% lo considera factible entre 3 y 6 años y para algo más del 18% el pronóstico es superior a 6 años. La mayoría absoluta de los responsables públicos y de los profesionales de la sanidad y la totalidad de las entidades representativas, ven factible lograr este objetivo en menos de 3 años, en contraste con un pronóstico más pesimista por parte de los profesionales de los servicios sociales y, en parte también, de los expertos y académicos y proveedores de servicios.

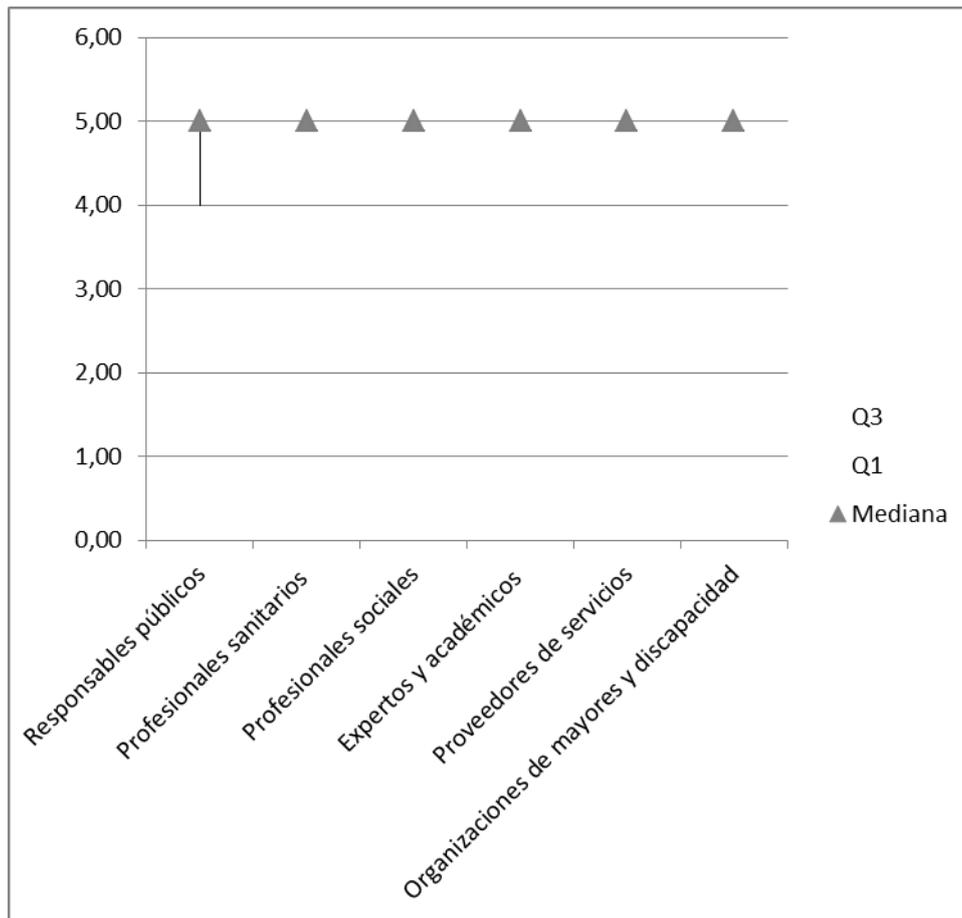


Gráfico P26. ¿Es necesario que los/as profesionales reciban formación teórico-práctica para avanzar en la aplicación del modelo?

b) Pero, ¿es necesario definir **nuevos roles profesionales** para implementar el AICP – gestión de casos en domicilios, profesional de referencia en centros, asistentes personales – y, por tanto, desarrollar una formación adecuada a los nuevos cometidos? (P.27).

El grupo manifiesta casi un consenso unánime, con la relativa excepción de los responsables públicos, en pro de una respuesta positiva con una mediana en ambas rondas de 5 y con una mínima dispersión entre los grupos consultados (ver Gráfico de la P.27).

Pero como en otros ítems, el grupo pronostica como factible este cambio con calendarios muy diferentes: en menos de 3 años el 29%, entre 3 y 6 años el 48,5% y el resto en un plazo superior a 6 años (22%). Son los profesionales de la sanidad, los expertos y los proveedores de servicios los que en mayor medida contemplan su realización a más largo plazo.

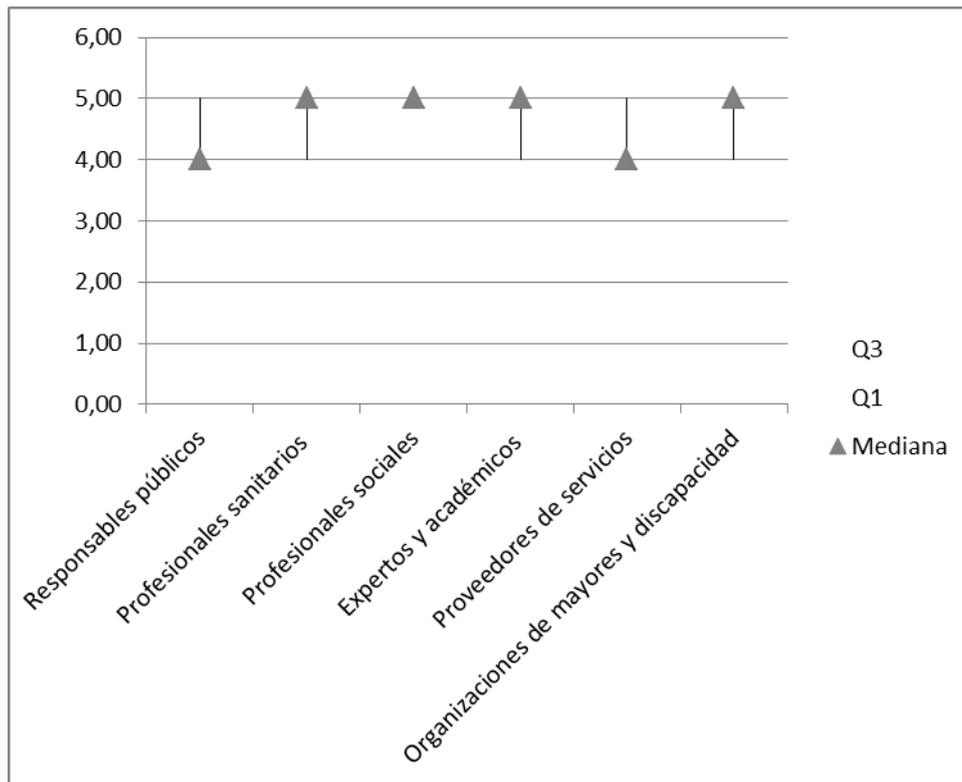


Gráfico P27. Habría que definir nuevos roles profesionales para implementar la AICP

Los comentarios adicionales sobre un desarrollo profesional de calidad para aplicar con eficacia el modelo de AICP han sido detallados. Entre las ideas que podemos destacar están las siguientes:

- En primer lugar, la importancia central de la formación, verdadero eje para garantizar la aplicación del modelo. Así, se afirma que la formación es "*imprescindible y crucial*", incluso se añade que, además de la *formación ad hoc*, es necesaria una formación en "*investigación y evaluación*" con el fin de que los profesionales tengan una "*visión común de la problemática y de las acciones a emprender*". La formación afectaría tanto a los contenidos de los actuales grados y postgrados de la Universidad como a los centros de formación profesional.

- En segundo lugar, se destaca la idea de que, más que definir nuevos roles profesionales, de lo que se trata es de "*redefinir*" los actuales teniendo en cuenta la incorporación de la participación activa de las personas en situación de dependencia y de sus familias. En algunos casos, como es el de los profesionales que trabajan en residencias, el cambio se percibe como complejo debido a las inercias y rutinas de los cuidados diarios. Por ello se sugiere empezar a experimentar en algunas áreas sociosanitarias mediante la revisión de los perfiles profesionales en todos sus niveles (de atención, cuadros medios y superiores). Hay quien se pregunta si de lo que se trata es de definir o redefinir nuevos roles o de "*protocolizar funciones para que*

pueden ser evaluados sus resultados". Otros manifiestan rechazo a la protocolización de la atención precisamente por la necesidad de elaborar planes personalizados y flexibles para cada persona y contar con su participación en ellos.

- En tercer lugar, aunque existe acuerdo acerca de la evidencia científica sobre los beneficios de la aplicación del modelo de AICP, también se refieren condicionantes que limitan su desarrollo como son la falta de claridad de los responsables institucionales sobre cómo desarrollar el modelo, una demanda social débil y servicios sociales comunitarios que requieren una mayor expansión y refuerzo. Todo ello implica, según algunas de las personas consultadas, que se necesite tiempo para que *"esta cultura cale"*. El *"cambio de actitud de los profesionales y cuidadores"* es clave en el proceso de acelerar la implementación del modelo.

El grupo parece coincidir en que, más que definir nuevos roles, es necesario profundizar en los *"perfiles profesionales existentes y potenciar su adecuación al cuidado de larga duración"*, reforzado con una formación de calidad desde el grado a la formación especializada.

5. Un modelo sostenible de CLD

Todo programa de políticas públicas debe y puede ser sostenible en su más amplio sentido, económico-financiero, organizativo e institucional. Aunque en el cuestionario no se pretende captar exhaustivamente la opinión del grupo sobre la sostenibilidad del modelo AICP, se abordan algunas de sus dimensiones en relación con la **coordinación de recursos**, la necesidad de estudios de **evaluación** de las diferentes experiencias existentes y el **copago**.

a) Trasvase de recursos presupuestarios del sistema sanitario al sistema de servicios sociales.

Se pregunta a los participantes (P.28) si la coordinación o integración sociosanitaria exige el trasvase de recursos del sistema sanitario al sistema de servicios sociales y del nivel especializado al primario. La respuesta es positiva, pero en mucha menor medida que en otros ítems, bien por la complejidad que pueda suponer su aplicación o, sencillamente, porque no se contempla como absolutamente necesario, como luego veremos en los comentarios del grupo. Así, en una escala de 1 a 5 la mediana se sitúa en el 4 y el porcentaje de quienes han marcado 3 o más en la escala alcanza al 87,7. Sólo los responsable públicos y los profesionales de los servicios sociales alcanzan una mediana del 5. Aun así, la dispersión de la mediana entre los seis grupos es baja y el rango intercuartílico es de 0,25 (ver el Gráfico de la P.28).

El escenario en que puede tener lugar dicho cambio se pronostica a medio-largo plazo: el 21% de los participantes lo ven factible en un período de tiempo inferior a 3 años; el 44% entre 3 y 6 años; y casi el 32% en un período de tiempo superior a 6 años (más de 8 años el 16%). Sólo las organizaciones de personas mayores y de la discapacidad pronostican un escenario de aplicación de esta propuesta en un plazo inferior a 3 años, el resto de los grupos lo fían a medio plazo.

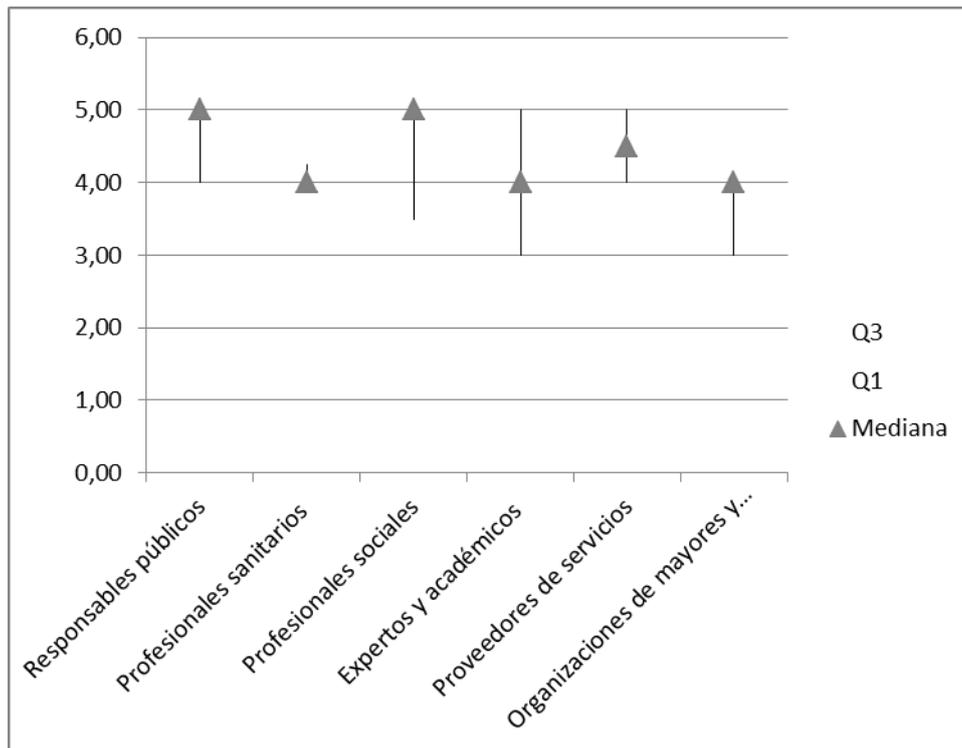


Gráfico P28. ¿La atención integrada requiere el trasvase de presupuestos desde sanidad a los servicios sociales?

b) Evaluar las experiencias de aplicación del modelo de AICP, tanto a nivel domiciliario como en centros, debe ser un requisito para disponer de evidencia empírica que avale la eficacia, viabilidad y sostenibilidad del sistema, como paso previo a su generalización. El grupo es unánime en el acuerdo con esta propuesta de evaluación previa. Así, la mediana de la respuesta se sitúa en ambas rondas en el 5 a nivel general, así como en todos los grupos en que se ha segmentado el análisis. La dispersión en las respuestas es mínima (ver Gráfico de la P.29) y el rango intercuartílico cercano al 0.

Casi la mitad del grupo (45%) considera que dicha evaluación puede llevarse a cabo antes de 3 años frente al 43,5% que considera que ello puede producirse en un período de tiempo entre 3 y 6 años. El pronóstico de su aplicación en un tiempo inferior a 3 años cuenta con el apoyo mayoritario de los responsables públicos (66,6%), de las organizaciones representativas (80%) y de los profesionales de los servicios sociales (50%).

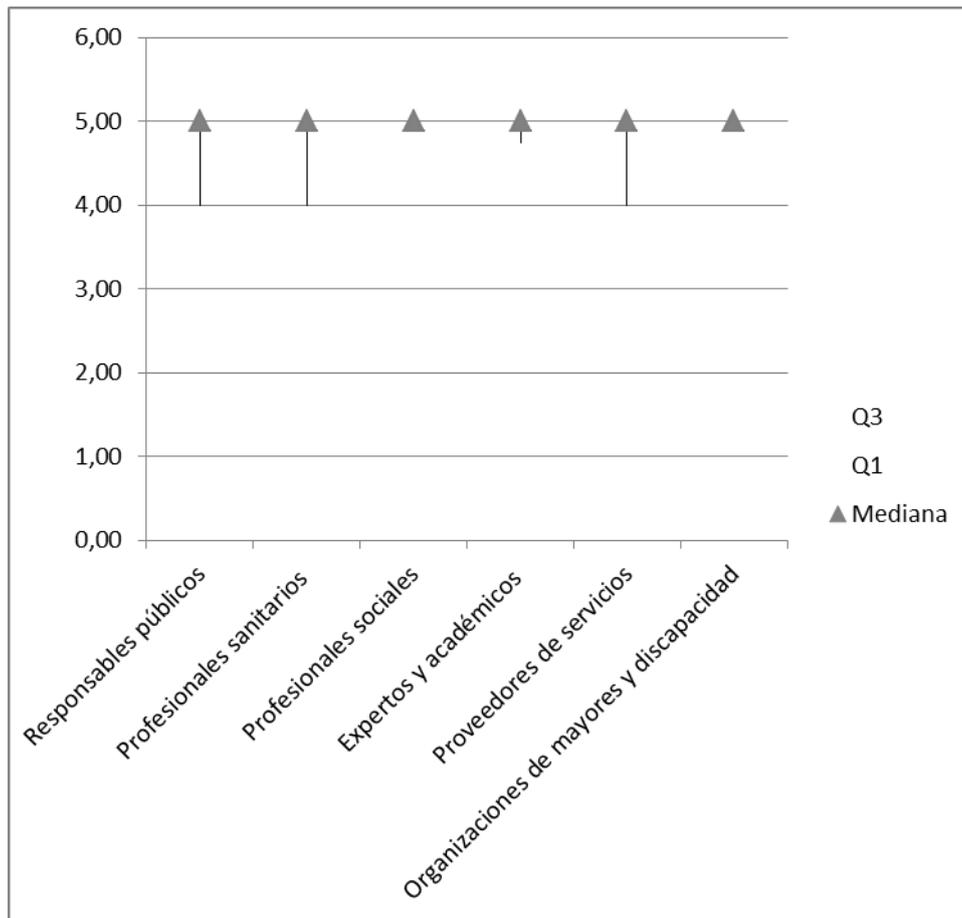


Gráfico P29. Deben evaluarse debidamente las experiencias de aplicación del modelo existentes para contar con más evidencia sobre su eficacia, viabilidad y sostenibilidad

c) El copago. Finalmente, se ha formulado al grupo la pregunta de si para hacer sostenible las prestaciones y servicios de los CLD es necesario aplicar un copago en función de los recursos de los beneficiarios, estableciendo un mínimo exento para rentas bajas y un tope en función del coste del servicio o prestación (P.30).

La respuesta, aun siendo positiva, es la que menor apoyo concita entre las preguntas de este bloque tanto si tenemos en cuenta la mediana (4) como si consideramos en porcentaje la dispersión entre los cuartiles y el rango intercuartílico (0,50)(ver Gráfico de la P.30).

Su aplicación en segunda ronda la ven factible antes de 3 años el 30% de las personas participantes, entre 3 y 6 años el 55% y más de 6 años el 14,%. Los profesionales de la sanidad (9%) y los expertos y académicos (21%) son los que realizan un pronóstico más pesimista en cuanto a que sea factible en un período de tiempo inferior 3 años.

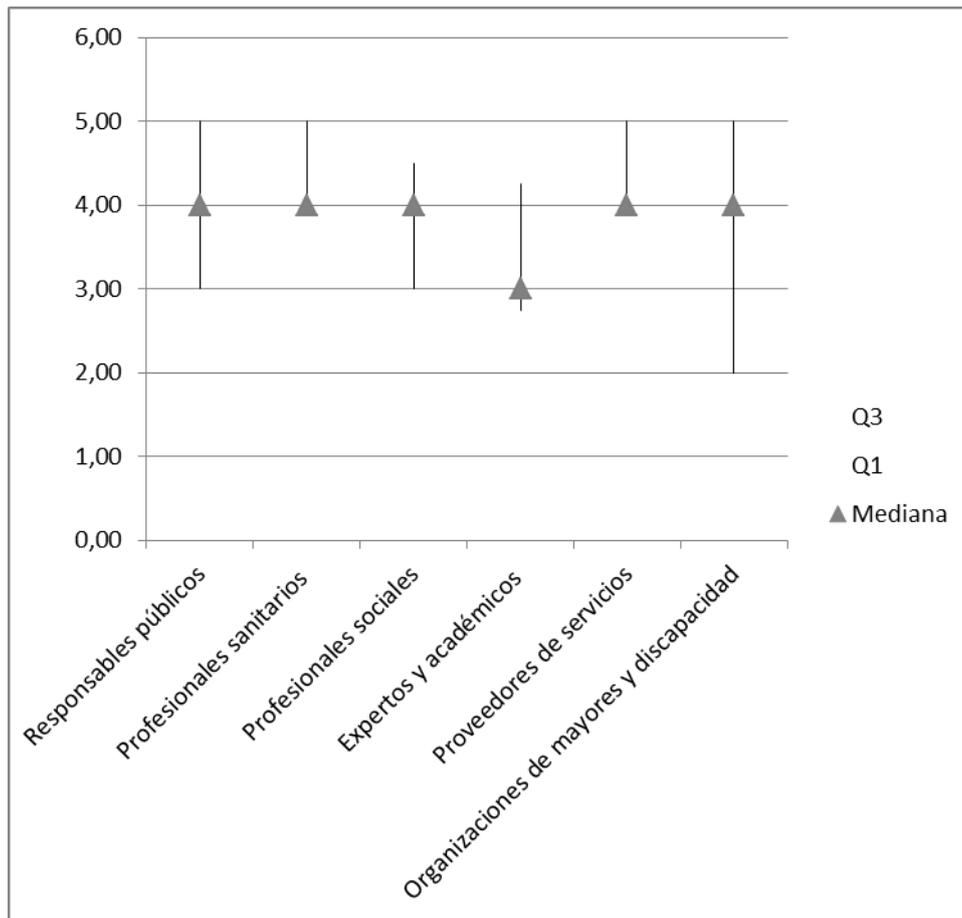


Gráfico P30. ¿Todas las prestaciones para CLD deben ser de copago y en su cálculo debe establecerse un mínimo exento de pago y un tope en función del coste?

Los comentarios sobre la financiación han sido bastante detallados por parte del grupo participante. Destacamos a continuación las principales ideas resultantes desde la lógica común de que ***“la sostenibilidad es una suma de economía y calidad”***:

a) Entre las medidas de financiación de la atención a la dependencia se propone un impuesto especial y obligatorio a empresas y ciudadanos. En todo caso, la financiación de los CLD debe comprenderse en *“el conjunto de la estructura fiscal para el mantenimiento de los servicios públicos”*; en base a esto se puede posteriormente pensar sobre *“la eventual necesidad de afectar impuestos o cotizaciones al gasto en dependencia”*.

b) Pero tan importante como lo anterior es la mejora de la gestión de los recursos existentes, valorando el *“coste-beneficio”* de los recursos empleados. En la evaluación de la eficacia y eficiencia de los CLD han de tenerse en cuenta indicadores cualitativos o de resultados como son el bienestar subjetivo, la calidad de los cuidados prestados y la satisfacción personal y familiar.

c) El copago es necesario pero dentro de ciertos límites ya que supone generar *“corresponsabilidad y concienciación de los sistemas de cuidados”*. No todas las prestaciones tienen que tener copago, como son las relacionadas con la prevención. En todo caso, la sostenibilidad no depende del copago sino del *“modelo general de financiación pública”*.

d) No se considera que la garantía de la sostenibilidad financiera de los CLD exija necesariamente la integración de todos los servicios sociales y sanitarios que están implicados en dichos cuidados. Basta con integrar las carteras de servicios de media y larga estancia hospitalaria, residencias sociales, centros de día y ayuda a domicilio, es decir, aquellos servicios implicados de manera directa en los CLD.

6. Una visión prospectiva de los CLD bajo la lógica del modelo de AICP

En este epígrafe analizamos el conjunto de los resultados del estudio Delphi en base a las diferentes cuestiones relacionadas con los CLD y el modelo AICP.

a) Sobre el enfoque y método Delphi

Todo ejercicio de prospectiva tiene como objetivo arrojar una mirada tentativa sobre un futuro que siempre es incierto. No se trata de adivinar el futuro sino de anticiparlo de algún modo reduciendo en lo posible la incertidumbre. Dicha mirada es una aproximación que puede calificarse de subjetividad objetivada por cuanto es construida en base a la opinión fundada de aquellos que pueden contribuir a anticipar el futuro, es decir, los que llamamos expertos o personas que, por su trabajo investigador, capacidad profesional y experiencia directiva, tienen una cierta capacidad predictiva. Pero que, además, lo hacen compartiendo la mirada tantas veces como sea necesario para llegar a un consenso tentativo, tanto en el diseño de los cambios (qué es necesario hacer), como en la probabilidad de que puedan llevarse a cabo (cuándo será posible su desarrollo).

Para realizar este tipo de ejercicio o simulación de subjetividad objetivada la SEGG ha promovido dos actividades de investigación grupal:

a.1) En primer lugar, mediante sesiones internas de trabajo, en la sede de la SEGG, de expertos, investigadores, profesionales y directivos en CLD para debatir el objetivo del trabajo, el método para llevarlo a cabo y fijar las áreas de indagación donde centrar el estudio de prospectiva o tendencias de desarrollo de los CLD en España, así como el perfil general de los participantes en la consulta Delphi. Hay que advertir que todo el diseño y sus resultados se comprenden bajo una mirada general en el conjunto del Estado, lo que supone renunciar a una prospectiva detallada de ámbito territorial.

a.2) En segundo lugar, un equipo reducido de trabajo, con los criterios trazados en la fase de diseño, ha cerrado un cuestionario de consulta y lo ha enviado a una muestra de 121 personas de las que finalmente han contestado 71 personas en las dos rondas (el listado del grupo que ha participado en el Delphi se encuentra en el Anexo 5 de este informe). El envío y recepción del cuestionario se ha hecho *online* en base a una aplicación informática creada para tal fin. El tratamiento analítico de la información se ha realizado en base a las técnicas estadísticas que se aplican habitualmente en los estudios de tipo Delphi de forma que se refleje tanto el consenso general del grupo como las dispersiones que puedan producirse.

b) Los resultados del estudio Delphi

Un rasgo general que caracteriza a los resultados del estudio Delphi desarrollado por la SEGG es el elevado consenso existente entre los intervinientes en relación con las medidas propuestas o enfoques de intervención sociosanitaria a lo largo de todo el proceso de la consulta y, como contraste, la prudencia e incluso pesimismo de su aplicación en el futuro. Es decir, el grupo comparte una visión “fuerte” o robusta de las medidas o criterios a aplicar en los programas de CLD y, por contra, un pronóstico “muy prudente” sobre la posibilidad de aplicar con relativa rapidez dichas medidas.

No cabe duda de que detrás de ambas posiciones: amplio consenso sobre las medidas y notable prudencia en cuanto a su pronta aplicación, late una experiencia y valoración dual por parte de los participantes.

El consenso sobre las medidas se explica en buena medida por la capacidad de profesionales sanitarios y de los servicios sociales, directivos públicos, proveedores de servicios, expertos y académicos y organizaciones representativas de personas mayores y de la discapacidad, de crear un espacio común de conocimiento experto e investigador en materia de CLD en un relativo corto espacio de tiempo, que se inició en torno a los primeros años de la década de los 90 del pasado siglo. El seguimiento de las propuestas de la comunidad científica, organismos internacionales y de las evidencias encontradas, así como la puesta en común a través de jornadas, congresos, mesas de trabajo e intercambio de experiencias ha permitido construir un espacio de conocimiento experto compartido y con un gran potencial de aplicación.

El recelo o relativo pesimismo sobre la probabilidad de hacer los cambios propuestos en un corto tiempo puede explicarse por las dificultades experimentadas en el proceso de aplicación de la LAPAD, las diferencias entre instituciones y culturas profesionales y el propio impacto de la crisis económica y financiera. Y, en general, por las incertidumbres que afronta el desarrollo del Estado de Bienestar en España

Este contraste entre el optimismo de las propuestas o deseos y el relativo pesimismo en el pronóstico de su rápida aplicación, demuestra que nos encontramos ante un proceso complejo de cambio, que llevará tiempo y que tendrá que superar no pocas dificultades institucionales, financieras y culturales.

Finalmente, destacar que a pesar del amplio consenso del grupo en casi todas las propuestas de cambio y en el horizonte de su realización, los profesionales de los servicios sociales destacan por su mayor pesimismo en cuanto a su realización en cortos períodos de tiempo, a mayor distancia del grupo de los expertos y académicos. Por el contrario, las organizaciones

representativas de personas mayores y de la discapacidad hacen pronósticos más optimistas en la aplicación de los cambios, es decir, los ven factibles en cortos períodos de tiempo.

A) Un primer ámbito de resultados generales, relativos a la dimensión integralidad del modelo AICP, es el referente al **acceso al sistema, su organización y planificación, así como el rol de los cuidados familiares.**

El análisis del acceso al sistema de CLD se plantea en el estudio Delphi mediante la propuesta de tres medidas: la posibilidad de una ventanilla única para facilitar la entrada de la demanda social, la existencia de un instrumento de valoración unificado y la creación de sistemas de información únicos compartidos por los profesionales y gestores de la atención social y sanitaria.

Las medidas propuestas han contado con un amplio apoyo por parte de los intervinientes tanto en la primera como en la segunda ronda de la consulta, sin apenas diferencias entre los seis grupos en los que hemos dividido el colectivo de personas consultadas. Si en la propuesta de la ventanilla única la mediana se ha situado en el 4, sobre un máximo de 5 en una escala de 1 a 5, en las otras dos propuestas la mediana se sitúa en torno al 5.

Sin embargo, en cuanto a su realización temporal antes de 3 años, sólo en el caso de la creación de instrumentos unificados de valoración el pronóstico de su realización alcanza al 44% de la muestra; en los otros dos casos no supera el 25%.

La información complementaria cualitativa de las personas consultadas señala las dificultades de la puesta en marcha de estas medidas. También problemas institucionales o la dificultad de compartir información entre dos sistemas tan diferenciados y asimétricos como son los servicios sanitario y social.

¿Cómo organizar un sistema de CLD? ¿Se puede avanzar hacia una unificación de las áreas territoriales sanitarias y las de los servicios sociales? La respuesta es clara al respecto: aunque el consenso es elevado (la mediana es de 4) la dispersión es elevada de forma que los representantes del sector público, los profesionales de los servicios sociales y los expertos y académicos son menos optimistas que los otros dos grupos en cuanto a la medida de la unificación. Y desde luego es una minoría la que afirma que este objetivo puede conseguirse antes de 3 años (el 18%); el 48% lo cree factible entre 3 y 6 años; y el 34% de las personas consultadas lo ven probable en un período de tiempo superior a 6 años. Esa distancia relativa de la propuesta también afecta a un posible papel más relevante que el que tiene en la actualidad de la Administración Local en los CLD, que los

expertos y los profesionales de los servicios sociales ven con cierta distancia en comparación con los restantes grupos.

Sin embargo, en las propuestas sobre prevención y atención comunitaria y transversal el acuerdo es unánime entre los participantes. En este último caso la unanimidad en la propuesta contrasta con un largo horizonte de tiempo para su aplicación: sólo el 15,5% pronostica que su realización sea posible antes de 3 años.

La estratificación de la población por niveles de gravedad y la necesidad de diseñar perfiles diferenciados de casos para la intervención de los equipos sociosanitarios concita un relativo acuerdo, una mediana del 4; los responsables públicos y los proveedores de servicios se sitúan en una mediana de 5. Sin embargo, el horizonte de su realización antes de 3 años lo comparte poco más de un tercio de las personas consultadas (35%), entre 3 y 6 años el 39,7% y el resto, 23,8%, lo ven factible a partir de 6 años. En este caso los profesionales de la sanidad pronostican mayoritariamente su aplicación antes de 3 años.

En este mismo sentido la propuesta de que los equipos de valoración dispongan de un geriatra consultor sólo la comparten ampliamente los profesionales de la sanidad y las organizaciones representativas y, en mucha menor medida, el resto de los colectivos.

El paso de un modelo de atención institucional a otro semejante al de un "hogar" cuenta con un apoyo casi unánime, pero su desarrollo solo se ve factible en el medio plazo por parte de todos los grupos, siendo los más pesimistas en el corto plazo los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales.

La propuesta de una reforma o revisión de la LAPAD en base a una batería de medidas de cambio es apoyada de manera amplia por los participantes en el Delphi que se decantan por dar prioridad a aquella revisión que priorice: a) el control de la calidad de los cuidados, b) la compatibilidad entre prestaciones económicas y servicios que faciliten la atención domiciliaria y, finalmente, c) el fortalecimiento de la sostenibilidad del sistema de CLD.

El debate entre cuál deben ser prioritarias si las prestaciones económicas o las prestaciones en servicios, el consenso del grupo es claro: las preferencias de las personas consultadas están en favor del desarrollo de los servicios formales directos o prestaciones económicas "vinculadas" al pago de los servicios. A gran distancia está el grupo de las personas consultadas que defiende como prioridad la concesión de prestaciones económicas dejando plena libertad a las personas para que organicen sus propios cuidados.

En el contexto de un modelo descentralizado de Estado y de competencias compartidas en el desarrollo de los CLD se propone a los participantes si es necesaria una planificación estratégica conjunta por parte del Consejo Interterritorial de Salud y el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD. La respuesta se sitúa en una mediana del 4 pero con un nivel de consenso a la baja, tal como se ve en el Gráfico 13. Todos los grupos están de acuerdo en que este objetivo se puede lograr en menos de 3 años.

Por el contrario, la planificación operativa conjunta a nivel territorial es una propuesta apoyada por unanimidad, aunque su realización antes de 3 años sólo la comparte el 20% de la muestra.

Casi en el mismo sentido que la propuesta de participación operativa, los participantes apoyan la necesidad de incorporar la gestión de casos a la LAPAD, lo que supone la participación activa de las personas en situación de dependencia en sus planes de atención, la continuidad de los cuidados y la coordinación de los recursos humanos y de las prestaciones y recursos necesarios en cada caso. Una propuesta que apoyan de manera casi unánime todos los grupos (mediana en todos ellos del 5). Pero en su realización práctica sólo el grupo de los profesionales de la sanidad contempla como probable el cambio antes de 3 años, el resto de los grupos se sitúa en un horizonte temporal superior.

Finalmente, en este bloque general de análisis acerca de la integralidad de la atención y de la coordinación/integración sociosanitaria, se ha abordado también el papel de las familias cuidadoras. El grupo manifiesta un elevado grado de consenso en cuanto a la necesidad de reconocer el papel de este colectivo, reforzando la formación y el apoyo al cuidador familiar y aplicando de nuevo la prestación de la financiación de la cotización de la Seguridad Social (suspendida desde Julio de 2012). Las organizaciones representativas son el grupo que con mayor decisión apoya este objetivo y, además, pronostican su aplicación antes de 3 años, en mayor medida que el resto de los grupos. En todo caso, se considera por todas las personas consultadas que el apoyo a los cuidadores familiares debe estar supeditado siempre a la calidad de la atención y al respeto por la autonomía en la toma de decisiones de la persona en situación de dependencia.

B) El segundo ámbito de análisis es el que se refiere a la **prospectiva de medidas a desarrollar en relación con la dimensión de personalización del modelo de AICP y su probable realización en el futuro.**

La propuesta de una ley de derechos y deberes de las personas que requieren CLD cuenta con un apoyo relativo, sólo las organizaciones representativas y los responsables del sector público la apoyan totalmente.

En todo caso, de aplicarse, ello sería posible antes de 3 años para escasamente un tercio de las personas consultadas. Por otra parte, dicha ley debería recoger de manera prioritaria la garantía de la autonomía personal, la libre elección de prestaciones y un control o auditoría de la calidad de los servicios que se prestan.

En el Delhi se han propuesto en conjunto cinco medidas dirigidas a reforzar el enfoque de atención centrada en la persona: la incorporación de la calidad de vida en la valoración de la dependencia, la existencia de un profesional de referencia cuando las personas son atendidas en un centro, la incorporación de un profesional de referencia en la atención a domicilio (gestor de caso) que acompañe *in situ* a lo largo del proceso de CLD, la elaboración de la historia de vida de cada persona, los planes personalizados de atención elaborados con la participación y acuerdo de la persona en situación de dependencia y, en su caso, de su familia. Todas estas medidas son herramientas de intervención social que cuentan con un amplio consenso en el grupo y que deberían formar parte de la buena praxis de los profesionales de la intervención social y sanitaria.

En casi todos los casos la mediana alcanza su valor máximo, el 5, con la excepción del profesional de referencia a domicilio y la historia de vida que obtienen una mediana de 4. Es decir, se trata de medidas que concitan un amplio consenso entre los participantes con matices diferenciales entre los colectivos intervinientes en la consulta. Así, por ejemplo, la incorporación de la calidad de vida en la valoración cuenta con un apoyo casi unánime; el profesional de referencia en centros cuenta también con un amplio apoyo; el gestor del caso logra un relativo menor apoyo que en los casos anteriores, al igual que sucede con la historia de vida. Finalmente, los planes personalizados de elaboración conjunta entre el equipo interdisciplinar, el profesional de referencia, la persona en situación de dependencia y la familia, concitan un apoyo casi unánime; lo mismo sucede en el caso de los planes personalizados a nivel domiciliario.

El pronóstico sobre la aplicación o desarrollo de estas medidas del modelo de AICP es factible antes de 3 años para la mayoría absoluta de los participantes en la consulta en el caso de la evaluación de la calidad de vida. En el resto de las propuestas el pronóstico de su realización en un plazo inferior a 3 años logra un apoyo en torno al 33%. Sólo la propuesta del profesional de referencia en centros logra el apoyo del 44% de los consultados en cuanto a su realización en menos de 3 años. Hay que destacar que de todos los grupos consultados el de las organizaciones representativas es el único que de manera mayoritaria pronostica como factibles las propuestas en un plazo inferior a 3 años.

El papel de los profesionales es crucial para el desarrollo del modelo de AICP y su formación debe ser adecuada. En este punto existe unanimidad

en el grupo, lo que se manifiesta en un rango intercuartílico de 0. El horizonte temporal para una formación específica es factible antes de 3 años para el 44% del grupo y para la mayoría absoluta de los profesionales de la sanidad, los responsables públicos y las entidades representativas. Por debajo de la media están los profesionales de los servicios sociales, expertos y académicos y los proveedores de servicios.

El grupo considera necesario crear nuevos roles profesionales para el desarrollo del modelo –tal como el gestor del caso a domicilio, el profesional de referencia en centros y el asistente personal-. La mediana alcanza el 5 en la respuesta y está cercana a la unanimidad de todos los grupos consultados. Pero el horizonte de su aplicación antes de 3 años sólo es pronosticado por el 29% de las personas entrevistadas.

Hay que señalar que en los comentarios adicionales parte del grupo matiza su respuesta en el sentido de que si bien son necesarios nuevos roles, también es importante reforzar los roles actuales redefiniendo los contenidos profesionales y adecuando su formación a las necesidades de los CLD y a la aplicación del modelo AICP.

C) Finalmente, el estudio aborda algunas cuestiones referidas a la **sostenibilidad futura de los CLD**.

La sostenibilidad de los CLD requiere, no tanto de una integración de los recursos del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales, sino de una mejor asignación conjunta y coordinación en las prestaciones de los CLD, ya que la integración puede ser compleja desde el punto de vista institucional. La mediana en este caso se sitúa en el 4, siendo los responsables públicos y los profesionales de los servicios sociales los que en mayor medida apoyan la propuesta (mediana del 5). Pero el pronóstico de su realización a corto plazo, antes de 3 años, sólo lo comparte el 21% de los participantes en la consulta; son excepción las organizaciones representativas que pronostican el logro de tal integración antes de 3 años.

Una vía para avanzar en la sostenibilidad de los CLD es evaluando las actuales experiencias en la aplicación del modelo de AICP, propuesta que concita un amplio apoyo del grupo y cuya realización es posible antes de 3 años para el 45% de la muestra y, de manera particular, para la mayoría de los responsables públicos y de las organizaciones representativas.

La financiación del modelo de CLD tiene que basarse en un modelo de financiación suficiente y estable, del que forma parte el copago. Cómo debe ser este copago no es tema que genere un elevado consenso; por el contrario, la propuesta realizada en la consulta –un copago en función de los recursos disponibles y estableciéndose un mínimo exento de pago para rentas bajas y tope en función del coste– es la que menor apoyo ha

generado entre todas las realizadas y se refleja en una mayor dispersión en las respuestas de los colectivos.

El colectivo de personas consultadas, en los comentarios adicionales a las preguntas sobre financiación y sostenibilidad, se decanta por un modelo público de financiación que garantice la suficiencia de los CLD y, en general, de los servicios públicos de bienestar. En este sentido, existe un amplio acuerdo en apoyo de un sistema fiscal eficaz y, si fuera necesario, de impuestos y cotizaciones que de manera específica se destinen a garantizar la oferta pública de servicios y prestaciones para la atención de la dependencia.

En resumen, de la consulta realizada mediante la técnica Delphi a la muestra significativa de expertos, profesionales, directivos y representantes de organizaciones sociales del campo de los CLD se deduce un **muy amplio consenso en relación a la necesidad de impulsar el modelo de AICP en sus dimensiones organizativas** (accesibilidad, organización, planificación y activo papel de la familia cuidadora), **asistencial** (centralidad de la autonomía de las personas en situación de dependencia, la importancia de la medida de la calidad de vida, la necesidad del profesional de referencia en centros y gestor del caso a nivel domiciliario, de la historia de vida y de los planes personalizados, así como la necesidad de definir nuevos roles profesionales a la vez que se refuerzan los actualmente existentes) y de **sostenibilidad** (mediante la mejora de la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales, la evaluación de resultados y un modelo público de financiación suficiente y estable).

Este amplio consenso en los objetivos, sin embargo, contrasta con una visión más pragmática en cuanto a la implantación de los diferentes objetivos del modelo que, en conjunto, es contemplado como un objetivo de medio plazo. La consecución de los objetivos del modelo de AICP sólo parcialmente se contempla en el corto plazo, menos de 3 años; por el contrario, los avances en el modelo son vistos como un objetivo a medio plazo, entre 3 y 6 años. Y en todos los objetivos existe un sector que los ve factibles a largo plazo, 6 y más años.

Este contraste, como hemos señalado antes, requiere de un debate en profundidad para analizar los condicionantes de todo tipo, institucionales, económicos, organizativos y profesionales, que lastran un mayor celeridad en el desarrollo del modelo que, como es obvio, afectan al logro de la calidad de vida de las apersonas en situación de dependencia.

7. Referencias bibliográficas

Amilibia M (2012): "El proyecto Etxean Ondo promovido por el Gobierno Vasco", en Rodríguez P (coord. y edit): Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Fundación Caser y Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Bermejo, L. (Coord.). (2013a). "Documento de Consenso sobre Competencias Comunes de los profesionales de la Gerontología Clínica y Social". Grupo de Trabajo Interdisciplinar de Educación Gerontológica de la SEGG. Disponible en <http://www.segg.es/edgerontologica.asp>

Brooker, D.(2013).Atención centrada en la persona con Demencia. Mejorando los recursos. Barcelona: Octaedro.

Canal R y Vilà T (2015): Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un nou model centrat en les persones. Taula de Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya.

Challis, D. & B. Davies (1986) Case Management in Community Care. Aldershot: Gower.

Contel JC, Muntané B y Camp L (2012) "La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada", en Atención Primaria, Volume 44, Issue 2, Pages 107-113

Diaz Veiga P y Sancho M (2012): "Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir "como en casa" en Informe Portal Mayores. IMSERSO.

Díaz Veiga P, Sancho, M., Garcia, A., Rivas, E., Abad, E., Suarez, N., Mondragon, G., Buiza, C., Orbegozo, A. y Yanguas, J. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo residentes en Centros Gerontológicos. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2014;49(6): 266-271

Eden alternative: "Eden's Alternative 10 Principles". Disponible en: www.edenalt.org.

Ferlie, E., Challis, D. & B. Davies (1989) Efficiency-Improving Innovations in Social Care of the Elderly. Aldershot: GowerCollins, J.H. (2009). The person centered way. Lexington, KY

García Navarro, JA (2014): "La atención integral e integrada sociosanitaria a personas con necesidad de cuidados de larga duración", en Rodríguez P y Vilà A, (coord.): Modelo de atención integral y centrada en la persona.

Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Ed. Tecnos. Madrid

Generalitat de Catalunya (2014): Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i socio sanitària (PIAISS)

Gobierno Vasco, 2010: Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. <http://www.econ.upf.edu/~jimenez/my-public-files/EstrategiaCronicidad.pdf>

Goikoetxea, M.J. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41, 424-448.

Grupo de trabajo de Calidad de la SEGG: 50 Recomendaciones básicas de aplicación del modelo de planificación gerontológica centrada en la persona. www.segg.es

Herrera E et al (2004):. Plan Marco de Atención Socio-sanitaria en Extremadura 2005-2010. Junta de Extremadura.

Herrera E. (2012) "Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución". Actas de la Dependencia; 2012. 6: 51-61.

Herrera E et al (2014): "Coordinación socio sanitaria: Cambios necesarios en el sistema para una adecuada atención integrada", en Rodríguez P y Vilà A, (coord.): Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Ed. Tecnos. Madrid.

Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered: the person comes first. Maidenhead-Berkshire: Open University Press.

Leichenring, K (2009): "La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa", en Arriba, A y Moreno, FJ: El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos, IMSERSO, 2009.

Leichenring, K, Billings, J, Nies, H (2013): Integrated care for older people in Europe—latest trends and perceptions. Palgrave Macmillan. London.

Martínez, T, (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Disponible: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>

Martínez, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa de los centros. Manual para su aplicación. Disponible en: www.acpgerontologia.net

Martínez T (2016): La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación, Nº 3 de la Colección Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Madrid.

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. y Rodríguez, P. (2014). "Cuadernos Prácticos. Modelo de Atención Centrada en la Persona". Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2011): Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria en España. MSPSI.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014: Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.

Misiorski, S. (2004). Getting Started: A Pioneering Approach to Culture Change in Long-Term Care Organizations. New York: Pioneer Network and Paraprofessional Healthcare Institute.

Nussbaum, M. (2012). Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano. Barcelona: Paidós.

New Health Fundación, 2014:
<http://www.newhealthfoundation.org/index.php/es/proyectos-y-actividades/omis>

OECD. (2005). "Ensuring quality long-term care for older people". Policy Brief, vol march 2005. Paris: OECD.

OCDE (2011): HelpWanted? Providing and Paying for Long-TermCare, París.

OCDE (2013): A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. París.

Observatorio de Modelos Integrados de Salud. OMIS (2014): Experiencias de atención integrada en España.

OMS (2012). Strategy and action plan on healthy ageing in Europe, 2012-2020. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponible:
www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf.

OMS (2015^a): Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

OMS (2015^b): People-centred and integrated health services: an overview of the evidence.

Pérez Salanova, M (2009): Autonomía y dependencia en la vejez, en Fundación Víctor Grifols i Lucas (Cuadernos, nº 16). Barcelona.

Pioneer network. Disponible en <http://www.pioneernetwork.net/>

Rogers, R. C. (1980). A way of being: the latest thinking on a person-centred approach to life. Houghton, Boston.

Rodríguez Cabrero, G. (2014). El desarrollo de la Ley de la Dependencia: una rama de protección social en regresión. Madrid: Fundación 1º de Mayo.

Rodríguez Cabrero, G. y Marbán Gallego, V. (2013). "Long-term care in Spain: between coord. care tradition and the public recognition of social risk". En Ranci, C. y Pavolini, E. (eds.). (2013). Reforms in Long-term care policies in Europe. New York Springer.

Rodríguez Cabrero, G. y Marbán Gallego, V. (2013) "La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización". En E. del Pino y J. Rubio (eds.): Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Madrid: Tecnos.

Rodríguez Cabrero G., Rodríguez, P., Castejón, P. y Morán, E. (2013): Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal, colección Estudios.

Rodríguez Rodríguez, P. (2006). El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Madrid: Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 87.

Rodríguez Rodríguez, P. (2010). La atención integral y centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Madrid. Informes Portal Mayores Nº 106.

Rodríguez Rodríguez, P. (2011). "Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir". Madrid: Actas de la Dependencia, 3. Fundación Caser para la dependencia.

Rodríguez Rodríguez, P. (2011). "Novedoso proyecto piloto de atención domiciliaria y participación comunitaria". Gizarteratuz, núm. 15, abril, 6-7.

Rodríguez, P; Bermejo, L; Marín, JM y Valdivieso, C (2011).: Los servicios de Ayuda a Domicilio. Manual de planificación y formación: Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez Rodríguez, P. (Coord. Y edit.). (2012). Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Fundación Caser. Madrid.

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. Fundación Pilares. Papeles de la Fundación, nº 1. www.fundacionpilares.org.

Rodríguez P y Vilà A, coord.. (2014): Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Ed. Tecnos. Madrid.

Saizarbitoria, M (2012): "Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona", en R. Zerbitzuan, 51.

Serra-Sutton, V. et al (2015): Avaluació externa de 9 models collaboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

Sevilla J, Abellán R, Herrera G, Pardo C, Casas X y Fernández R (2009): Un concepto de planificación centrada en la persona para el siglo XXI. Fundación Adapta.

Subirats, J. (2011): Otra sociedad ¿Otra política?. Barcelona. Icaria.

SIIS-Centro de documentación y estudios. Fundación Eguía Careaga. (2011): Los derechos de las personas mayores y el medio residencial, ¿cómo hacerlos compatibles? Donostia: SIIS-Fundación Eguía Careaga.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (2014): 50 Recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona (PAGCP). Documento del Grupo de trabajo de Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores.

UE (2008): Long-term care in the European Union. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. DG, Bruselas.

UE (2012): The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). Bruselas.

Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez L.E. y Schalock, R.L. (2008a). Formulari de l'Escala GENCAT de Qualitat de vida. Manual d'aplicació de l'Escala GENCAT de Qualitat de vida. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Cataluña. Disponible en <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatFormularioCAT.pdf>

Verdugo, M.A., Gómez, L.E. y Arias, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT. Salamanca: Universidad de Salamanca, INICO, Colección Herramientas 4, 2009.

Verdugo, M.A., Schalock, R.L., Arias, B., Gómez, L. y Jordán de Urríes, F. (2013). Calidad de vida. En M.A.Verdugo y R.L. Schalock (Eds.), Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia. Salamanca: Amarú.

Vilá, T. (2009). Tendencias de la nueva legislación de los Servicios sociales. Madrid: EAPN.

Vilá, A. (2012) "Identificación de los aspectos normativos afectados por el desarrollo de los nuevos modelos de Atención Centrada en la Persona". Disponible en: http://www.zuzenean.euskadinet/s68-contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/Aspectos%20Normativos_final.pdf.

Vilá, T. (2012). "La nueva generación de leyes autonómicas de Servicios sociales", en Azarbe, n. 1, 143-155.

Vilá, T. (2013). "Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia", en Actas de la dependencia, Fundación Caser para la Dependencia, n. 8, julio, 47-67.

Villar, F. (2006). Historias de vida y envejecimiento. Informes Portal Mayores, 59. Lecciones de Gerontología, VII.

8. Anexos

Anexo 1. Cuestionario

Presentación

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) pretende conocer la opinión experta de un conjunto de profesionales cualificados y de reconocido prestigio, que, como Vd, han sido seleccionados en virtud de su acreditada trayectoria profesional. Para ello, necesitamos que cumplimente el cuestionario que sigue a continuación y que resolverá en menos de 30 minutos. Sin su inestimable colaboración este estudio sería imposible de realizar, por lo que le anticipamos nuestro más **profundo agradecimiento**.

El objetivo es conocer el grado de acuerdo en torno a una serie de cuestiones relacionadas con cómo dar respuesta a la creciente demanda de los denominados “cuidados de larga duración” cumpliendo con criterios de eficacia (incrementar y/o mantener la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y de sus familias cuidadoras) y eficiencia (utilizando los recursos materiales y humanos de manera que su coste resulte sostenible en el tiempo). Esta Sociedad Científica fundamentará su posición en el consenso que se obtenga como resultado de esta investigación Delphi, y elaborará a partir de ahí propuestas y soluciones.

Partimos de dos modelos que han venido tratándose de manera separada: la atención integral o integrada y la atención centrada en la persona, y los abordamos de manera conjunta, tal como se propone desde la OMS en su último *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*, de 2015, entendiendo que:

El modelo de atención integral e integrada y centrada en la persona (AICP) sería aquel que garantiza una respuesta proactiva, planificada, flexible, coordinada y adaptada a las necesidades de quienes precisan cuidados de larga duración (CLD) y con ello contribuye a producir más bienestar y de manera más costoeficiente porque los recursos disponibles se utilizarán de manera transversal, racional y adecuada. Al mismo tiempo, la aplicación del modelo procura un rol activo, responsable y participativo de la persona en su proceso de CLD tanto en lo relativo a la toma de decisiones sobre su propio plan de atención sociosanitaria como en su exigencia de respeto y apoyo en lo que atañe a su autodeterminación sobre su propio proyecto de vida.

CUESTIONARIO:

BLOQUE 1. DIMENSIÓN INTEGRALIDAD E INTEGRACIÓN DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN (CLD).

1.1. Acceso al sistema:

P.1.Una Ventanilla única en atención primaria (social y sanitaria) desde la que se facilite información, orientación y se tramite la valoración a personas en situación de dependencia y familias es una de las principales claves para la atención integrada.

- *Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:*

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

- *Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:*

<i>Menos de 3 años</i>	
<i>de 3 a 5 años</i>	
<i>de 6 a 8 años</i>	
<i>más de 8 años</i>	

P.2.Para facilitar el acceso a los Sistemas de protección social por discapacidad o dependencia, deberían unificarse los procedimientos e instrumentos de valoración (grado de discapacidad y Baremo de Valoración de la Dependencia BVD).

- *Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:*

-

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

- *Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:*

<i>Menos de 3 años</i>	
<i>de 3 a 5 años</i>	
<i>más de 6 años</i>	

P.3.Es necesario desarrollar un sistema de información único en el que se integren los datos y valoraciones sanitarios y sociales.

- *Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:*

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

– Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

Indique aquí, en su caso, sugerencias o comentarios relacionados con este apartado de acceso al sistema de CLD (1.1).

--

1.2. Organización del sistema de CLD

P.4. Para desarrollar y facilitar una correcta coordinación sociosanitaria es imprescindible la unificación de divisiones territoriales de áreas de salud y de áreas de servicios sociales en todo el Estado.

– Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

– Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

P.5. Teniendo en cuenta la evidencia científica con la que contamos acerca de la eficiencia de la prevención en ámbitos psico-sociales y de salud, diga por favor cuáles de entre estas actuaciones le parecen más importantes.

(Marque hasta un máximo de tres, las que considere más importantes):

- *Promoción de la salud*
- *Prevención de enfermedades crónicas*
- *Fomento de la generación de redes sociales para la participación social*
- *Detección e intervención en situaciones de soledad*
- *Seguimiento y control de las situaciones de Fragilidad*
- *Fomentar la autonomía del paciente en sus procesos de salud (paciente activo)*

P.6. La Administración Local debería tener un papel relevante en todo el proceso de intervención de los casos (valoración, planificación, gestión y evaluación), siguiendo los criterios que se determinen por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD.

- *Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:*

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

- *Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:*

<i>Menos de 3 años</i>	
<i>de 3 a 5 años</i>	
<i>de 6 a 8 años</i>	
<i>más de 8 años</i>	

P.7. El enfoque de la atención ha de ser comunitario y transversal con establecimiento de redes de servicios de proximidad, no solo de servicios sociosanitarios, sino también vivienda, transporte, participación social, educación, comidas y otros servicios a domicilio

- *Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:*

TOTALMENTE EN	TOTALMENTE DEACUERDO

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

– Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

P.8. Para mejorar la asistencia en casos de complejidad asistencial, se estratificará la población por niveles de dependencia o gravedad de la enfermedad y se determinarán criterios y perfiles de casos en los que deben intervenir equipos sociosanitarios.

– Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

– Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

P.9. Los servicios de valoración de la dependencia deben disponer de un geriatra consultor para el apoyo a los equipos de valoración cuando sea preciso.

– Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

– Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
-----------------	--

de 3 a 5 años	
más de 6 años	

P.10. Dada la evidencia existente acerca de la influencia del diseño ambiental y arquitectónico en el bienestar de las personas, debe evolucionarse, especialmente en las residencias, para pasar del modelo “institucional” al modelo “hogar” y, para ello, hay que establecer criterios claros y flexibilizar la normativa actual.

– Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5
siendo:

TOTALMENTE EN			TOTALMENTE DEACUERDO	
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

– Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

P.11. ¿Considera que debe revisarse la LAPAD?

Sí	
No	

En caso de que su respuesta haya sido **sí**, marque hasta un máximo de 5 las modificaciones que considera más importantes:

- Determinar la gobernanza del SAAD (competencias Estado, CCAA y Administraciones locales)
- Evitar desigualdades personales y territoriales
- Asegurar la equidad del sistema
- Unificar la valoración de discapacidad y dependencia
- Incorporar la valoración de las condiciones ambientales y de accesibilidad de la vivienda y regular el acceso a prestaciones económicas para su adecuación.
- Asegurar la compatibilidad de las prestaciones y servicios para las personas que optan por permanecer en el domicilio

- Incluir dentro de los programas de atención domiciliaria sanitarios o sociales (SAD) la posibilidad de recibir servicios profesionales (fisioterapia, terapia ocupacional, psicología) y otros servicios de proximidad.
- Concretar las prestaciones de apoyo a la autonomía personal
- Revisar la financiación y establecer mecanismos de sostenibilidad
- Reducir el copago de los beneficiarios
- Recuperar la afiliación a la Seguridad Social de las personas cuidadoras de la familia en edad laboral que estén recibiendo la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF).
- Controlar la calidad de los cuidados prestados, tanto en los domicilios, como en los centros.
- Incrementar la intensidad de las prestaciones
- Otras (indicar cuáles): _____

Indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

P. 12. Se discute si es más adecuada una prestación monetaria o un servicio. La LAPAD optó por la prioridad en los servicios para garantizar la calidad de los cuidados, pero algunos consideran que una prestación económica facilita la autonomía, la capacidad de elección del usuario y la simplifica los procedimientos y gestiones.

Marque la opción que es, para Vd. preferible

- Deben priorizarse los servicios formales
- Son preferibles las prestaciones económicas dejando libertad a las personas para organizarse la atención.
- Son preferibles las prestaciones económicas, pero vinculadas a servicios.
- Lo preferible son las prestaciones económicas para retribuir a los cuidadores/as familiares.
- Otra, diga cuál

Indique aquí, en su caso, sugerencias o comentarios relacionados con este apartado de organización al sistema de CLD (1.2).

1.3. Planificación participativa

P.13. Para dar unidad al sistema de CLD, la planificación estratégica se desarrollará por el Consejo Interterritorial de Salud y el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD.

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

- Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
Más de 6 años	

P.14. La planificación operativa debe ser participativa en el ámbito y contexto territorial de intervención que corresponda (autonómico o local). Para ello, debe convocarse a todos los agentes concernidos mediante procesos participativos y de intervención comunitaria (servicios sociosanitarios, proveedores, ONG, Asociaciones...).

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

- Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

P.15. Entre las modificaciones de la LAPAD debe incorporarse el derecho a la metodología de gestión de casos (como se ha hecho en Alemania) para garantizar la planificación participativa contando con la persona y, en su caso, su familia, la coordinación de recursos y profesionales y la continuidad de los cuidados en las situaciones de especial vulnerabilidad social y complejidad sanitaria.

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

Indique aquí, en su caso, sugerencias o comentarios relacionados con este apartado de sobre planificación participativa (1.3).

--

1.4. El papel de las familias cuidadoras

P.16. Las PECEF irán acompañadas de un plan de formación y apoyo al cuidador/a en los propios domicilios de las personas que reciben los cuidados, al tiempo que verificar *in situ* la idoneidad de los cuidados y de la persona cuidadora para desarrollarlos.

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
Más de 5 años	

P.17. Debe recuperarse la afiliación a la Seguridad Social que se previó en la LAPAD para los casos de PECEF cuando la persona cuidadora del entorno familiar tiene edad laboral y no está incluida en el mercado de trabajo.

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
Más de 5 años	

1.18. Las familias cuidadoras, con independencia de que se beneficien o no de la PECEF, son la principal fuente de apoyo para las personas en situación de dependencia y debieran ser objeto de atención preferente para evitar su sobrecarga y promover un mayor reconocimiento de su labor. Algunas de las medidas que considero importantes para implementar desde la Administración serían:

(Señalar un máximo de tres opciones)

- Mayor información y asesoramiento acerca de los servicios y prestaciones a los que pueden tener acceso, tanto públicos como privados.
- Garantizar la formación para el buen cuidado y el autocuidado, tanto en el propio domicilio como en grupo.
- Mayor intensidad y flexibilidad en la prestación de servicios de respiro
- Fomentar la creación de asociaciones de cuidadores del ámbito familiar.
- Crear programas de descarga y ventilación emocional de los cuidadores.
- Conocer mejor las necesidades de las familias a través de la investigación

Indique aquí, en su caso, sugerencias o comentarios relacionados con este apartado las familias cuidadoras como objeto de atención (1.4).

--

BLOQUE 2. DIMENSIÓN ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP).

2.1. La autonomía y la libre elección de las personas.

P.19. Debe elaborarse una Ley de Derechos y Deberes para las personas que requieren CLD

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, marque qué aspectos cree que deberían incluirse:

- Medidas para garantizar el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones
- Determinar el papel de la familia en la toma de decisiones
- Determinar los criterios y medidas para garantizar el secreto profesional y la confidencialidad
- Garantizar la información y el derecho a establecer testamento vital
- Garantizar la libre elección de la persona del tipo de prestación o servicio entre las que le corresponden
- Auditar los servicios que se prestan para garantizar unos cuidados dignos.
- Otros (indicar): _____

indique un escenario temporal en el que piensa que esta Ley podría aprobarse:

Menos de 3 años	
de 3 a 6 años	
de 6 a 8 años	
Más de 8 años	

2.2. Valoración, historia de vida y planes personalizados

P.20. Los instrumentos de valoración de la calidad de vida deben formar parte de la valoración integral de quienes requieren CLD.

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 6 años	
Más de 6 años	

P.21. Cada persona en situación de dependencia que esté atendida o viva en un centro debe tener un profesional de referencia asignado. Éste es preferible que provenga del equipo de atención continuada (auxiliares) y no tendrá más de 8 personas referentes; al mismo tiempo, dependiendo de su necesidad de atención, tendrá otros profesionales de referencia (enfermero, terapeuta ocupacional, etc.).

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 6 años	
de 6 a 8 años	
Más de 8 años	

P. 22. Cuando la persona que precisa CLD está en su domicilio, su profesional de referencia será el/la gestor/a de caso, si existe esta figura, o bien un/a profesional con titulación universitaria (trabajador/a social o enfermera), que tendrá asignados un número máximo de 30 casos.

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 6 años	
de 6 a 8 años	
Más de 8 años	

P. 23. El conocimiento de la biografía y la elaboración de la historia de vida de cada persona son elementos básicos de la ACP en el contexto de la relación de ayuda. La metodología e instrumentos para desarrollarla deben estar a cargo del profesional de referencia que cada persona tenga asignada.

-Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 6 años	
de 6 a 8 años	
Más de 8 años	

P. 24. Los planes personalizados de atención deben elaborarse conjuntamente en los centros por el equipo interdisciplinar, profesional de referencia, persona en situación de dependencia y/o familia o grupo de apoyo. Siempre se garantizará el acuerdo de la persona o de su representante a este plan y a las variaciones que se vayan produciendo, mediante la firma del mismo.

Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 6 años	
de 6 a 8 años	
Más de 8 años	

P.25. El plan personalizado de atención y de apoyo cuando se interviene con personas que viven en su domicilio estará a cargo de un profesional de referencia (un/a gestor/a de caso, si se aplica esta metodología, que podrá contar con otros profesionales complementarios) y la persona que necesita apoyos y/o su familia, que siempre deberá/n mostrar su conformidad al plan acordado mediante la firma correspondiente.

Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
------------------	--	--	--	-------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 6 años	
de 6 a 8 años	
Más de 8 años	

Indique aquí, en su caso, sugerencias o comentarios relacionados con este apartado las familias cuidadoras como objeto de atención (2.2.).

Desplazamiento de Fisioterapeutas o Terapeutas Ocupacionales a domicilio en casos necesarios
--

2.3. El papel de los profesionales

P. 26. Para aplicar correctamente el modelo, tanto en su dimensión de integración o coordinación de servicios como de atención centrada en la persona los/las profesionales deben recibir formación adecuada sobre el mismo, tanto en sus aspectos teóricos como prácticos.

- Manifestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

P. 27. Habría que definir los nuevos roles profesionales para la implementación de la AICP (gestión de casos en domicilios, profesional de referencia en centros, asistentes personales) y procurar actuaciones formativas acordes con estos cometidos.

Manifiestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥ 3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

Indique aquí, en su caso, sugerencias o comentarios relacionados con este apartado sobre (2.3).

--

2. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL MODELO AICP

P. 28. La coordinación o integración sociosanitaria exigen el trasvase de presupuestos desde Sanidad a Servicios Sociales y del nivel especializado al primario

- Manifiestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥ 3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

P. 29. Deben realizarse estudios evaluativos de las diferentes experiencias que se están desarrollando de aplicación del modelo, tanto en domicilios, como en centros, con el fin de contar con evidencia empírica que avale su eficacia, viabilidad, y sostenibilidad.

Manifiestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

P. 30. Para la sostenibilidad del sistema es necesario que todas las prestaciones y servicios para CLD sean de copago, calculado en función de sus recursos disponibles y estableciéndose un mínimo exento de pago (rentas bajas) y un tope (% del coste).

Manifiestar grado de acuerdo mediante una escala de 1 a 5 siendo:

TOTALMENTE EN				TOTALMENTE DEACUERDO
1	2	3	4	5

(INTRODUCIR FILTRO: SOLO CONTESTAN LOS QUE MARQUEN ≥3)

Si su respuesta es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

Menos de 3 años	
de 3 a 5 años	
de 6 a 8 años	
más de 8 años	

Indique aquí, en su caso, sugerencias o comentarios relacionados con este apartado sobre financiación y sostenibilidad (3).

--

Anexo 2. Indicadores generales y segmentación

Pregunta 1	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00
Mediana R2	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Media R2	4,30	4,11	4,00	4,00	4,00	4,00	4,20
Desviación estándar R2	0,88	0,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,20	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25

Pregunta 2	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Mediana R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Media R2	4,51	4,44	4,75	4,55	4,25	4,79	4,20
Desviación estándar R2	0,77	0,73	0,62	0,69	0,97	0,43	1,10
Q1 R2	4,00	4,00	5,00	4,00	3,75	5,00	3,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,20	0,20	0,00	0,20	0,25	0,00	0,40

Pregunta 3	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Media na R1	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Media na R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Media R2	4,65	4,44	5,00	4,55	4,50	4,86	4,40
Desviación estándar R2	0,61	0,73	0,00	0,69	0,69	0,36	0,89
Q1 R2	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartilico R2	0,20	0,20	0,00	0,20	0,20	0,00	0,20
Pregunta 4	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Media na R1	4,00	3,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00
Media na R2	4,00	3,00	4,50	5,00	4,00	5,00	5,00
Media R2	4,17	3,67	4,42	4,27	3,95	4,36	4,60
Desviación estándar R2	0,93	1,12	0,67	0,90	1,00	0,93	0,55
Q1 R2	4,00	3,00	4,00	3,50	3,00	4,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartilico R2	0,25	0,67	0,22	0,30	0,50	0,20	0,20

Pregunta 6	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00
Mediana R2	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00
Media R2	4,04	4,44	4,00	3,91	3,50	4,64	4,20
Desviación estándar R2	1,14	0,73	0,74	0,94	1,61	0,50	1,30
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	3,50	2,00	4,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	4,00	4,50	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,25	0,20	0,00	0,25	0,75	0,20	0,20

Pregunta 7	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Mediana R2	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Media R2	4,77	4,44	4,92	4,91	4,65	4,93	4,80
Desviación estándar R2	0,54	0,53	0,29	0,30	0,81	0,27	0,45
Q1 R2	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Pregunta 8	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00
Mediana R2	4,00	5,00	4,50	4,00	4,00	5,00	4,00
Media R2	4,01	4,67	4,25	3,45	3,75	4,36	3,60
Desviación estándar R2	1,11	0,71	0,97	1,21	1,16	0,93	1,52
Q1 R2	3,50	5,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	4,00
Rango intercuartílico R2	0,38	0,00	0,22	0,25	0,50	0,20	0,00

Pregunta 9	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	2,00	5,00	4,00	4,00	4,00	5,00
Mediana R2	4,00	2,00	4,50	4,00	4,00	4,00	5,00
Media R2	3,83	2,78	4,33	3,55	3,85	4,00	4,60
Desviación estándar R2	1,10	1,39	0,78	1,29	0,88	0,88	0,89
Q1 R2	3,00	2,00	4,00	3,00	3,00	3,00	5,00
Q3 R2	5,00	3,00	5,00	4,50	4,25	5,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,50	0,50	0,22	0,38	0,31	0,50	0,00

Pregunta 10	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
-------------	-------	-----------------------	--------------------------	------------------------	-----------------------	--------------------------	--

Mediana R1	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00	5,00
Mediana R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Media R2	4,65	4,67	4,67	4,45	4,70	4,57	5,00
Desviación estándar R2	0,56	0,50	0,49	0,82	0,57	0,51	0,00
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,75	4,00	5,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,20	0,20	0,20	0,20	0,05	0,20	0,00

Pregunta 13	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	3,50	4,00
Mediana R2	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Media R2	3,82	3,33	4,42	3,82	3,65	3,71	4,20
Desviación estándar R2	0,90	1,22	0,51	0,75	1,04	0,73	0,45
Q1 R2	3,00	2,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00
Q3 R2	4,00	4,00	5,00	4,00	4,25	4,00	4,00
Rango intercuartílico R2	0,25	0,67	0,25	0,25	0,31	0,25	0,00
Pregunta 14	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Mediana R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Media R2	4,68	4,68	4,68	4,68	4,68	4,68	4,60

Desviación estándar R2	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,55
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartilico R2	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20

Pregunta 15	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00	5,00
Mediana R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Media R2	4,72	4,67	4,75	4,73	4,75	4,71	4,60
Desviación estándar R2	0,48	0,50	0,45	0,47	0,55	0,47	0,55
Q1 R2	4,00	4,00	4,75	4,50	5,00	4,25	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartilico R2	0,20	0,20	0,05	0,10	0,00	0,15	0,20

Pregunta 16	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	5,00	5,00
Mediana R2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00
Media R2	3,94	4,00	3,50	4,27	3,95	3,86	4,40
Desviación estándar R2	1,11	1,12	1,38	0,47	1,15	1,23	0,89

Q1 R2	3,00	3,00	2,00	4,00	3,75	3,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,50	0,50	0,75	0,13	0,31	0,50	0,20

Pregunta 17	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Media R1	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	5,00
Media R2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00
Media R2	4,04	3,67	4,17	4,36	4,20	3,50	4,60
Desviación estándar R2	0,90	0,71	0,72	0,50	0,83	1,22	0,89
Q1 R2	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	3,00	5,00
Q3 R2	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,00
Pregunta 19	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Media R1	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00
Media R2	4,00	5,00	5,00	4,00	4,00	4,00	5,00
Media R2	3,94	3,89	4,25	4,09	3,60	3,86	4,60
Desviación estándar R2	1,21	1,36	1,06	0,94	1,35	1,35	0,55
Q1 R2	3,00	3,00	3,75	3,00	3,00	3,25	4,00

Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartilico R2	0,50	0,40	0,25	0,50	0,50	0,44	0,20

Pregunta 20	Tot al	Responsabl es públicos	Profesional es sanitarios	Profesional es sociales	Expertos y académicos	Proveedor es de servicios	Organizacion es de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,50	5,00
Mediana R2	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00	5,00
Media R2	4,45	4,44	4,42	4,73	4,30	4,50	4,40
Desviación estándar R2	0,81	0,73	0,67	0,90	0,98	0,65	0,89
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartilico R2	0,20	0,20	0,22	0,00	0,20	0,20	0,20

Pregunta 21	Tot al	Responsabl es públicos	Profesional es sanitarios	Profesional es sociales	Expertos y académicos	Proveedor es de servicios	Organizacion es de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00
Mediana R2	5,00	4,00	5,00	5,00	4,00	4,00	5,00
Media R2	4,32	4,33	4,50	4,55	4,20	4,14	4,40
Desviación estándar R2	0,82	0,71	0,80	0,69	0,89	0,95	0,89
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartilico R2	0,20	0,25	0,20	0,20	0,25	0,25	0,20

Pregunta 22	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	5,00
Mediana R2	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	5,00
Media R2	4,18	4,00	4,17	4,18	4,40	4,00	4,20
Desviación estándar R2	0,87	0,87	0,58	0,87	0,82	1,04	1,30
Q1 R2	4,00	3,00	4,00	3,50	4,00	4,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	4,25	5,00	5,00	4,75	5,00
Rango intercuartílico R2	0,25	0,50	0,06	0,38	0,20	0,19	0,20

Pregunta 23	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	5,00
Mediana R2	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,50	5,00
Media R2	4,24	4,33	4,42	4,18	4,15	4,14	4,40
Desviación estándar R2	0,89	0,71	0,51	1,25	0,88	1,03	0,89
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,25	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,25	0,25	0,25	0,20	0,25	0,39	0,20

Pregunta 24	Tot al	Responsabl es públicos	Profesional es sanitarios	Profesional es sociales	Expertos y académic os	Proveedor es de servicios	Organizacion es de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	4,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00
Mediana R2	5,00	4,00	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00
Media R2	4,52	4,44	4,75	4,55	4,25	4,64	4,80
Desviación estándar R2	0,75	0,53	0,45	0,82	0,91	0,84	0,45
Q1 R2	4,00	4,00	4,75	4,50	4,00	5,00	5,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartili co R2	0,20	0,25	0,05	0,10	0,22	0,00	0,00

Pregunta 25	Tot al	Responsabl es públicos	Profesional es sanitarios	Profesional es sociales	Expertos y académic os	Proveedor es de servicios	Organizacion es de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	5,00	4,00	5,00	4,50	5,00	5,00
Mediana R2	5,00	5,00	4,00	5,00	4,50	5,00	5,00
Media R2	4,41	4,33	4,25	4,45	4,30	4,57	4,80
Desviación estándar R2	0,82	0,87	0,87	0,82	0,86	0,85	0,45
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,25	5,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartili co R2	0,20	0,20	0,25	0,20	0,22	0,15	0,00

Pregunta 26	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Mediana R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Media R2	4,80	4,67	4,83	5,00	4,80	4,71	4,80
Desviación estándar R2	0,47	0,50	0,39	0,00	0,52	0,61	0,45
Q1 R2	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartilico R2	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Pregunta 27	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00
Mediana R2	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00
Media R2	4,49	4,33	4,67	4,82	4,45	4,29	4,40
Desviación estándar R2	0,67	0,50	0,49	0,40	0,83	0,73	0,89
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartilico R2	0,20	0,25	0,20	0,00	0,20	0,25	0,20
Pregunta 28	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	5,00	4,00	5,00	4,00	4,50	4,00

Media na R2	4,00	5,00	4,00	5,00	4,00	4,50	4,00
Media R2	4,10	4,22	4,08	4,27	3,90	4,29	3,80
Desviación estándar R2	1,00	1,30	0,67	1,10	1,02	1,07	0,84
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	3,50	3,00	4,00	3,00
Q3 R2	5,00	5,00	4,25	5,00	5,00	5,00	4,00
Rango intercuartílico R2	0,25	0,20	0,06	0,30	0,50	0,22	0,25

Pregunta 29	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,50	5,00
Mediana R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Media R2	4,63	4,67	4,58	4,64	4,75	4,43	4,80
Desviación estándar R2	0,64	0,50	0,67	0,81	0,44	0,85	0,45
Q1 R2	4,00	4,00	4,00	5,00	4,75	4,00	5,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,20	0,20	0,20	0,00	0,05	0,20	0,00

Pregunta 30	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Mediana R1	4,00	4,00	3,50	4,00	3,00	4,00	4,00
Mediana R2	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00

Media R2	3,76	3,56	4,08	3,82	3,40	4,14	3,60
Desviación estándar R2	1,14	1,42	0,90	0,87	1,23	1,03	1,52
Q1 R2	3,00	3,00	4,00	3,00	2,75	4,00	2,00
Q3 R2	5,00	5,00	5,00	4,50	4,25	5,00	5,00
Rango intercuartílico R2	0,50	0,50	0,25	0,38	0,50	0,25	0,75

Anexo 3. Segmentación del pronóstico de realización de las medidas

Su respuesta en P1 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	13	0	4	1	2	6	0
De 3 a 5 años	39	5	8	4	12	5	5
De 6 a 8 años	13	2	0	4	4	3	0
Más de 8 años	3	1	0	1	1	0	0
	68	8	12	10	19	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	19,12	0,00	33,33	10,00	10,53	42,86	0,00
De 3 a 5 años	57,35	62,50	66,67	40,00	63,16	35,71	100,00
De 6 a 8 años	19,12	25,00	0,00	40,00	21,05	21,43	0,00
Más de 8 años	4,41	12,50	0,00	10,00	5,26	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P2 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	31	3	5	5	7	9	2
De 3 a 5 años	34	4	7	6	11	3	3
Más de 6 años	5	2	0	0	1	2	0
	70	9	12	11	19	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	44,29	33,33	41,67	45,45	36,84	64,29	40,00
De 3 a 5 años	48,57	44,44	58,33	54,55	57,89	21,43	60,00
Más de 6 años	7,14	22,22	0,00	0,00	5,26	14,29	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P3 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	18	2	4	1	3	7	1
De 3 a 5 años	38	2	7	6	15	4	4
De 6 a 8 años	12	4	1	3	1	3	0
Más de 8 años	3	1	0	1	1	0	0
	71	9	12	11	20	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	25,35	22,22	33,33	9,09	15,00	50,00	20,00
De 3 a 5 años	53,52	22,22	58,33	54,55	75,00	28,57	80,00
De 6 a 8 años	16,90	44,44	8,33	27,27	5,00	21,43	0,00
Más de 8 años	4,23	11,11	0,00	9,09	5,00	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P4 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	12	1	3	1	2	4	1
De 3 a 5 años	32	1	8	4	12	4	3
De 6 a 8 años	17	4	1	5	3	3	1
Más de 8 años	6	2	0	1	1	2	0
	67	8	12	11	18	13	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	17,91	12,50	25,00	9,09	11,11	30,77	20,00
De 3 a 5 años	47,76	12,50	66,67	36,36	66,67	30,77	60,00
De 6 a 8 años	25,37	50,00	8,33	45,45	16,67	23,08	20,00
Más de 8 años	8,96	25,00	0,00	9,09	5,56	15,38	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P6 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	25	3	4	2	5	10	1

años							
De 3 a 5 años	23	3	6	4	6	1	3
De 6 a 8 años	9	2	1	3	1	2	0
Más de 8 años	4	1	0	1	1	1	0
	61	9	11	10	13	14	4
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	40,98	33,33	36,36	20,00	38,46	71,43	25,00
De 3 a 5 años	37,70	33,33	54,55	40,00	46,15	7,14	75,00
De 6 a 8 años	14,75	22,22	9,09	30,00	7,69	14,29	0,00
Más de 8 años	6,56	11,11	0,00	10,00	7,69	7,14	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P7 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	11	1	2	2	3	3	0
De 3 a 5 años	30	2	8	3	5	8	4
De 6 a 8 años	17	3	1	4	7	1	1
Más de 8 años	13	3	1	2	5	2	0
	71	9	12	11	20	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	15,49	11,11	16,67	18,18	15,00	21,43	0,00
De 3 a 5 años	42,25	22,22	66,67	27,27	25,00	57,14	80,00
De 6 a 8 años	23,94	33,33	8,33	36,36	35,00	7,14	20,00
Más de 8 años	18,31	33,33	8,33	18,18	25,00	14,29	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P8 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	22	3	7	1	5	6	0
De 3 a 5 años	25	3	2	4	9	4	3
De 6 a 8 años	15	2	2	4	3	3	1
Más de 8 años	1	1	0	0	0	0	0
	63	9	11	9	17	13	4

	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	34,92	33,33	63,64	11,11	29,41	46,15	0,00
De 3 a 5 años	39,68	33,33	18,18	44,44	52,94	30,77	75,00
De 6 a 8 años	23,81	22,22	18,18	44,44	17,65	23,08	25,00
Más de 8 años	1,59	11,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P9 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	16	0	4	0	6	4	2
De 3 a 5 años	13	0	1	1	5	4	2
Más de 6 años	19	4	2	5	6	2	0
	48	4	7	6	17	10	4
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	33,33	0,00	57,14	0,00	35,29	40,00	50,00
De 3 a 5 años	27,08	0,00	14,29	16,67	29,41	40,00	50,00
Más de 6 años	39,58	100,00	28,57	83,33	35,29	20,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P10 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	13	3	1	1	5	2	1
De 3 a 5 años	29	2	10	2	5	7	3
De 6 a 8 años	16	2	1	4	4	4	1
Más de 8 años	12	2	0	3	6	1	0
	70	9	12	10	20	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	18,57	33,33	8,33	10,00	25,00	14,29	20,00
De 3 a 5 años	41,43	22,22	83,33	20,00	25,00	50,00	60,00
De 6 a 8 años	22,86	22,22	8,33	40,00	20,00	28,57	20,00

Más de 8 años	17,14	22,22	0,00	30,00	30,00	7,14	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P11 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Entidades privadas	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	27	6	6	4	5	4	2
De 3 a 5 años	28	2	4	4	10	5	3
De 6 a 8 años	13	1	1	3	3	5	0
Más de 8 años	1	0	0	0	1	0	0
	69	9	11	11	19	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	36,62	50	50	28,57	25	28,57	28,57
De 3 a 5 años	39,44	28,57	37,5	28,57	55	35,71	35,71
De 6 a 8 años	22,54	21,43	12,5	42,86	15	35,71	35,71
Más de 8 años	1,41	0	0	0	5	0	0
	100	100	100	100	100	100	100

Su respuesta en P13 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	0	0	0	0	0	0	0
De 3 a 5 años	10	1	5	0	2	2	0
De 6 a 8 años	0	0	0	0	0	0	0
Más de 8 años	0	0	0	0	0	0	0
	10	1	5	0	2	2	0
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	

De 3 a 5 años	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	
De 6 a 8 años	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	
Más de 8 años	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	
	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	

Su respuesta en P14 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	14	2	4	2	2	3	1
De 3 a 5 años	44	4	8	5	13	10	4
De 6 a 8 años	8	2	0	1	4	1	0
Más de 8 años	4	1	0	2	1	0	0
	70	9	12	10	20	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	20,00	22,22	33,33	20,00	10,00	21,43	20,00
De 3 a 5 años	62,86	44,44	66,67	50,00	65,00	71,43	80,00
De 6 a 8 años	11,43	22,22	0,00	10,00	20,00	7,14	0,00
Más de 8 años	5,71	11,11	0,00	20,00	5,00	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P15 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	27	3	10	2	5	6	1
De 3 a 5 años	24	3	2	2	6	7	4
De 6 a 8 años	10	1	0	1	8	0	0
Más de 8 años	9	2	0	5	1	1	0
	70	9	12	10	20	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	38,57	33,33	83,33	20,00	25,00	42,86	20,00
De 3 a 5 años	34,29	33,33	16,67	20,00	30,00	50,00	80,00
De 6 a 8 años	14,29	11,11	0,00	10,00	40,00	0,00	0,00
Más de 8 años	12,86	22,22	0,00	50,00	5,00	7,14	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P16 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	23	2	3	2	8	5	3
De 3 a 5 años	23	2	3	4	6	6	2
Más de 5 años	13	4	1	4	3	1	0
	59	8	7	10	17	12	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	38,98	25,00	42,86	20,00	47,06	41,67	60,00
De 3 a 5 años	38,98	25,00	42,86	40,00	35,29	50,00	40,00
Más de 5 años	22,03	50,00	14,29	40,00	17,65	8,33	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P17 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	33	4	8	2	8	7	4
De 3 a 5 años	23	1	3	5	9	4	1
Más de 5 años	10	4	1	3	2	0	0
	66	9	12	10	19	11	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	50,00	44,44	66,67	20,00	42,11	63,64	80,00
De 3 a 5 años	34,85	11,11	25,00	50,00	47,37	36,36	20,00
Más de 5 años	15,15	44,44	8,33	30,00	10,53	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Indique un escenario temporal en el que piensa que esta Ley de Derechos y Deberes para las personas que requieren CLD podría aprobarse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	18	2	2	1	4	5	4
De 3 a 6 años	24	3	8	3	7	2	1
De 6 a 8 años	11	0	1	6	3	1	0
Más de 8 años	4	2	0	0	1	1	0
	57	7	11	10	15	9	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	31,58	28,57	18,18	10,00	26,67	55,56	80,00
De 3 a 5 años	42,11	42,86	72,73	30,00	46,67	22,22	20,00
De 6 a 8 años	19,30	0,00	9,09	60,00	20,00	11,11	0,00
Más de 8 años	7,02	28,57	0,00	0,00	6,67	11,11	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P20 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	35	5	7	2	10	6	5
De 3 a 6 años	21	2	3	3	5	8	0
Más de 6 años	10	2	1	4	3	0	0
	66	9	11	9	18	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	53,03	55,56	63,64	22,22	55,56	42,86	100,00
De 3 a 6 años	31,82	22,22	27,27	33,33	27,78	57,14	0,00
Más de 6 años	15,15	22,22	9,09	44,44	16,67	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P21 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	28	4	5	3	6	6	4
De 3 a 6 años	27	2	6	5	6	7	1
De 6 a 8 años	9	1	1	2	5	0	0
Más de 8 años	4	2	0	0	2	0	0
	68	9	12	10	19	13	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	41,18	44,44	41,67	30,00	31,58	46,15	80,00
De 3 a 6 años	39,71	22,22	50,00	50,00	31,58	53,85	20,00
De 6 a 8 años	13,24	11,11	8,33	20,00	26,32	0,00	0,00
Más de 8 años	5,88	22,22	0,00	0,00	10,53	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P22 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	19	3	3	2	5	2	4
De 3 a 6 años	32	3	9	3	7	10	0
De 6 a 8 años	9	0	0	4	5	0	0
Más de 8 años	7	3	0	1	2	1	0
	67	9	12	10	19	13	4
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	28,36	33,33	25,00	20,00	26,32	15,38	100,00
De 3 a 6 años	47,76	33,33	75,00	30,00	36,84	76,92	0,00
De 6 a 8 años	13,43	0,00	0,00	40,00	26,32	0,00	0,00
Más de 8 años	10,45	33,33	0,00	10,00	10,53	7,69	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P23 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	25	3	2	3	8	4	5

años							
De 3 a 6 años	28	2	9	3	6	8	0
De 6 a 8 años	9	2	1	3	3	0	0
Más de 8 años	5	2	0	0	2	1	0
	67	9	12	9	19	13	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	37,31	33,33	16,67	33,33	42,11	30,77	100,00
De 3 a 6 años	41,79	22,22	75,00	33,33	31,58	61,54	0,00
De 6 a 8 años	13,43	22,22	8,33	33,33	15,79	0,00	0,00
Más de 8 años	7,46	22,22	0,00	0,00	10,53	7,69	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P24 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	24	3	3	3	7	4	4
De 3 a 6 años	28	3	7	3	7	8	0
De 6 a 8 años	12	1	2	4	3	1	1
Más de 8 años	4	2	0	0	2	0	0
	68	9	12	10	19	13	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	35,29	33,33	25,00	30,00	36,84	30,77	80,00
De 3 a 6 años	41,18	33,33	58,33	30,00	36,84	61,54	0,00
De 6 a 8 años	17,65	11,11	16,67	40,00	15,79	7,69	20,00
Más de 8 años	5,88	22,22	0,00	0,00	10,53	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P25 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	20	1	3	3	7	2	4
De 3 a 6 años	30	5	7	2	6	10	0
De 6 a 8 años	11	1	1	4	4	0	1
Más de 8 años	6	2	0	1	2	1	0
	67	9	11	10	19	13	5

	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	29,85	11,11	27,27	30,00	36,84	15,38	80,00
De 3 a 6 años	44,78	55,56	63,64	20,00	31,58	76,92	0,00
De 6 a 8 años	16,42	11,11	9,09	40,00	21,05	0,00	20,00
Más de 8 años	8,96	22,22	0,00	10,00	10,53	7,69	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P26 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	31	5	7	3	7	4	5
De 3 a 6 años	26	2	4	3	8	9	0
De 6 a 8 años	11	1	1	4	4	1	0
Más de 8 años	2	1	0	0	1	0	0
	70	9	12	10	20	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	44,29	55,56	58,33	30,00	35,00	28,57	100,00
De 3 a 6 años	37,14	22,22	33,33	30,00	40,00	64,29	0,00
De 6 a 8 años	15,71	11,11	8,33	40,00	20,00	7,14	0,00
Más de 8 años	2,86	11,11	0,00	0,00	5,00	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P27 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	20	4	2	3	3	3	5
De 3 a 6 años	33	2	8	3	9	11	0
De 6 a 8 años	9	1	1	2	5	0	0
Más de 8 años	6	2	1	2	1	0	0
	68	9	12	10	18	14	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	29,41	44,44	16,67	30,00	16,67	21,43	100,00
De 3 a 6 años	48,53	22,22	66,67	30,00	50,00	78,57	0,00
De 6 a 8 años	13,24	11,11	8,33	20,00	27,78	0,00	0,00

Más de 8 años	8,82	22,22	8,33	20,00	5,56	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P28 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	13	1	1	3	2	3	3
De 3 a 6 años	29	4	7	2	8	7	1
De 6 a 8 años	10	0	3	2	3	2	0
Más de 8 años	10	2	1	2	4	1	0
	62	7	12	9	17	13	4
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	20,97	14,29	8,33	33,33	11,76	23,08	75,00
De 3 a 6 años	46,77	57,14	58,33	22,22	47,06	53,85	25,00
De 6 a 8 años	16,13	0,00	25,00	22,22	17,65	15,38	0,00
Más de 8 años	16,13	28,57	8,33	22,22	23,53	7,69	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P29 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio podría producirse:

	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	31	6	5	5	8	3	4
De 3 a 6 años	30	1	7	2	9	10	1
De 6 a 8 años	5	1	0	2	2	0	0
Más de 8 años	3	1	0	1	1	0	0
	69	9	12	10	20	13	5
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	44,93	66,67	41,67	50,00	40,00	23,08	80,00
De 3 a 6 años	43,48	11,11	58,33	20,00	45,00	76,92	20,00
De 6 a 8 años	7,25	11,11	0,00	20,00	10,00	0,00	0,00
Más de 8 años	4,35	11,11	0,00	10,00	5,00	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Su respuesta en P30 es 3 o más, indique un escenario temporal en el que piensa que este cambio

podría producirse:							
	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
Menos de 3 años	17	3	1	4	3	5	1
De 3 a 6 años	31	4	9	4	5	7	2
De 6 a 8 años	6	0	1	1	4	0	0
Más de 8 años	2	0	0	0	2	0	0
	56	7	11	9	14	12	3
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 3 años	30,36	42,86	9,09	44,44	21,43	41,67	33,33
De 3 a 5 años	55,36	57,14	81,82	44,44	35,71	58,33	66,67
De 6 a 8 años	10,71	0,00	9,09	11,11	28,57	0,00	0,00
Más de 8 años	3,57	0,00	0,00	0,00	14,29	0,00	0,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Anexo 4. Opciones entre medidas (las 3 opciones más importantes)

P5. Teniendo en cuenta la evidencia científica con la que contamos acerca de la eficiencia de la prevención en ámbitos pisco-sociales y de salud, diga por favor cuáles de entre estas actuaciones le parecen más importantes.

(Marque hasta un máximo de tres, las que considere más importantes):

- Promoción de la salud
- Prevención de enfermedades crónicas
- Fomento de la generación de redes sociales para la participación social
- Detección e intervención en situaciones de soledad
- Seguimiento y control de las situaciones de Fragilidad
- Fomentar la autonomía del paciente en sus procesos de salud (paciente activo)

Pregunta 5
1º. Fomentar la autonomía del paciente en sus procesos de salud (paciente activo)
2º. Seguimiento y control de las situaciones de Fragilidad
3º. Promoción de la salud

Pregunta 5	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
1º. Fomentar la autonomía del paciente en sus procesos de salud (paciente activo)	49	5	11	9	10	9	5
2º. Seguimiento y control de las situaciones de Fragilidad	46	7	9	8	14	7	1
3º. Promoción de la salud	37	4	8	4	8	11	2

P.11. ¿Considera que debe revisarse la LAPAD?

	%
Sí	97,26
No	2,74
	100,00

En caso de que su respuesta haya sido **sí**, marque hasta un máximo de 5 las modificaciones que considera más importantes:

- *Determinar la gobernanza del SAAD (competencias Estado, CCAA y Administraciones locales)*
- *Evitar desigualdades personales y territoriales*
- *Asegurar la equidad del sistema*
- *Unificar la valoración de discapacidad y dependencia*
- *Incorporar la valoración de las condiciones ambientales y de accesibilidad de la vivienda y regular el acceso a prestaciones económicas para su adecuación.*
- *Asegurar la compatibilidad de las prestaciones y servicios para las personas que optan por permanecer en el domicilio*
- *Incluir dentro de los programas de atención domiciliaria sanitarios o sociales (SAD) la posibilidad de recibir servicios profesionales (fisioterapia, terapia ocupacional, psicología) y otros servicios de proximidad.*
- *Concretar las prestaciones de apoyo a la autonomía personal*
- *Revisar la financiación y establecer mecanismos de sostenibilidad*
- *Reducir el copago de los beneficiarios*
- *Recuperar la afiliación a la Seguridad Social de las personas cuidadoras de la familia en edad laboral que estén recibiendo la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF).*
- *Controlar la calidad de los cuidados prestados, tanto en los domicilios, como en los centros.*
- *Incrementar la intensidad de las prestaciones*

Pregunta 11	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
Si	69	9	11	11	19	14	5
No	2	0	1	0	1	0	0

Pregunta 11

1º. Controlar la calidad de los cuidados prestados, tanto en los domicilios, como en los centros.
2º. Asegurar la compatibilidad de las prestaciones y servicios para las personas que optan por permanecer en el domicilio
3º. Revisar la financiación y establecer mecanismos de sostenibilidad

Pregunta 11	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
1º. Controlar la calidad de los cuidados prestados, tanto en los domicilios, como en los centros.	48	5	7	10	12	10	4
2º. Asegurar la compatibilidad de las prestaciones y servicios para las personas que optan por permanecer en el domicilio	38	5	5	7	16	5	0
3º. Revisar la financiación y establecer mecanismos de sostenibilidad	35	5	6	8	8	7	1

P12. Se discute si es más adecuada una prestación monetaria o un servicio. La LAPAD optó por la prioridad en los servicios para garantizar la calidad de los cuidados, pero algunos consideran que una prestación económica facilita la autonomía, la capacidad de elección del usuario y la simplifica los procedimientos y gestiones.

Marque la opción que es, para Vd. preferible

- Deben priorizarse los servicios formales
- Son preferibles las prestaciones económicas dejando libertad a las personas para organizarse la atención.
- Son preferibles las prestaciones económicas, pero vinculadas a servicios.
- Lo preferible son las prestaciones económicas para retribuir a los cuidadores/as familiares.

Pregunta 12
1º. Deben priorizarse los servicios formales
2º. Son preferibles las prestaciones económicas, pero vinculadas a servicios.

3º. Son preferibles las prestaciones económicas dejando libertad a las personas para organizarse la atención.

Pregunta 12	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
1º. Deben priorizarse los servicios formales	32	4	7	6	8	6	1
2º. Son preferibles las prestaciones económicas, pero vinculadas a servicios.	30	4	5	5	6	7	3
3º. Son preferibles las prestaciones económicas dejando libertad a las personas para organizarse la atención.	9	1	0	0	6	1	1

1.18. Las familias cuidadoras, con independencia de que se beneficien o no de la PECEF, son la principal fuente de apoyo para las personas en situación de dependencia y debieran ser objeto de atención preferente para evitar su sobrecarga y promover un mayor reconocimiento de su labor. Algunas de las medidas que considero importantes para implementar desde la Administración serían:

(Señalar un máximo de tres opciones)

- Mayor información y asesoramiento acerca de los servicios y prestaciones a los que pueden tener acceso, tanto públicos como privados.
- Garantizar la formación para el buen cuidado y el autocuidado, tanto en el propio domicilio como en grupo.
- Mayor intensidad y flexibilidad en la prestación de servicios de respiro
- Fomentar la creación de asociaciones de cuidadores del ámbito familiar.
- Crear programas de descarga y ventilación emocional de los cuidadores.
- Conocer mejor las necesidades de las familias a través de la investigación

Pregunta 18

1º. Garantizar la formación para el buen cuidado y el autocuidado, tanto en el propio domicilio como en grupo.

2º. Mayor intensidad y flexibilidad en la prestación de servicios de respiro

3º. Mayor información y asesoramiento acerca de los servicios y prestaciones a los que pueden tener acceso, tanto públicos como privados.

Pregunta 18	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacitados
1º. Garantizar la formación para el buen cuidado y el autocuidado, tanto en el propio domicilio como en grupo.	59	6	10	11	15	12	5
2º. Mayor intensidad y flexibilidad en la prestación de servicios de respiro	54	7	10	7	18	8	4
3º. Mayor información y asesoramiento acerca de los servicios y prestaciones a los que pueden tener acceso, tanto públicos como privados.	53	6	9	7	15	11	5

P.19. Debe elaborarse una Ley de Derechos y Deberes para las personas que requieren CLD

Si su respuesta es 3 o más, marque qué aspectos cree que deberían incluirse:

- *Medidas para garantizar el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones*
- *Determinar el papel de la familia en la toma de decisiones*
- *Determinar los criterios y medidas para garantizar el secreto profesional y la confidencialidad*
- *Garantizar la información y el derecho a establecer testamento vital*
- *Garantizar la libre elección de la persona del tipo de prestación o servicio entre las que le corresponden*
- *Auditar los servicios que se prestan para garantizar unos cuidados dignos.*

Pregunta 19

1º. Medidas para garantizar el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones

2º. Garantizar la libre elección de la persona del tipo de prestación o servicio entre las que le corresponden

3º Auditar los servicios que se prestan para garantizar unos cuidados dignos.

Pregunta 19	Total	Responsables públicos	Profesionales sanitarios	Profesionales sociales	Expertos y académicos	Proveedores de servicios	Organizaciones de mayores y discapacidad
1º. Medidas para garantizar el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones	44	5	5	11	13	6	4
2º. Garantizar la libre elección de la persona del tipo de prestación o servicio entre las que le corresponden	39	4	5	11	8	6	5
3º Auditar los servicios que se prestan para garantizar unos cuidados dignos.	30	4	3	7	7	4	5

Anexo 5. Personas participantes en el Delphi

Antonio Abellán García (CSIC)

M^a Silveria Agulló Tomás (Universidad Carlos III de Madrid)

Arturo Álvarez Rosete (New Health Foundation)

Josep de Andrés Pizarro (Dept. Serveis Socials. Ajuntament de Sabadell)

Felix Arrieta Frutos (Universidad de Deusto)

José Carlos Baura Ortega (UDP Madrid)

Lourdes Bermejo (Consultora Gerontóloga)

Alfredo Bohórquez Rodríguez (EULEN Sociosanitarios)

Anna Bonafont Castillo (Universidad de Vic)

Sabina Camacho Calderon (ASISPA)

Benedicto Caminero Pérez (Junta de Castilla y León)

Demetrio Casado Pérez (Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO))

Penélope Castejón Villarejo (Fundación Pilares)

Beatriz Díaz Pérez (Consejería Principado Asturias)

Pura Diaz Veiga (Mata Instituto)

Fernando Fantova Azcoaga (Consultor independiente)

Elena Fernández Gamarra (Alzheimer Catalunya Fundación)

Carlos Fernández Viadero (Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria)

M^a Dulce Fontanals de Nadal (Fundación Edad y Vida)

Rosa María Fraile Castelao (Junta Castilla y León)

Núria Fustier Garcia (Universidad de Barcelona)

Javier García-Milá (Arquitectura y accesibilidad)

Javier Garcia Monlleó (Hospital Universitario San Rafael)

José Augusto García Navarro (Consortio de Salud y Social de Cataluña)

Javier Gómez Martín (Asociación Madrileña de Atención a la Dependencia - AMADE)

Maria Asunción González Mestre (Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària de Catalunya)

M^a Ángeles Guzmán Fernández (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León)

Maria Jesus Goikoetxea (Universidad de Deusto)

Alfonso Gurpegui Ruiz (Ayuntamiento de Donostia -San Sebastián)

Albert Ledesma Castelltort (Pla Interdepartamental d,atenció i interacció social i sanitària de Catalunya. Departament de Presidència)

Víctor López García (UDP)

Raquel López de la Torre Martín (Grupo Amma)

Pablo Martín Calderón (Ilunion Sociosanitario)

Salomé Martín García (Eulen Sociosanitarios)

José Manuel Marín Carmona (Centro de Envejecimiento Saludable. Ayto. Málaga)

Miguel Ángel Martínez Antón (Servicio Cántabro de Salud)

Juan Manuel Martínez Gomez (Geriatra)

Mary Martínez Martínez (Grupo Geroresidencias)

Teresa Martínez Rodríguez (Consejería Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias)

Mercè Mas Quintana (Consell de Gent Gran de Catalunya)

Pedro M. Mateos García (Universidad de Salamanca)

Pilar Munuera Gómez (Universidad Complutense de Madrid)

Luisa Fernanda Navarro Mulas (Ayuntamiento de Almaraz de Duero (Zamora) y SEGG)

José Manuel Odriozola (Federación Territorial de Asociaciones Provinciales de Pensionistas y Jubilados de Alava, Guipúzcoa y Vizcaya - Euskofederpen)

Eloy Ortiz Cachero (Residencia Sierra del Cuera. Asturias)

Luis Cayo Pérez Bueno (CERMI)

Mercè Pérez Salanova (Diputació de Barcelona y Universidad Autónoma de Barcelona)

Sacramento Pinazo-Hernandis (Universidad de Valencia.)

Pilar Ramos (AMADE)

Primitivo Ramos Cordero (C.A.M. y SEGG)

Clarisa Ramos-Feijóo (Universidad de Alicante)

José Manuel Ribera Casado (Universidad Complutense de Madrid)

Jose Antonio de la Rica Giménez (Dpto. Salud. Gobierno Vasco)

Cristina Rimbau (Universidad de Barcelona)

Pilar Rodriguez Benito (Unidad Operativa Sociosanitaria. Cataluña)

Natalia Roldán Fernández (EULEN)

Jordi Roca (Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic)

Ana María Rodríguez Valcarcel (OH San Juan de Dios)

Antonio María Sáez Aguado (Consejería de Sanidad de Castilla y León)

Pilar Serrano Garijo (Ayuntamiento de Madrid)

Joan Subirats (Universidad Autónoma de Barcelona)

Teresa Torns (Universidad Autónoma de Barcelona))

Juan de la Torre Vidal (Departamento de Centros de Día y Residenciales. Ayuntamiento de Madrid)

Antonio Valdenebro Alonso (Residencia para Mayores Gerencia Servicios sociales Junta Castilla y Leon)

Carlos Verdejo Bravo (Hospital Clínico San Carlos)

Antoni Vilà Mancebo (Universidad Autónoma de Barcelona)

Maria Gemma Zabaleta Areta (Consejería de Empleo y Asuntos Sociales –Exconsejera-)

Joseba Zalakain (SIIS Centro de Documentación y Estudios)

Patricia Zamarreño Calvo (Residencia de personas mayores Almaraz de Duero (Zamora))

Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laraudogoitia (Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco)