

**LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS
Y LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA
EN PERSONAS EN SITUACIÓN
DE DISCAPACIDAD EN CANTABRIA**

ESTUDIO DELPHI

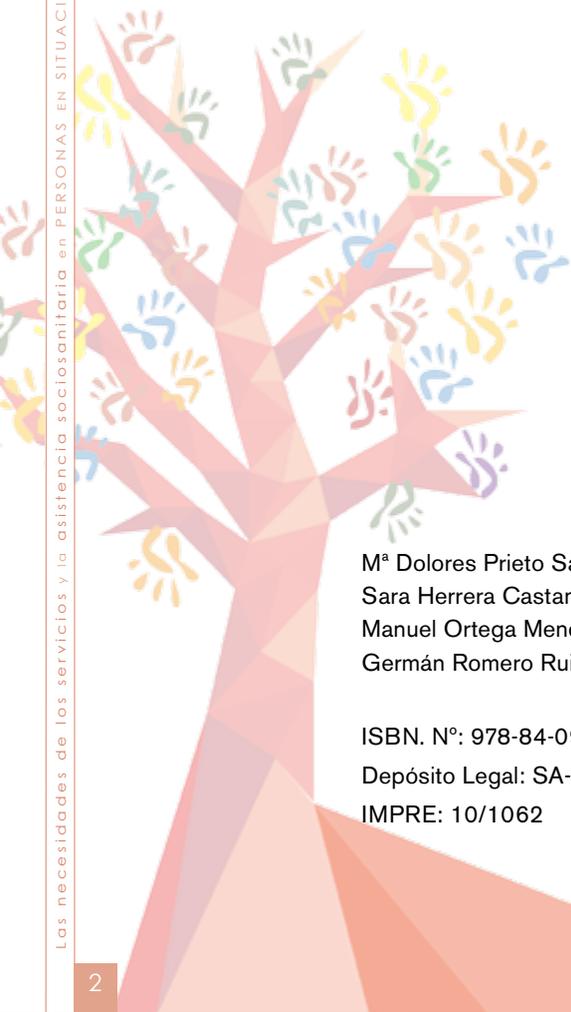


LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS Y LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN CANTABRIA

ESTUDIO DELPHI

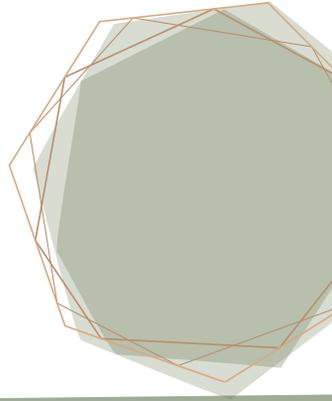


OSPC | OBSERVATORIO DE SALUD
PÚBLICA DE CANTABRIA



M^a Dolores Prieto Salceda
Sara Herrera Castanedo
Manuel Ortega Mendi
Germán Romero Ruiz

ISBN. N^o: 978-84-09-11065-0
Depósito Legal: SA-337-2019
IMPRE: 10/1062



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
SITUACIÓN ACTUAL	7
METODOLOGÍA	21
RESULTADOS	29
RESUMEN DE RESULTADOS	68
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	71
AGRADECIMIENTOS	73
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	75



INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas han surgido diferentes modelos explicativos de la discapacidad, que sin duda han ayudado a mejorar la comprensión del proceso discapacitante y que han tenido como resultado un cambio de paradigma. Este cambio, en la mayor parte del mundo, ha ejercido una notable influencia en las actuaciones y respuestas desarrolladas desde distintos ámbitos para la atención a personas en situación de discapacidad.

Este cambio conceptual de la discapacidad tiene su origen en el desarrollo del modelo “biopsicosocial” que permite explicar de una manera más satisfactoria, a través de integrar diferentes perspectivas, un hecho tan complejo como es la discapacidad. Este modelo “biopsicosocial” plantea que el ser humano debe ser visto como la resultante de fundamentos biológicos, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales.

Esta definición aporta un gran cambio al concepto de discapacidad, se pasa de una concepción estática, en la que sólo se tenía en cuenta la condición de salud de la persona, a una concepción dinámica, en la que también los factores ambientales y personales desempeñarán un papel esencial.

De esta forma, la discapacidad no es sólo una condición de salud propia de la persona, sino el resultado de la interacción entre las limitaciones humanas y el medio en el que nos desenvolvemos. Se reconoce el contexto social como factor determinante en la discapacidad de una persona.

Este aumento de interés sobre el concepto de la discapacidad, ha generado sin duda, un aumento de las respuestas por parte de las instituciones hacia ese grupo de población, así como un impacto en el desarrollo de actuaciones dentro de las políticas sanitarias y sociales en los distintos países.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce su derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad (Art. 25), así como a lograr la máxima independencia, capacidad, inclusión y participación en igualdad de oportunidades (Art. 26).

Esta nueva conceptualización integradora del fenómeno de la discapacidad basada en un modelo biopsicosocial facilita la lucha para superar la marginación y estigmatización, y garantiza la igualdad.

El Gobierno de Cantabria impulsa desde el Observatorio de Salud Pública de Cantabria –OSPC- (unidad de la Fundación Marqués de Valdecilla) el estudio: “La discapacidad y la salud en Cantabria. Un reto para la sociedad del siglo XXI” patrocinado por la Dirección General de Salud Pública, con la colaboración de la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria, de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria y del CERMI Cantabria (Comité de entidades representantes de personas con discapacidad de Cantabria).

El **objetivo general del estudio** es identificar los principales problemas, necesidades y prioridades en salud de las personas con discapacidad en Cantabria, y emitir recomendaciones a las instituciones y a la sociedad, de medidas encaminadas a la cobertura de las mismas y a la eliminación de las desigualdades existentes en este grupo de personas

De esta manera, se cumple la obligación de las Administraciones Públicas y, más particularmente, de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, de velar y promover la atención a colectivos en condiciones de discapacidad.

Para el desarrollo de este proyecto, entre otras técnicas, ha sido imprescindible, realizar un proceso de consulta y participación a través del **método Delphi sobre las necesidades de los servicios y la asistencia sociosanitaria en las personas en situación de discapacidad.**

Estudio de la Discapacidad y la Salud en Cantabria Un reto para la sociedad del Siglo XXI

“Las necesidades de los servicios y la asistencia socio-sanitaria”

Método Delphi:

📍 **Análisis subjetivo de la situación de aspectos o ámbitos concretos sociales, sanitarios..., para obtener información.**

📍 **La investigación cualitativa** aplicada a los sistemas de salud ha sido considerada como un medio óptimo de sintetizar informaciones, mediante el **consenso entre expertos**, en los casos en que la literatura no ofrece suficiente información o ésta resulta inadecuada para la toma de decisiones (Jones y Hunter, 1995).

📍 Este método permite obtener el consenso de un panel evitando la interacción personal y **sin necesidad de reunir físicamente a los expertos** (Linstone y Turoff, 1975; Pineault y Daveluy, 1987). Por otro lado, con esta técnica se **evita la influencia directa de unas personas sobre otras**, lo que permite obtener un consenso del panel en su conjunto. Las conclusiones de un panel obtenidas a través de este método tienen la suficiente validez a pesar del **relativamente escaso número de participantes**, cuando el **panel** de expertos es **homogéneo** (Akins et al, 2005).

Como **objetivos específicos** de la **ENCUESTA DELPHI** se marcan los siguientes:

- **Conocer los factores** de género, demográficos, socioeconómicos, educativos y de condiciones de vida **que determinan la salud** de las personas con discapacidad.
- Conocer la **relación de las personas con discapacidad** con los sistemas social y sanitario de Cantabria, sus servicios, su acceso y la valoración que hacen del mismo.
- Analizar las **percepciones de los profesionales** de Atención Primaria, Hospitalaria y Servicios Sociales sobre la situación y necesidades de las personas con discapacidad en Cantabria.
- Identificar las **necesidades y prioridades de las personas con discapacidad** en el ámbito socio-sanitario.

- **Emitir recomendaciones a las autoridades de los organismos sanitarios y sociales de mejora de la accesibilidad, el servicio, su organización y la actuación integrada del Sistema, de tal manera que se garantice una atención equitativa y de calidad a las personas con discapacidad en la Comunidad Autónoma.**

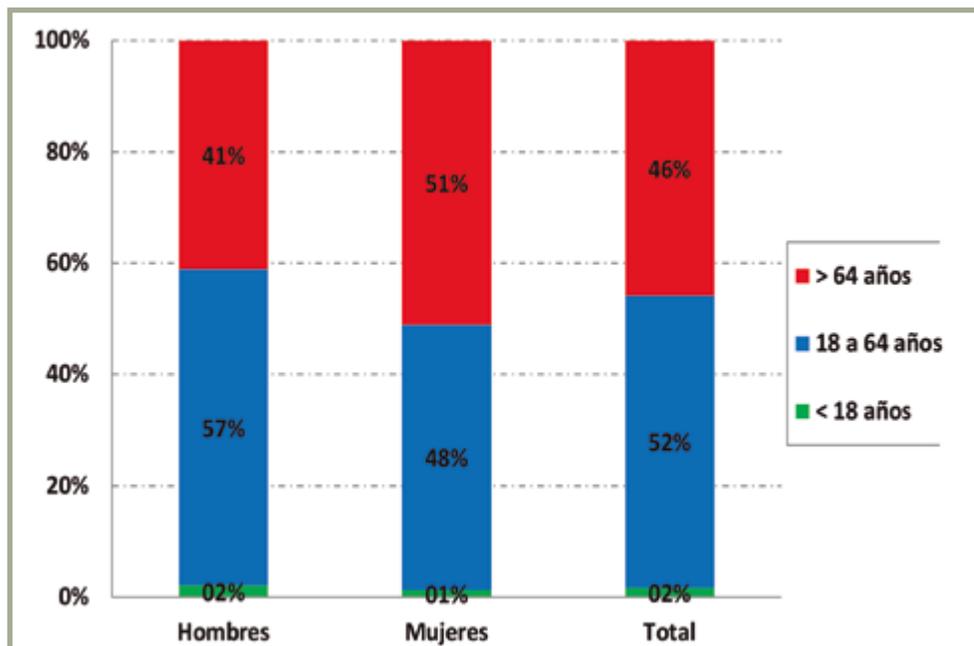
Previamente a la presentación de la metodología empleada y los resultados del estudio, pasamos a describir la situación de la discapacidad en Cantabria en el año 2016, momento previo a la realización del mismo.

SITUACION ACTUAL: DESCRIPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN CANTABRIA 2016

En Cantabria, según los registros en 2016 del Centro de Evaluación, Valoración y Orientación –EVO- del Instituto Cántabro de Servicios Sociales, había un total de 49.949 personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33%, lo que supone un 8,6% de la población, de los cuales 25.658 son hombres (9,1% de los cántabros) y 24.291 son mujeres (8,1% de las cántabras).

Teniendo en cuenta la edad de las personas con discapacidad, los adultos hasta los 64 años inclusive es el grupo más mayoritario en hombres (56,9% frente a 47,7% en las mujeres), sin embargo, en las mujeres, la mayor frecuencia se produce en el grupo de 65 y más años (51,0% frente a 41,0% en los hombres). Los menores de 18 años suponen un 2,1% en los hombres y un 1,3% en las mujeres.

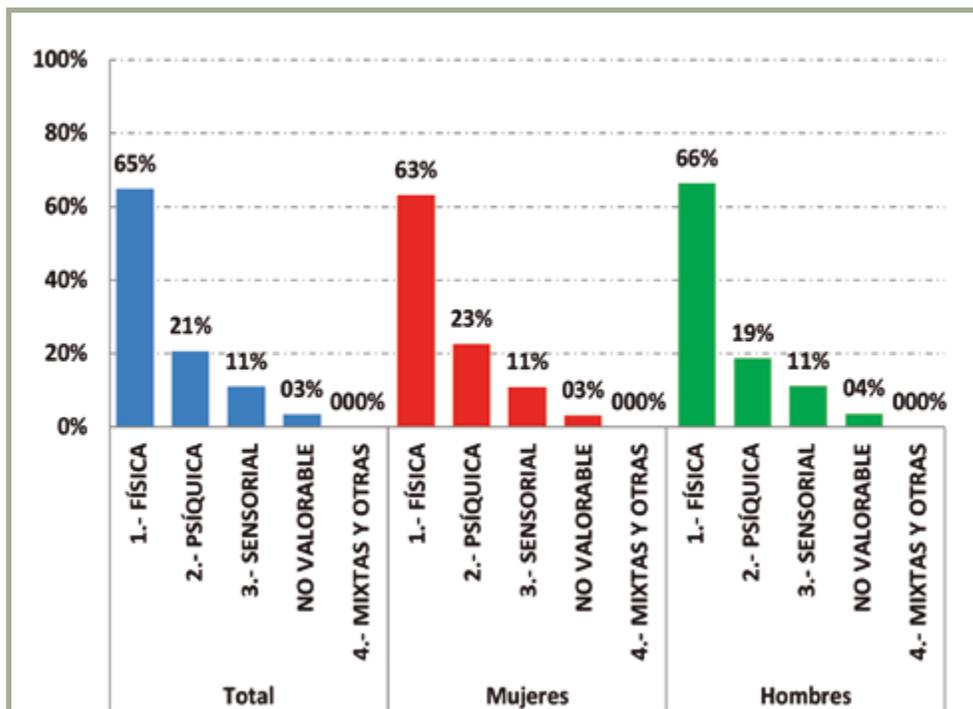
GRÁFICO 1.- DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN SEXO. CANTABRIA 2016



¹ Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

El 64,8% de las discapacidades tienen su origen principal en causas físicas (el 63,2% de las mujeres con discapacidad y el 66,4% de los hombres con discapacidad), seguidas de las de origen psíquico que representan el 20,6% (el 22,7% de las mujeres con discapacidad y el 18,7% de los hombres con discapacidad) y las sensoriales con el 11,0% (el 10,9% de las mujeres con discapacidad y el 11,2% de los hombres con discapacidad). El origen del 0,02% de las discapacidades se puede encuadrar en otros grupos o es mixto, y en el 3,4% de las mismas no fue valorable.

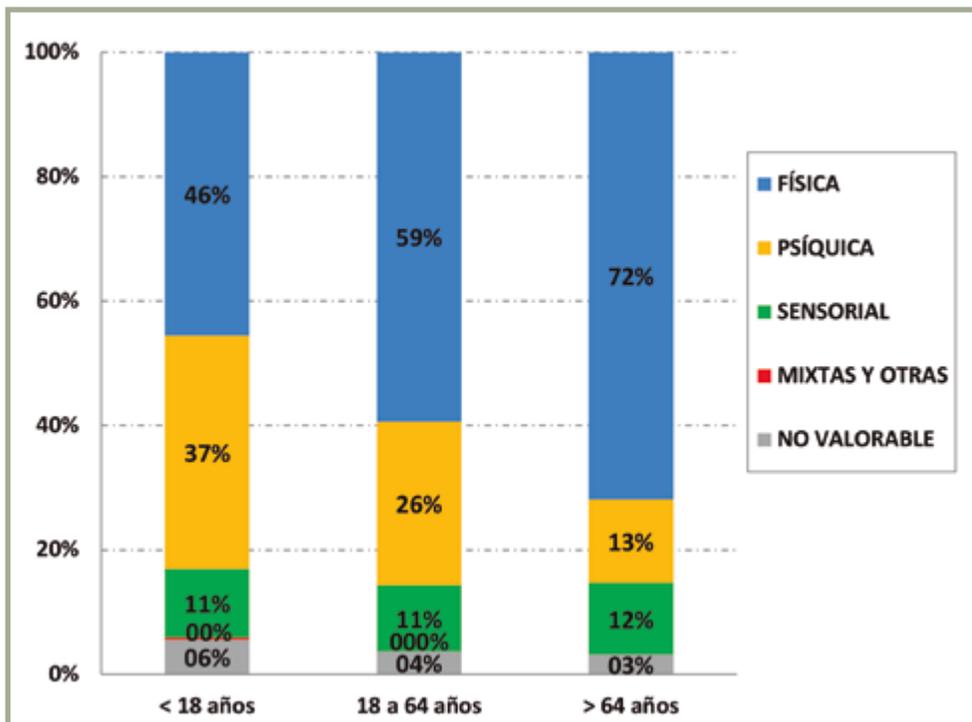
GRÁFICO 2.- DISTRIBUCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ POR ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD SEGÚN SEXO. CANTABRIA 2016



¹Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

Por grupos de edad, dicho patrón se repite, pero hay que hacer algunas matizaciones. El componente físico también es el origen principal en los menores de 18 años pero en menor proporción (45,5%) que en los otros grupos de edad, su importancia va aumentando con la edad llegando a constituir el 71,9% de las discapacidades en personas de mayores de 64 años. Así mismo destaca la importancia de la discapacidad psíquica entre los más jóvenes (37,5%) que pierde peso relativo en los grupos de edad avanzada (13,4%).

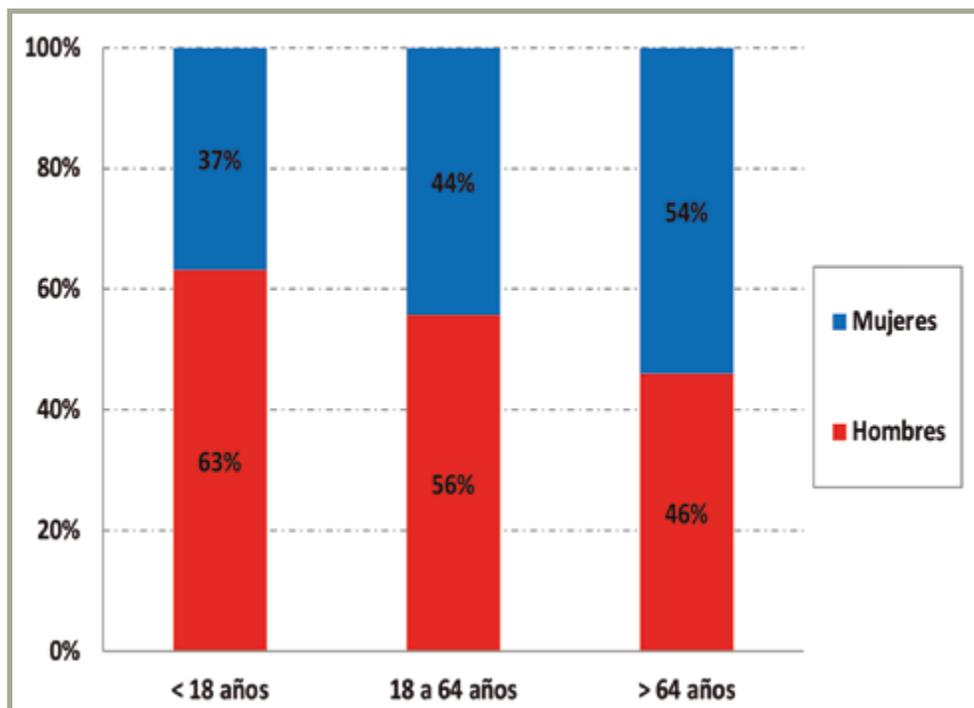
GRÁFICO 3.- DISTRIBUCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ POR ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPOS DE EDAD. CANTABRIA 2016



¹ Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

La discapacidad se feminiza con la edad, pasando de ser 36,8% de las personas con discapacidad en los menores de 18 años al 54,1% en los mayores de 64 años.

GRÁFICO 4.- DISTRIBUCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ POR SEXO Y SEGÚN GRUPOS DE EDAD. CANTABRIA 2016



¹Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

En el análisis de la distribución de las personas con discapacidades de diferentes orígenes por edad y sexo, se puede observar que en las personas mayores de 64 años tanto en la discapacidad física como en la psíquica o en la sensorial hay una mayor proporción de mujeres que de hombres, lo contrario ocurre en los grupos de edad de 18 a 64 años y en los menores de 18 años que predominan los hombres dentro de cada grupo.

TABLA 1.- DISTRIBUCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ POR SEXO SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD.
CANTABRIA 2016

DISCAPACIDAD GRUPOS		<18		18-64		>64		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
FÍSICA	Hombres	232	59,3%	8945	57,6%	7861	47,7%	17038	52,6%
	Mujeres	159	40,7%	6584	42,4%	8608	52,3%	15351	47,4%
	Total	391	100%	15529	100%	16469	100%	32389	100%
PSÍQUICA	Hombres	227	70,5%	3557	51,5%	1024	33,3%	4808	46,6%
	Mujeres	95	29,5%	3355	48,5%	2053	66,7%	5503	53,4%
	Total	322	100%	6912	100%	3077	100%	10311	100%
SENSORIAL	Hombres	49	51,6%	1536	55,4%	1281	48,4%	2866	52,0%
	Mujeres	46	48,4%	1238	44,6%	1366	51,6%	2650	48,0%
	Total	95	100%	2774	100%	2647	100%	5516	100%
MIXTAS Y OTRAS	Hombres	3	100%	6	66,7%	0	0,0%	9	75,0%
	Mujeres	0	0,0%	3	33,3%	0	0,0%	3	25,0%
	Total	3	100%	9	100%	0	0,0%	12	100%
NO VALORABLE	Hombres	32	66,7%	544	57,1%	361	50,1%	937	54,4%
	Mujeres	16	33,3%	408	42,9%	360	49,9%	784	45,6%
	Total	48	100%	952	100%	721	100%	1721	100%

¹ Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

Discapacidad por municipio. Alrededor del 50% de las personas con discapacidad presente en Cantabria se concentra en 5 municipios. Santander, Torrelavega y Camargo son los municipios con más personas con discapacidad de Cantabria y superan la media de Cantabria de porcentaje de personas con discapacidad en relación a la población (8,6%). No sucede así con los municipios de Castro y Astillero que, aunque se encuentran entre los 5 municipios con mayor número de personas con discapacidad, su proporción en relación con la población del municipio es menor que la media de Cantabria. 37 municipios tienen una tasa de discapacidad por encima de la media de Cantabria, entre ellos se encuentran con las mayores proporciones: Valdeolea (el 17,4% de la población municipal), Vega de Pas (15,7%), Anievas (15,0%), Tudanca (15,0%) y Molledo (14,5%). Sin embargo, Tresviso (2,8%), Las Rozas de Valdearroyo (3,3%), Valle de Villaverde (4,3%), Noja (4,5%) y Peñarrubia (4,6%) son los 5 municipios con tasas más bajas, junto al municipio de Bárcena de Pie de Concha donde no hay ninguna persona con discapacidad registrada.

TABLA 2.- DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD¹ POR MUNICIPIOS

Municipios	PORCENTAJE RESPECTO A		
	NÚMERO DE PERSONAS	POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	PORCENTAJE RESPECTO A POBLACIÓN DEL MUNICIPIO
Santander	17.028	34,1%	9,9%
Torrelavega	5.597	11,2%	10,6%
Camargo	2.691	5,4%	8,8%
Castro Urdiales	1.607	3,2%	5,0%
Astillero	1.497	3,0%	8,3%
Los 5 municipios	28.420	56,9%	-
Resto de municipios	21.529	43,1%	-

¹Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

En el análisis desagregado por sexo, los 11 municipios con mayor población con discapacidad coinciden entre los hombres y entre las mujeres, aunque con pequeñas variaciones en el orden de los mismos. En los hombres dichos municipios concentran al 69,1% de la discapacidad y en las mujeres al 71,4%.

TABLA 3.- MUNICIPIOS CON MAYOR POBLACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ SEGÚN SEXO. CANTABRIA 2016

	HOMBRES		MUJERES	
1	SANTANDER	8.317	SANTANDER	8.711
2	TORRELAVEGA	2.863	TORRELAVEGA	2.734
3	CAMARGO	1.425	CAMARGO	1.266
4	CASTRO-URDIALES	847	CASTRO-URDIALES	760
5	EL ASTILLERO	777	EL ASTILLERO	720
6	PIELAGOS	734	PIELAGOS	637
7	REINOSA	650	REINOSA	563
8	LOS CORRALES DE BUELNA	605	LOS CORRALES DE BUELNA	542
9	SANTOÑA	560	LAREDO	513
10	LAREDO	496	SANTA CRUZ DE BEZANA	445
11	SANTA CRUZ DE BEZANA	451	SANTOÑA	442

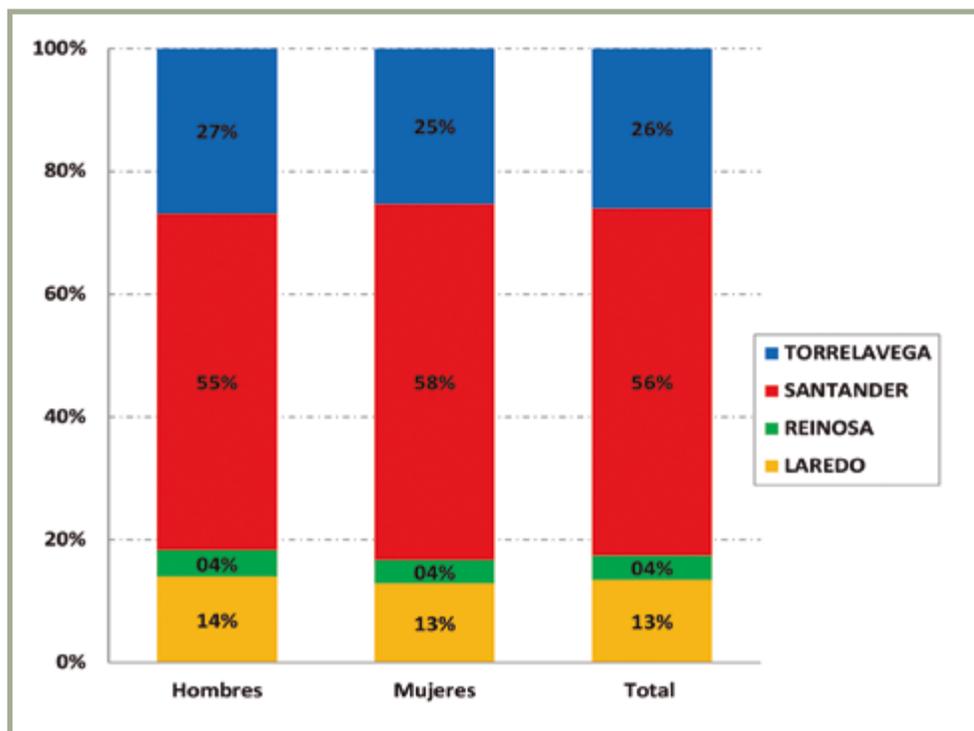
¹Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

El área de salud con mayor proporción de personas con discapacidad es el Área I, de Santander donde se encuentran algo más de la mitad de las personas con discapacidad (56,4%). En el Área de Salud IV, Torrelavega, se localiza alrededor de la cuarta parte (26,1%).

Entre los hombres con discapacidad, el 54,9% pertenecen al Área de Salud I, Santander; el 26,9% a la de Torrelavega, el 13,9% a la de Laredo y el 4,3% a la de Reinosa.

Entre el grupo de mujeres con discapacidad, el Área I, Santander, supone el 58,1%, el 25,3% proceden de la de Torrelavega, el 12,8% de Laredo y el 3,8% de Reinosa.

GRÁFICO 5.- DISTRIBUCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ POR ÁREA DE SALUD SEGÚN SEXO



¹Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

La discapacidad física, como ya se ha descrito, representa el 64,8% de la discapacidad de Cantabria y se concentra principalmente en el área de salud de Santander (36,5%) y Torrelavega (16,8%). Así mismo, el resto de los tipos de discapacidad se encuentran principalmente en las dos áreas mencionadas en consonancia con la población incluida en las mismas.

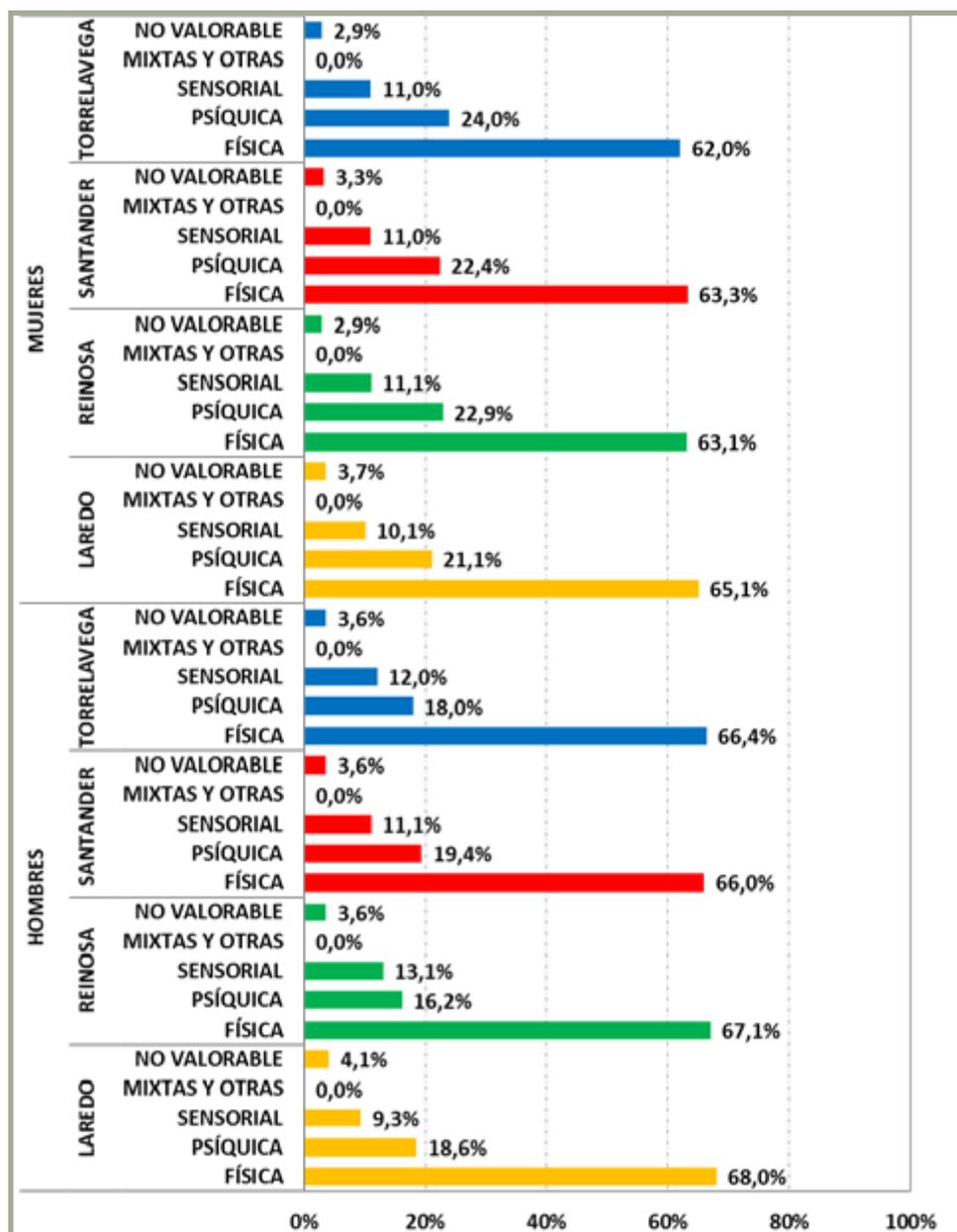
TABLA 4.- DISTRIBUCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ POR ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD Y ÁREAS DE SALUD. CANTABRIA 201

ÁREAS DE SALUD	DISCAPACIDAD GRUPOS	% del Total Discapacidades
SANTANDER	FÍSICA	36,5%
	PSÍQUICA	11,8%
	SENSORIAL	6,2%
	NO VALORABLE	1,9%
	MIXTAS Y OTRAS	0,02%
TORRELAVEGA	FÍSICA	16,8%
	PSÍQUICA	5,4%
	SENSORIAL	3,0%
	NO VALORABLE	0,9%
	MIXTAS Y OTRAS	0,01%
LAREDO	FÍSICA	8,9%
	PSÍQUICA	2,6%
	SENSORIAL	1,3%
	NO VALORABLE	0,5%
	MIXTAS Y OTRAS	
REINOSA	FÍSICA	2,6%
	PSÍQUICA	0,8%
	SENSORIAL	0,5%
	NO VALORABLE	0,1%
	MIXTAS Y OTRAS	
TOTAL		100,00%

¹ Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

Sin embargo, si se analiza cada área por separado, la distribución de las discapacidades por grupos es similar a la descrita en el conjunto de la comunidad autónoma, el grupo de personas con discapacidad física es el más importante, seguido del de psíquicas y sensoriales; no se observan diferencias en las frecuencias de los diferentes grupos entre las áreas de salud.

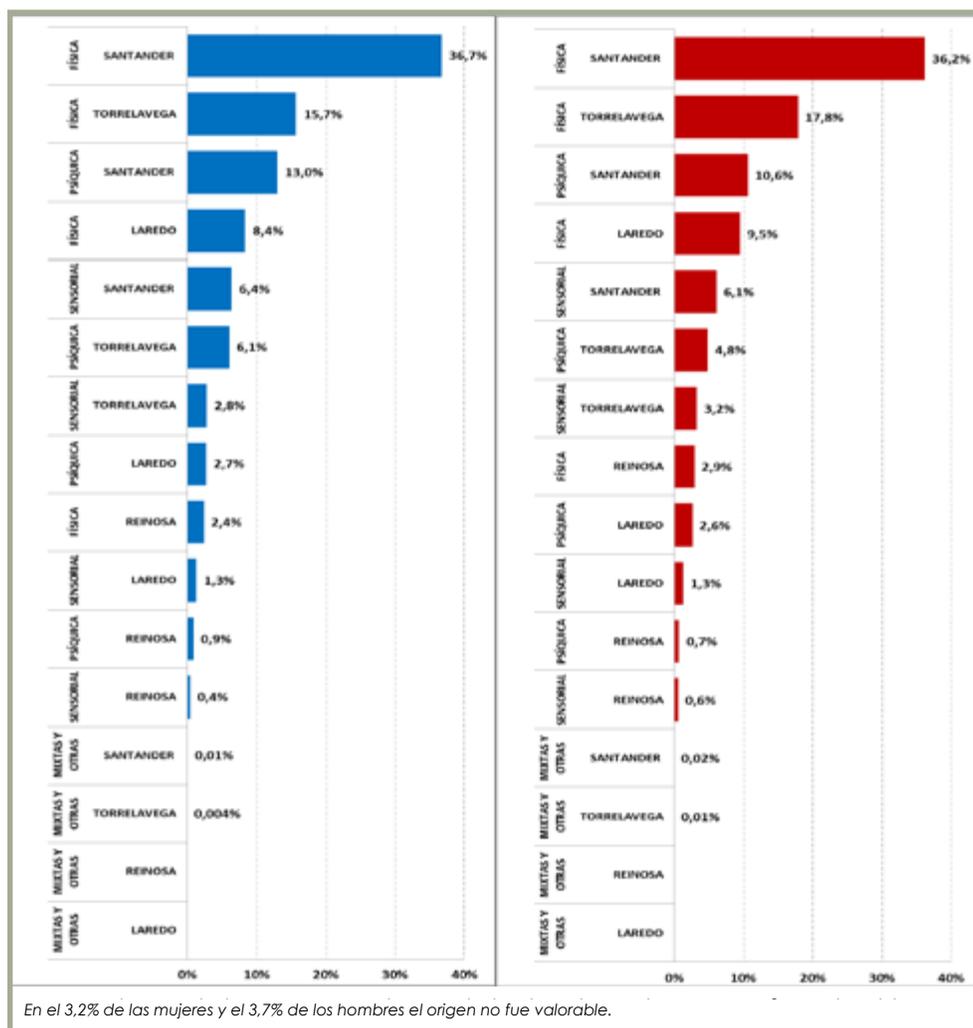
GRÁFICO 6.- DISTRIBUCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ POR ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD SEGÚN ÁREA DE SALUD Y SEXO. CANTABRIA 2016



¹ Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

En el análisis estratificado por sexo, se aprecia la importancia de cada origen de la discapacidad y área, siendo el más importante el de personas con discapacidad física en Santander, seguido por el de personas con discapacidad física de Torrelavega y del de personas con discapacidad psíquica de Santander tanto en hombres como en mujeres.

GRÁFICO 7.- DISTRIBUCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹ POR ÁREA DE SALUD Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD SEGÚN SEXO. CANTABRIA 2016



¹ Personas con grado de discapacidad igual o mayor al 33%. Fuente: Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO

- El 8,6% de las personas de Cantabria tienen reconocida una discapacidad de al menos el 33%.
- Se observan diferencias en la edad por sexo. Entre los hombres con discapacidad predominan los que tienen 18 a 64 años, mientras que entre las mujeres, las de más de 64 años.
- Las causas físicas son el origen más frecuente de la discapacidad en general.
- Resalta la importancia en los jóvenes de la discapacidad de origen psíquico. Con la edad va perdiendo peso la discapacidad psíquica y está más presente la discapacidad física.
- La discapacidad se feminiza con la edad. Este aumento de la presencia de mujeres con la edad no se debe a un aumento de un origen concreto sino que se mantiene la distribución de los distintos tipos como en el análisis en su conjunto.
- Alrededor de la mitad de la discapacidad en Cantabria se concentra en 5 municipios: Santander, Torrelavega, Camargo, Castro Urdiales y El Astillero.
- En el Área de Salud, I, Santander, se localizan la mitad de personas con discapacidad y la cuarta parte, aproximadamente, en el Área de Salud IV, Torrelavega. En las dos áreas citadas, las causas principales de discapacidad son de origen físico, seguidas por las de origen psíquico.

METODOLOGÍA ESTUDIO DELPHI

La técnica Delphi se puede considerar como una importante técnica de investigación para utilizarse en el contexto de los Servicios de Salud. En las ciencias sociales se considera una forma efectiva y válida de reunir información sobre un tema donde hay escasas evidencias o acuerdos. La técnica Delphi es un medio efectivo para construir consenso entre un grupo de profesionales concitados para constituir un panel de expertos, sin que los integrantes se reúnan físicamente.

Las estimaciones de los expertos se realizan en sucesivas rondas anónimas, al objeto de tratar de conseguir el consenso buscado, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes.

En la metodología Delphi cabe destacar tres puntos clave:

Estudio de la Discapacidad y la Salud en Cantabria Un reto para la sociedad del Siglo XXI

“Las necesidades de los servicios y la asistencia sociosanitaria”

Puntos clave:

- 📌 Correcta selección del ámbito de estudio y elaboración del cuestionario de la encuesta.
- 📌 Correcta selección del panel de expertos.
- 📌 Herramienta informática adecuada y correcta utilización para la recogida de los datos y análisis de la encuesta.

Para la correcta selección del ámbito del estudio y elaboración de la encuesta, se conformó un **grupo de trabajo** compuesto por participantes de diferentes disciplinas y expertos en las diferentes dimensiones de la Discapacidad.

GRUPO DE TRABAJO:

Cano Fernández Marta (CERMI)

Díez Carral Belén (CERMI)

Gaite Pindado Luis (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)

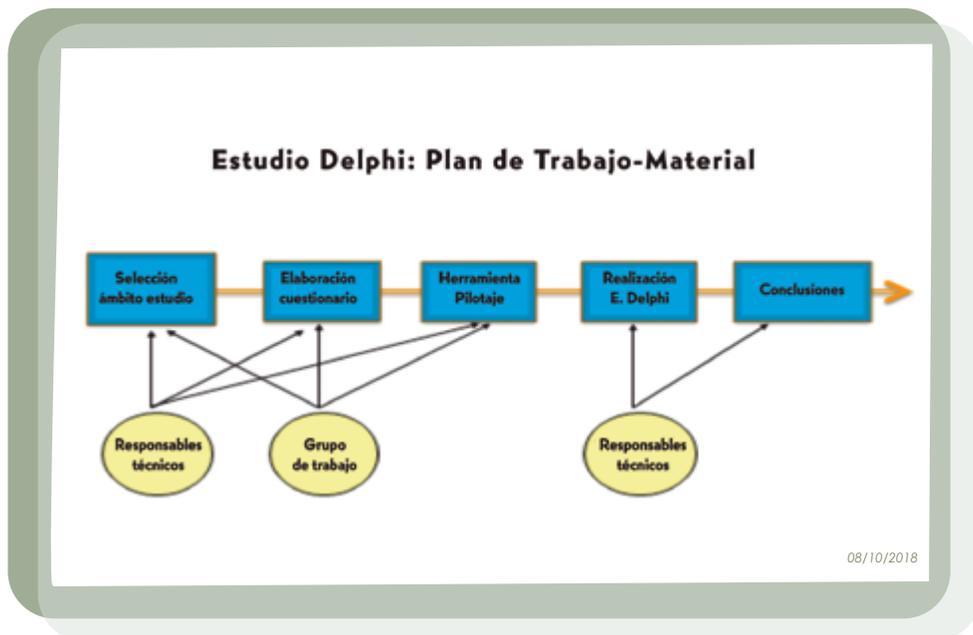
García Herrero Paula (CERMI)

Larrañaga Lavín Elena (CERMI)

Pérez González Oscar (OSPC)

Tejedor Menéndez Rosa (CERMI)

El **plan de trabajo** fue el siguiente:



Este grupo en una primera fase, diseñó un cuestionario a través del cual obtener las opiniones de los miembros del panel de expertos en relación a los puntos anteriormente mencionados. Dicho cuestionario fue elaborado bajo la premisa de obtener un instrumento objetivo, completo y a la vez lo suficientemente conciso como para que los panelistas lo pudiesen cumplimentar en un tiempo no demasiado largo. Finalmente, el cuestionario estaba formado por 27 preguntas con un tiempo medio de respuesta de 20 minutos.

Previamente a la realización de la encuesta, se realizó un pilotaje para poner a prueba el cuestionario y realizar los ajustes necesarios antes de la pasar la encuesta a los panelistas.

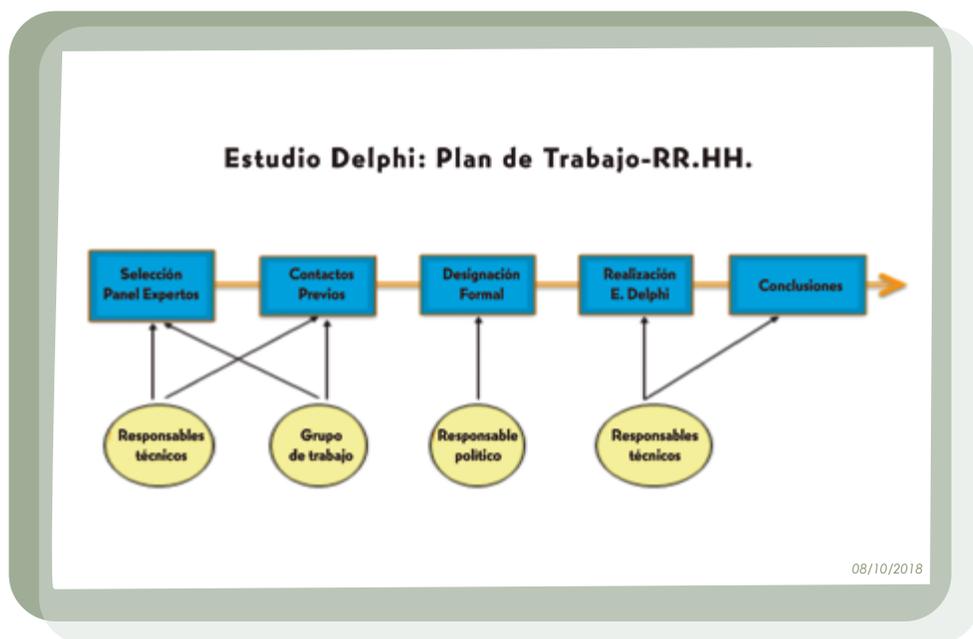
En una segunda fase se decidió que personas formarían parte del **panel de expertos**.

Las limitaciones intrínsecas de la metodología utilizada, derivadas de su carácter cualitativo y de la subjetividad de los participantes y los investigadores (Linstone y Turoff. 1975), se intentan minimizar incluyendo un panel de expertos **amplio y multidisciplinar que procede de diferentes sectores** (Milholland et al. 1975; Hasson et al. 2000). La correcta selección del panel de expertos es fundamental.

PANEL DE EXPERTOS. En la elaboración del Estudio Delphi fueron seleccionados:

- 📍 Responsables de políticas socio-sanitarias en Cantabria.
- 📍 Profesionales vinculados a la Universidad.
- 📍 Profesionales técnicos de la Administración (ámbito jurídico, sanitario y social).
- 📍 Profesionales pertenecientes a asociaciones de personas en situación de discapacidad.

El grupo de trabajo se reunió para establecer los ámbitos que debían estar representados en la encuesta y el perfil de las personas que debían formar parte del panel.



Una vez conformado el panel de expertos, personas del grupo de trabajo se pusieron en contacto con cada uno de ellos para informarles en qué consistía el estudio, los objetivos que perseguía y comunicarles que habían sido seleccionados para participar.

El panel de expertos quedó finalmente conformado por un total de 40 participantes. Se ha contado con distintos agentes clave en el ámbito de la discapacidad entre los cuales se encuentran profesionales del ámbito de la política, de la universidad, de la administración (ámbito jurídico, sanitario y social) y pertenecientes a asociaciones de personas en situación de discapacidad.

Como se explicará con más detalle en el apartado de resultados, todos ellos participaron en la primera vuelta del estudio. Para la segunda vuelta, hubo una pérdida de dos participantes (5% de abandono).

Una vez ultimado el cuestionario y seleccionados los participantes, **la fase de lanzamiento** de la encuesta, así como el **desarrollo práctico del estudio Delphi** y **la explotación de resultados**, fue realizado desde el Servicio de Planificación Sanitaria de la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, en estrecha colaboración con el Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

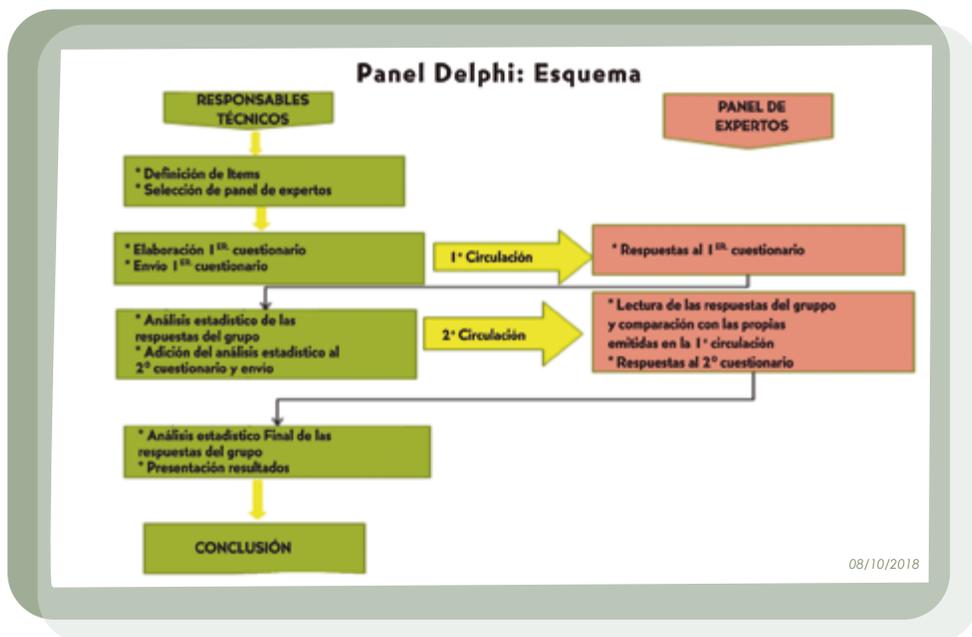
El tratamiento de los datos se realizó mediante la aplicación de un software específico para ese tipo de estudios (Survey Monkey®). El software permite plantear diferentes tipos de preguntas:

Tipo de pregunta	Descripción
Opciones múltiples	Pide a las personas que elijan una respuesta de la lista de opciones.
Cuadros de verificación	Permite que las personas elijan múltiples respuestas de la lista de opciones.
Preguntas de menús desplegables	Ofrece una lista desplegable con opciones de respuesta y pide a las personas que elijan una. Esta es una excelente forma de ahorrar espacio si tienes una larga lista de opciones, como país, estado o provincia.
Valoración por estrellas	Pídeles a los encuestados que valoren una declaración mediante una escala visual de estrellas, corazones, pulgares o emoticonos.
Escala de valoración/matriz	Usa una pregunta de matriz/escala de valoración si quieres que los encuestados evalúen uno o más elementos de la fila utilizando el mismo conjunto de opciones de columna. Puedes establecer que la pregunta de matriz recopile varias respuestas o una sola respuesta por fila. También tienes la opción de convertir la pregunta de matriz en una escala de valoración cuando quieras asignar ponderaciones a cada opción de respuesta.
Carga de archivo	Permite a los encuestados adjuntar un archivo a su respuesta.
Deslizante	Pídeles a los encuestados que valoren un elemento o declaración mediante una escala numérica arrastrando un control deslizante interactivo.
Matriz de menús desplegables	Pídeles a los encuestados que evalúen varios elementos utilizando el mismo conjunto de mediciones. Pueden elegir una respuesta de una lista predefinida de opciones de respuesta que se presentan en un menú desplegable.
Clasificación	Pídeles a los encuestados que clasifiquen una lista de opciones en el orden que preferan, utilizando menús numéricos desplegables o la función de arrastrar y soltar.
Índice Net Promoter® Score	Formula a tus clientes la pregunta con Índice Net Promoter® Score para medir la satisfacción del cliente con tu organización, marca, producto o servicio. Calcularemos la puntuación de forma automática al analizar los resultados.
Cuadros de texto simple	Agrega un cuadro de texto a la encuesta cuando quieras que los encuestados escriban una respuesta numérica o de texto breve para la pregunta. También, puedes especificar la longitud de la respuesta, y requerir y validar un valor numérico, formato de fecha o dirección de correo electrónico.
Cuadros de texto múltiples	Recopila varias respuestas de texto breve o numéricas con una sola pregunta. También, puedes especificar la longitud de la respuesta, y requerir y validar un valor numérico, formato de fecha o dirección de correo electrónico.
Cuadro para comentarios	Usa la casilla de comentarios o ensayo para recopilar comentarios escritos abiertos de los encuestados.
Información de contacto	Usa este tipo de pregunta para recopilar la información de contacto relevante del encuestado, incluido el nombre, la dirección, el correo electrónico y el número de teléfono.
Fecha/Hora	Pídeles a los encuestados que ingresen una fecha y/o un horario específicos.
Texto	Inserta texto adicional en el diseño de tu encuesta para proporcionar más contexto o descripciones a tus encuestados.

Tipo de pregunta	Descripción
Imagen	Inserta una imagen en la encuesta cargando el archivo de imagen o especificando la URL de una imagen en la web.
Prueba A/B de texto	Averigua cómo reaccionan los encuestados ante dos o más fragmentos de texto diferentes. Ingresas las variables de texto que quieras comparar y, luego, especifica el porcentaje de encuestados que ve cada mensaje.
Prueba A/B de imagen	Averigua cómo reaccionan los encuestados ante dos o más imágenes diferentes. Proporciona las imágenes para poder comparar; luego, indica el porcentaje de encuestados que ve cada una de ellas.



Las estimaciones de los expertos se realizan en sucesivas rondas anónimas, al objeto de tratar de conseguir el consenso buscado pero con la máxima autonomía por parte de los participantes.



Como ya se ha mencionado anteriormente, se ha utilizado la metodología Delphi para conocer la opinión y buscar el consenso de un grupo de expertos en el ámbito de la discapacidad, con diversos perfiles profesionales. En un intento de ampliar el consenso del estudio, este se ha desarrollado en **dos vueltas**.

FASES DEL DELPHI

Dos circulaciones:

🔑 **Primera circulación:** envío del primer cuestionario, dos tipos de preguntas diferenciadas:

- “**cerrada**”
- “**abierta**”: preferencias, sugerencias, comentarios.

🔑 **Segunda circulación:** los panelistas reciben el cuestionario, con un informe relativo a aquellas opiniones o situaciones o problemas analizados estadísticamente en la primera vuelta, solicitando su comparación con las respuestas propias y que se responda de nuevo al cuestionario, teniendo oportunidad de modificar sus respuestas previas.

Para la **primera** se contó con un total de 40 participantes a los cuales se les envió el cuestionario diseñado para tal fin, compuesto por un total de 27 preguntas de diferentes tipos: opción múltiple, clasificación, escalas de Likert y ordenación (ver anexo).

En la **segunda vuelta**, cada panelista recibió sus respuestas relativas a la primera vuelta junto con los resultados globales de dicha primera vuelta, así como el segundo cuestionario. Este segundo cuestionario consistió en una modificación del primero en términos de eliminación de respuestas no seleccionadas, respuestas ordenadas en función de la frecuencia obtenida en el análisis de los datos de la primera vuelta así como la inclusión de las nuevas aportaciones realizadas por los panelistas en aquellas cuestiones en las que se podían incluir sugerencias (ver anexo).

En el caso concreto de las preguntas en las que se solicitaba a los participantes una priorización de las posibles respuestas, en la segunda vuelta se mostraron, también, ordenadas por el valor medio calculado a partir de la primera vuelta. Por último, en las preguntas con respuesta tipo Likert en las que se pidió que indicara, de 1 a 9 su opinión, en la segunda vuelta se ofreció a los participantes el valor medio y el mediano obtenidos en la primera vuelta. Esta segunda vuelta del estudio, fue completada por un total de 38 participantes.

Es importante antes de la descripción de los resultados obtenidos, sentar las bases para ajustar y describir las cifra de **consenso** que se van a considerar. Así a continuación se presentan los acuerdos alcanzados por los expertos en técnica Delphi en este sentido:

- **Preguntas con escala.** Se define como consenso cuando se detecta **concentración de opinión** alrededor de la **mediana**. Se considera que existe consenso cuando, al menos, hay un **50%** de panelistas que han seleccionado la puntuación **mediana** o la **inmediatamente anterior y posterior**. Se hablará de **fuerte consenso** si se supera el **75%**.
- **Preguntas con selección de alternativas.** Se define como consenso cuando la **mayoría (50% o más)** han seleccionado una determinada alternativa; de **fuerte consenso** cuando la alternativa ha sido seleccionada por el **75%** o más. Los resultados se ordenan en importancia, en función de esas frecuencias.
- **Preguntas de ordenación.** El orden es el recogido en las respuestas, cuanto **más se acerque al 1**, se considera más prioritaria.

Sentadas estas bases, a continuación se presentan los resultados para cada una de las preguntas formuladas así como sus datos de consenso.

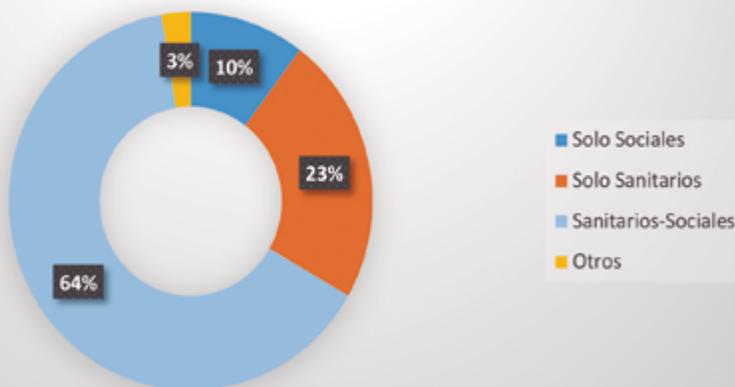
RESULTADOS DE LA ENCUESTA DELPHI

En primer lugar, se presenta la distribución de los profesionales que conformaron el panel de expertos en términos de su ámbito de trabajo y desarrollo profesional tal y como ellos se autodefinen:

Ámbito profesional de los panelistas. ¿Cómo se consideran?

La mayoría de los encuestados, dos tercios, consideran que su ámbito profesional se desarrolla en un entorno mixto, sanitario-social.

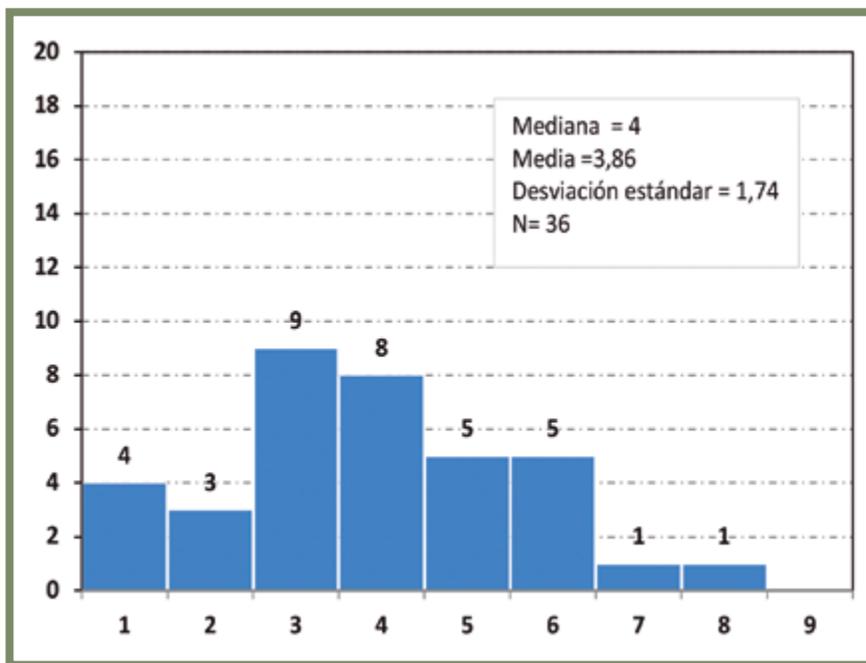
9 EXCLUSIVAMENTE SANITARIOS
4 EXCLUSIVAMENTE SOCIALES
1 EXCLUSIVAMENTE OTROS
25 MIXTOS



A continuación ya se presentan individualmente los resultados para cada una de las 27 preguntas que conforman el cuestionario. Véase como para cada pregunta se aportan los datos relativos a los porcentajes de consenso y, además, la información relativa al número de participantes que respondieron a la pregunta planteada así como las gráficas correspondientes a cada cuestión planteada.

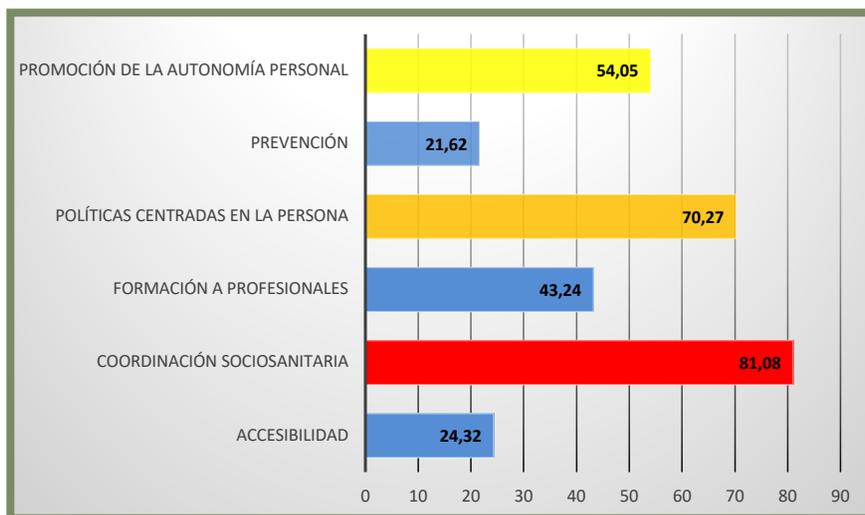
POLÍTICAS SOCIALES Y SANITARIAS

P1.- ¿Cree que las actuales políticas sociales y sanitarias están diseñadas con un enfoque inclusivo y orientado a la prevención y promoción con resultados en la salud y calidad de vida de las personas con discapacidad? La escala va de 1 (Muy en desacuerdo) a 9 (Totalmente de acuerdo).



Con respuestas de 36 panelistas, existe **consenso (61,11%)** de respuestas alrededor de la mediana (4) de la existencia de un área de **mejora significativa** hasta el valor óptimo (9).

P2.- En caso de que considere que hace falta mejoras, indique cuales: Con 37 respuestas analizadas, los panelistas proponen, como **medidas a adoptar**:



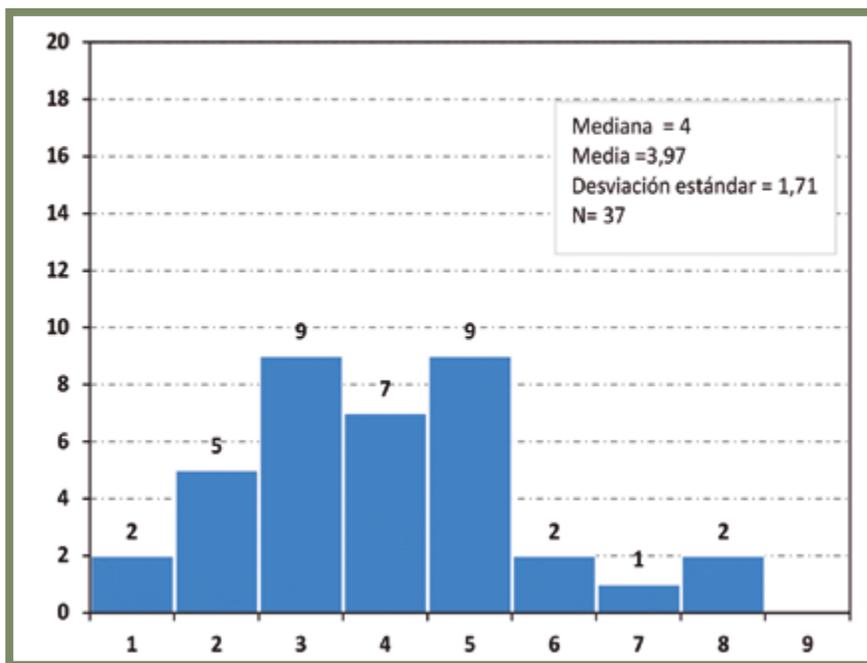
Con fuerte consenso:

- Mayor coordinación sociosanitaria (**81,08%**).

Con consenso en:

- Políticas centradas en la persona (**70,27%**).
- Promoción de la autonomía personal (**54,05%**).

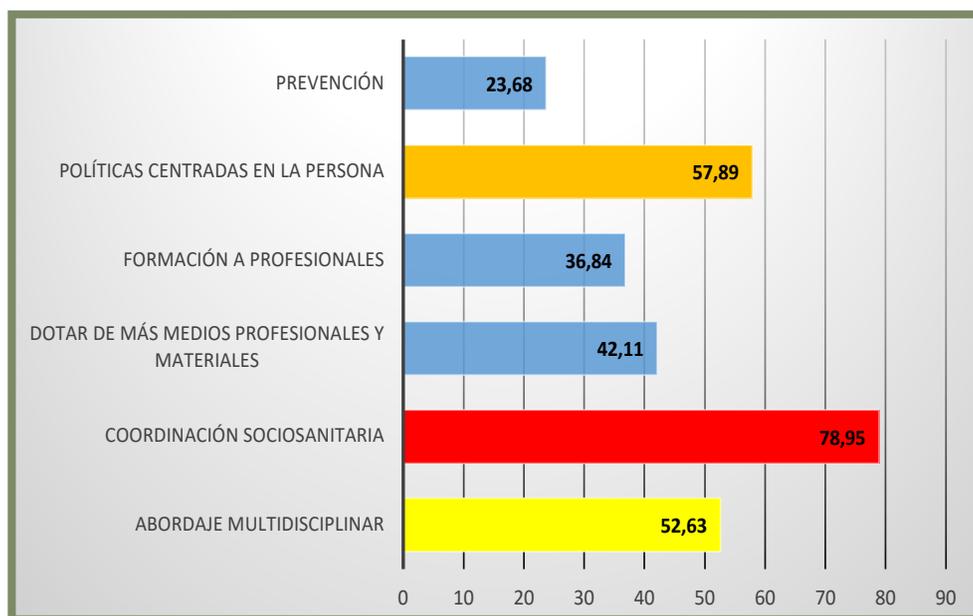
P3.- ¿Cree que las actuales políticas sociales y sanitarias se están desplegando con un enfoque inclusivo y orientado a la prevención y promoción con resultados en la salud y calidad de vida de las personas con discapacidad? La escala va de 1 (Muy en desacuerdo) a 9 (Totalmente de acuerdo).



Hay diferencias a la hora de valorar en la valoración del grado de implementación del enfoque, se puede observar una polarización de respuesta en los valores 3 y 5.

Con respuestas de 37 panelistas, existe **consenso (67,57%)** de respuestas alrededor de la mediana (4) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

P4.- En caso de que considere que hace falta mejoras, indique cuales:



Con 38 respuestas analizadas, se proponen las siguientes mejoras:

Con fuerte consenso:

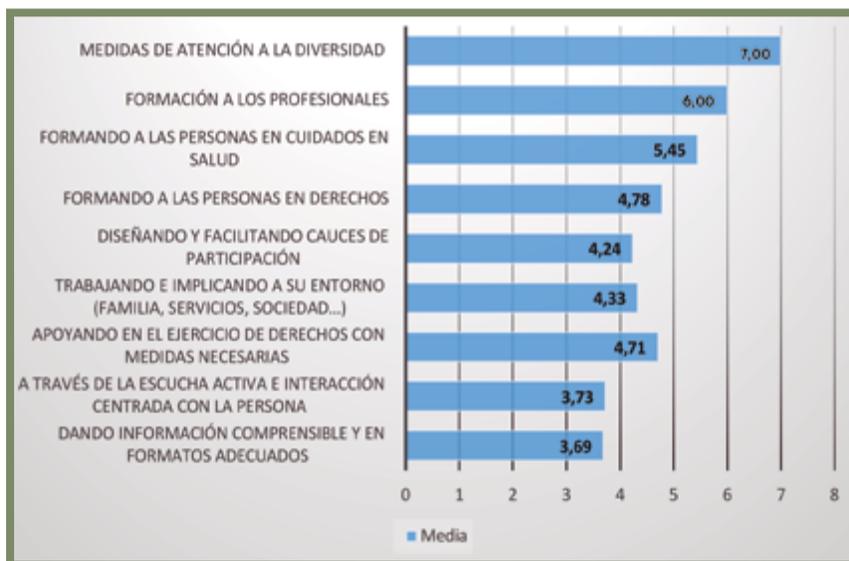
- Mejoras vinculadas a coordinación socio sanitaria (**78,95%**).

Con consenso en:

- Políticas centradas en la persona (**57,89%**).
- Abordaje multidisciplinar (**52,63%**).

EMPODERAMIENTO

P5. ¿Cómo se puede empoderar a la persona para que sea la protagonista de su vida y tome sus propias decisiones? Ordenar de mayor a menor importancia. (Más priorizado según el valor se acerca más al 1)

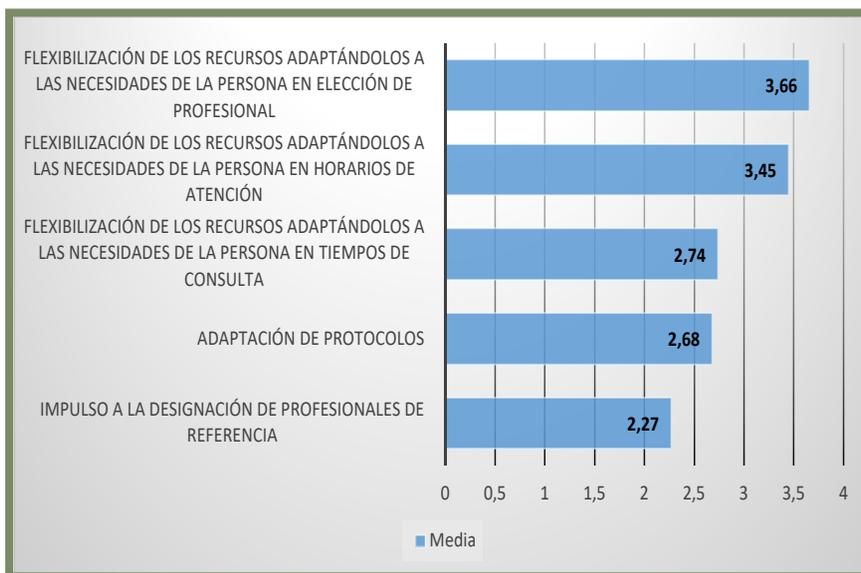


Con 38 respuestas analizadas, las **tres primeras medidas a adoptar** serían:

- 1ª Dar información comprensible y en formatos adecuados 3,69
- 2ª Escucha activa e interacción centrada con la persona 3,73
- 3ª Diseñando y facilitando cauces de participación 4,24

ATENCIÓN PERSONALIZADA

P6.- ¿Qué medidas son necesarias para orientar los servicios de apoyo a las personas hacia una atención más personalizada? Ordenar de mayor a menor importancia. (Más priorizado según el valor se acerque más al 1).

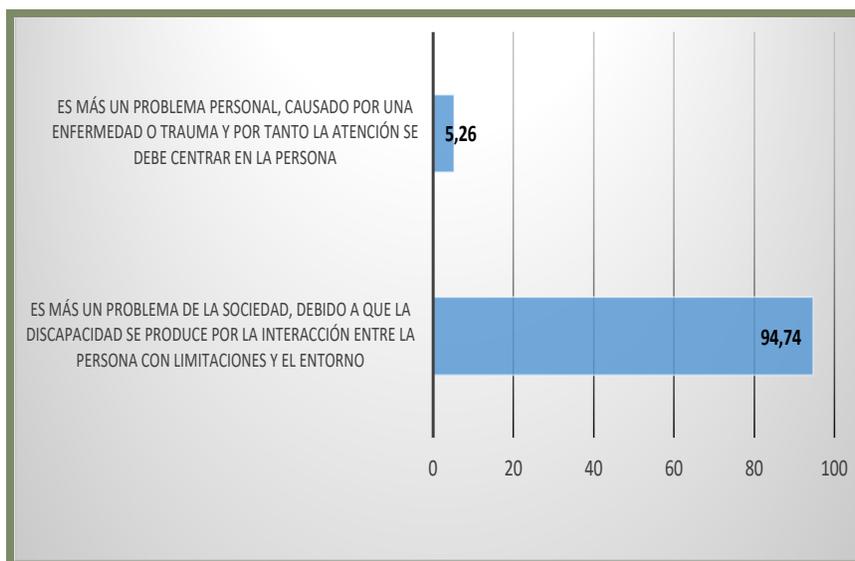


Con 38 respuestas analizadas, las **tres primeras medidas a adoptar** serían:

- | | |
|--|------|
| 1º Impulso a la designación de profesionales de referencia | 2,27 |
| 2º Adaptación de protocolos | 2,68 |
| 3º Flexibilización de los recursos adaptándolos a las necesidades de la persona en tiempos de consulta | 2,74 |

MODELO

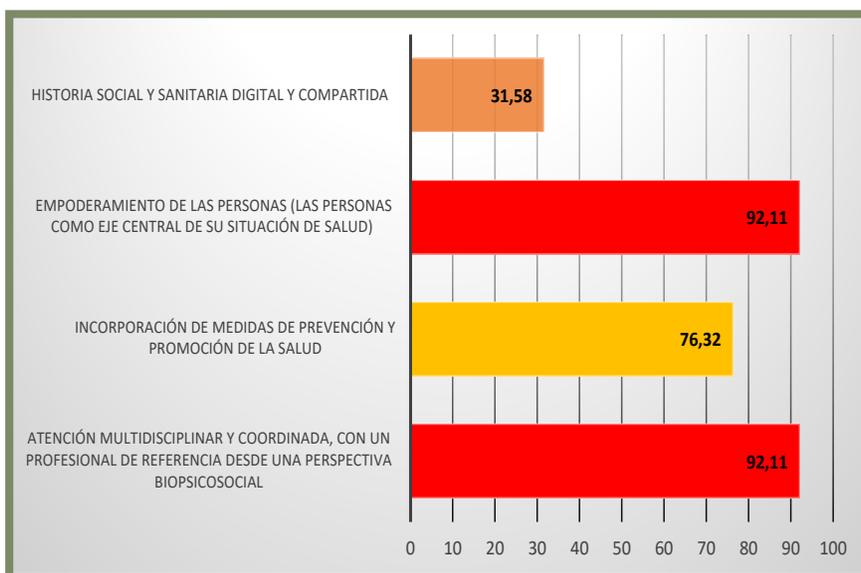
P7.- ¿Cuál de estas afirmaciones considera más adecuada respecto a la Discapacidad?



Existe un **fuerte consenso (94,74%)** entre las 38 respuestas, de que es más un problema de la sociedad, debido a que la discapacidad se produce por la interacción entre la persona con limitaciones y el entorno.

SALUD

P8.- ¿Qué medidas pueden adoptarse para avanzar en una visión más integral de la salud?



Con 38 respuestas analizadas, existe:

Fuerte consenso, en medidas como:

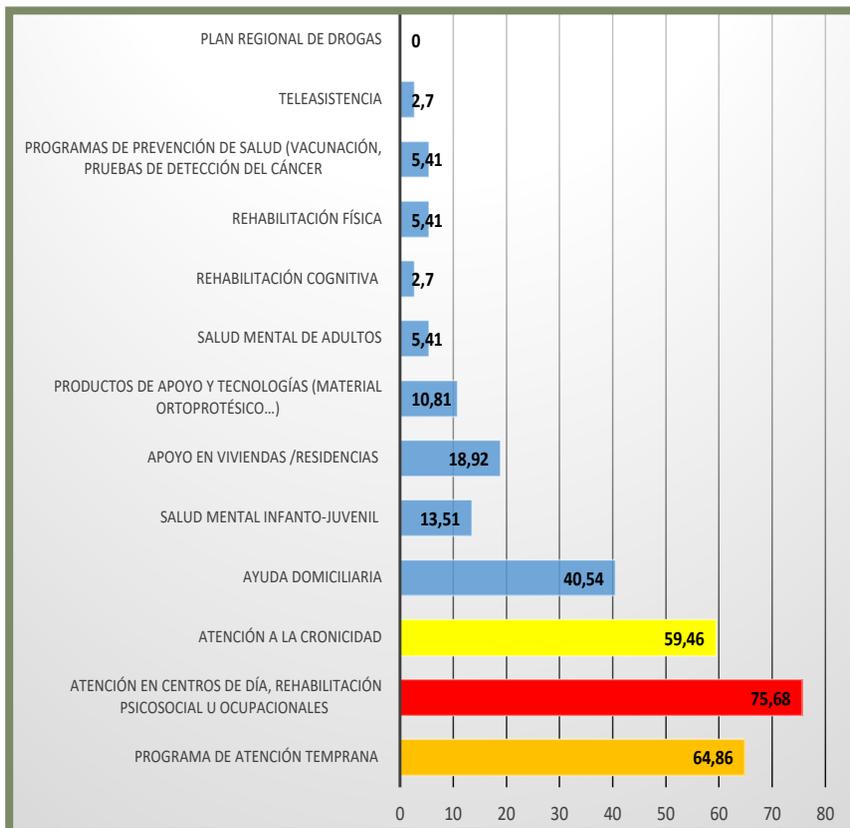
Atención multidisciplinaria y coordinada, con un profesional de referencia desde una:

- perspectiva biopsicosocial (**92,11%**).
- Empoderamiento de las personas (las personas como eje central de su situación de salud) (**92,11%**).
- Incorporación de medidas de prevención y promoción de la salud (**76,32%**).

PROGRAMAS Y SERVICIOS

Programas más relevantes

P9.- Seleccione los programas o servicios sanitarios y/o sociales que considere más relevantes para las personas con discapacidad, entre los que existen en Cantabria.



Con 37 respuestas analizadas, existe:

Fuerte consenso, en dar importancia al siguiente programa:

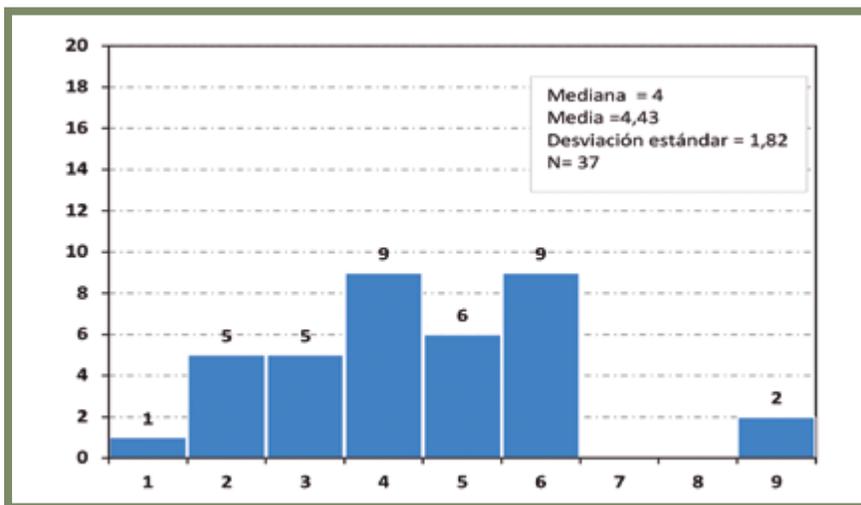
- Atención centros de día, rehabilitación psicosocial u ocupacionales (**75,68%**).

Con **Consenso** en:

- Programa de atención temprana (**64,86%**).
- Atención cronicidad (**59,46%**).

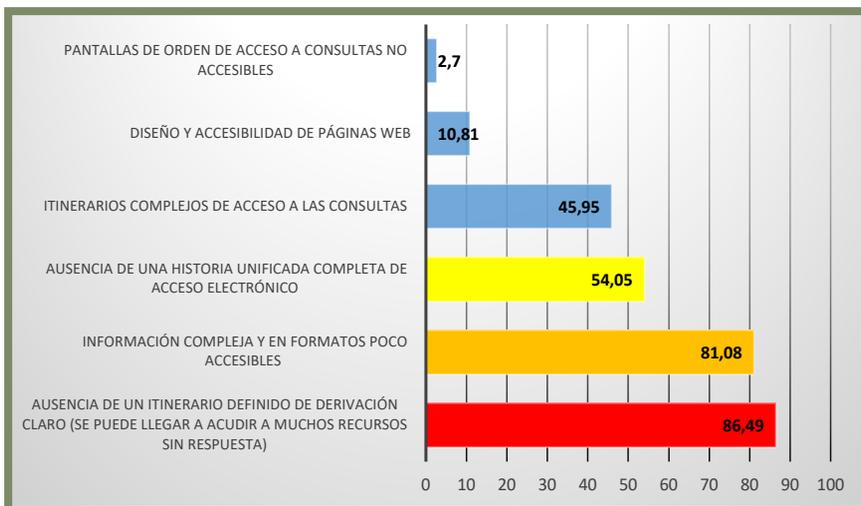
Accesibilidad información

P11.- ¿Cree que las personas con discapacidad tienen los servicios sanitarios y sociales accesibles en cuanto a información? La escala va de 1 a 9.



Con respuestas de 37 panelistas, existe consenso (54,05%) de respuestas alrededor de la mediana (4) de la existencia de un área de mejora significativa hasta el valor óptimo (9).

P11.1.- ¿Cuáles son a su juicio los principales problemas de acceso a la información?



Con 37 respuestas analizadas, existe:

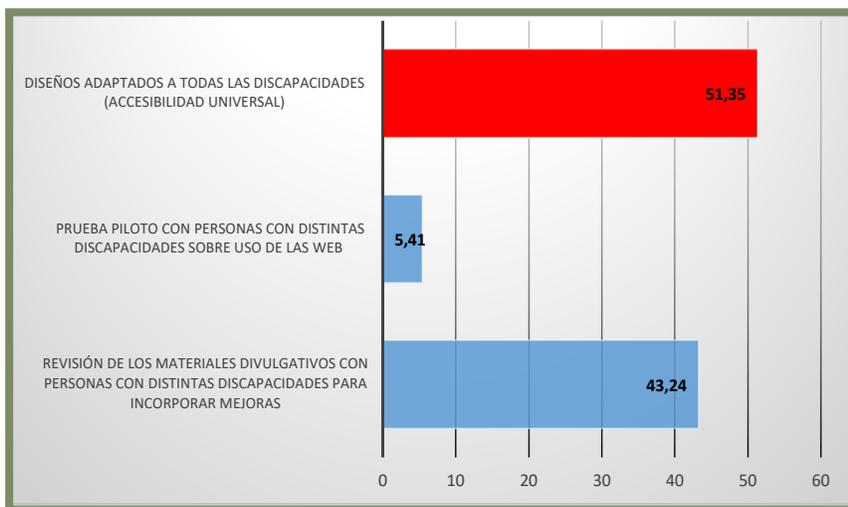
Fuerte consenso, en destacar como problemas la:

- Ausencia de un itinerario definido de derivación claro **(86,49%)**.
- Información compleja y en formatos poco accesibles **(81,08%)**.

Con **Consenso** en:

- Ausencia de una historia unificada completa de acceso electrónico **(54,05%)**

P11.2.- ¿Qué medidas se pueden tomar para mejorarlo?



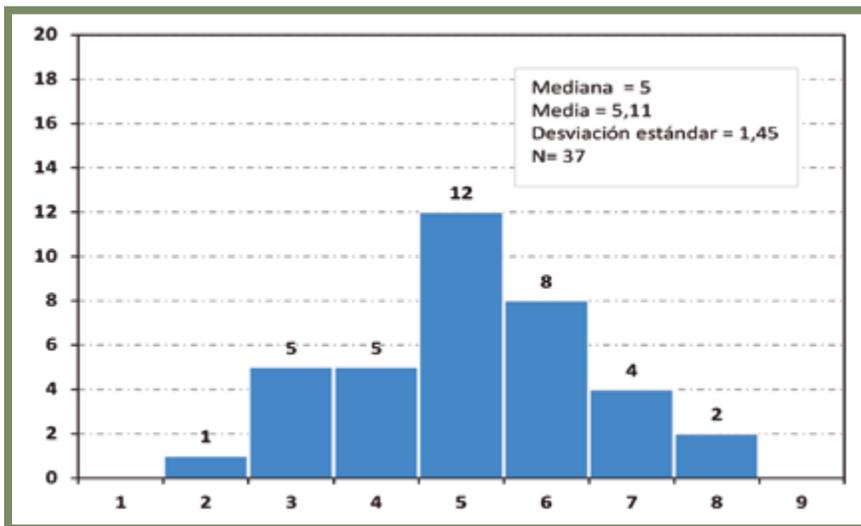
Con 37 respuestas analizadas, solo existe:

Consenso en:

- Diseños adaptados a todas las discapacidades (accesibilidad universal) **(51,35%)**.

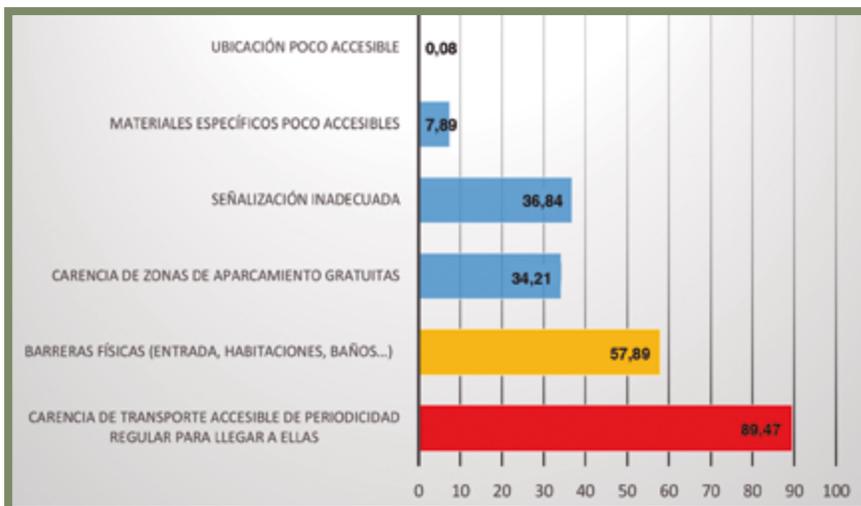
Accesibilidad instalaciones

P12.- ¿Cree que las personas con discapacidad tienen los servicios sanitarios y sociales accesibles en cuanto a las instalaciones? La escala va de 1 a 9.



Con respuestas de 37 panelistas, existe **consenso (67,57%)** de respuestas alrededor de la mediana (5) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

P12.1.- ¿Cuáles son a su juicio las principales causas de esa no accesibilidad?



Con 38 respuestas analizadas, existe:

Fuerte consenso:

- Carencia de transporte accesible de periodicidad regular para llegar a ellas **(89,47%)**.

Consenso en:

- Barreras físicas (entrada, habitaciones, baños...) **(57,89%)**.

P12.2.- ¿Qué medidas se pueden tomar para mejorar la no accesibilidad?



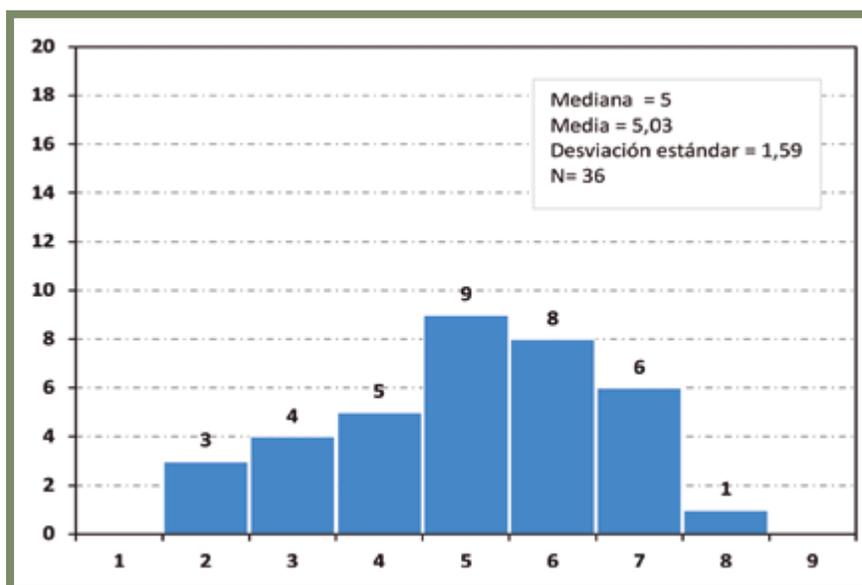
Con 37 respuestas analizadas, existe:

Consenso en:

- Hacer un estudio sobre necesidades y propuestas sobre accesibilidad con pacientes y profesionales **(72,97%)**.

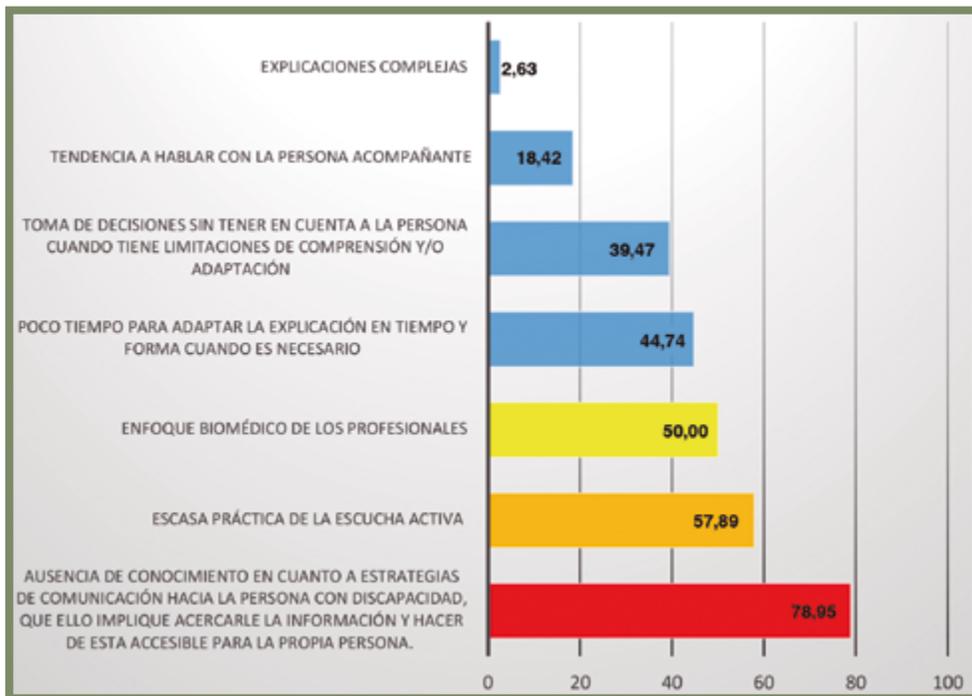
Accesibilidad comunicación

P13.- ¿Cree que las personas con discapacidad tienen los servicios sanitarios y sociales accesibles en cuanto a la comunicación con el personal sanitario? La escala va de 1 a 9.



Con respuestas de 36 panelistas, existe **consenso (61,11%)** de respuestas alrededor de la mediana (5) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

P13.1.- ¿Cuáles son a su juicio las principales causas?



Con 38 respuestas,

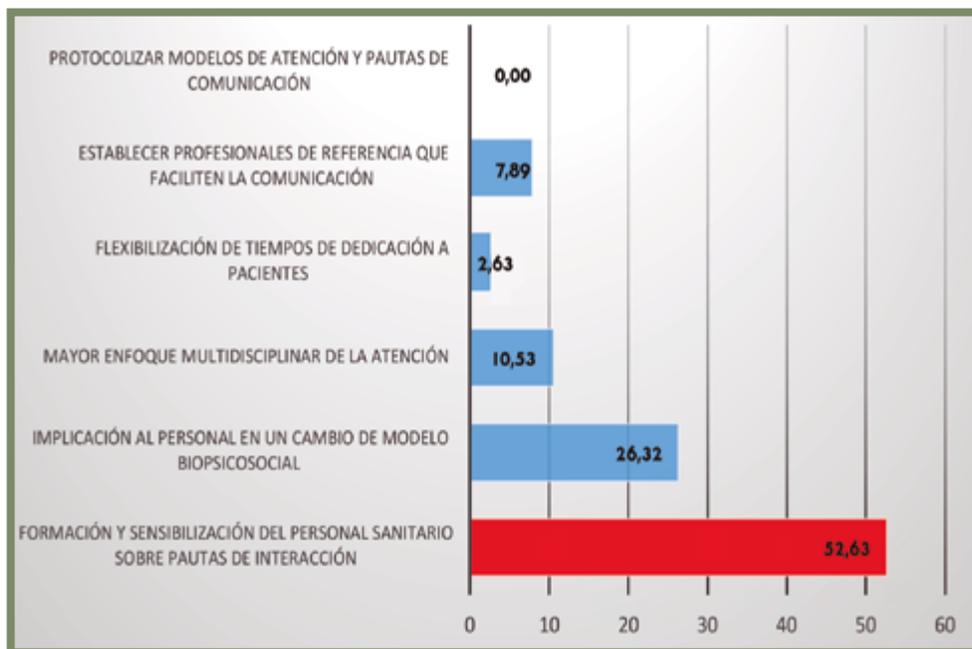
Hay fuerte consenso en:

- Ausencia de conocimiento en cuanto a estrategias de comunicación hacia la persona con discapacidad, que ello implique acercarle la información y hacer de esta accesible para la propia persona (**78,95%**).

Hay consenso en:

- Escasa práctica de la escucha activa (**57,89%**).
- Enfoque biomédico de los profesionales (**50,00%**).

P13.2.- ¿Qué medidas se pueden tomar para mejorarlo?



Con 38 respuestas,

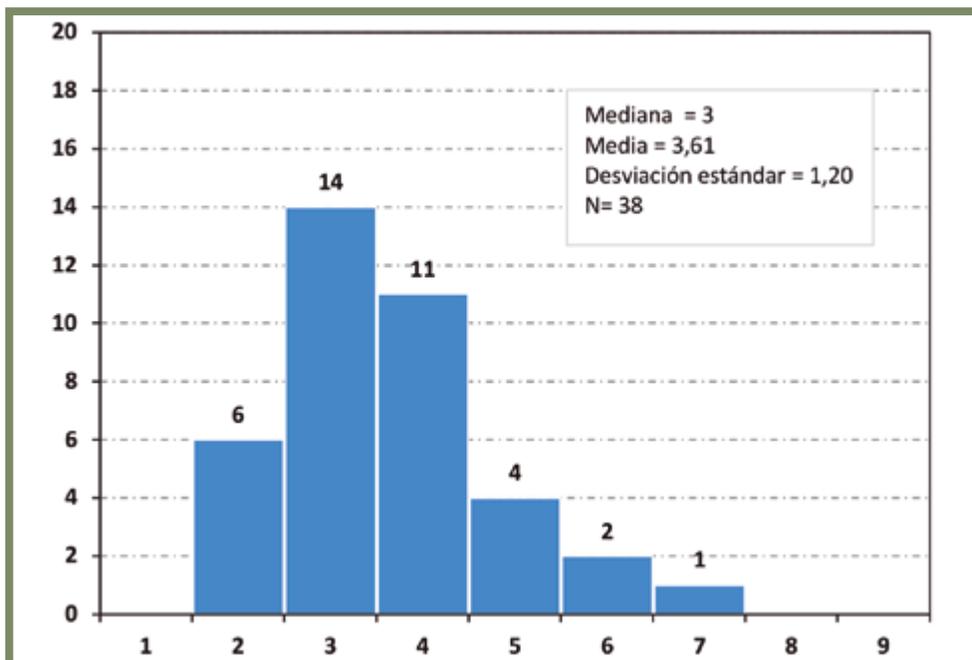
Hay **consenso** en:

- Formación y sensibilización del personal sanitario sobre pautas de interacción (52,63%).

CAPACITACIÓN PROFESIONAL

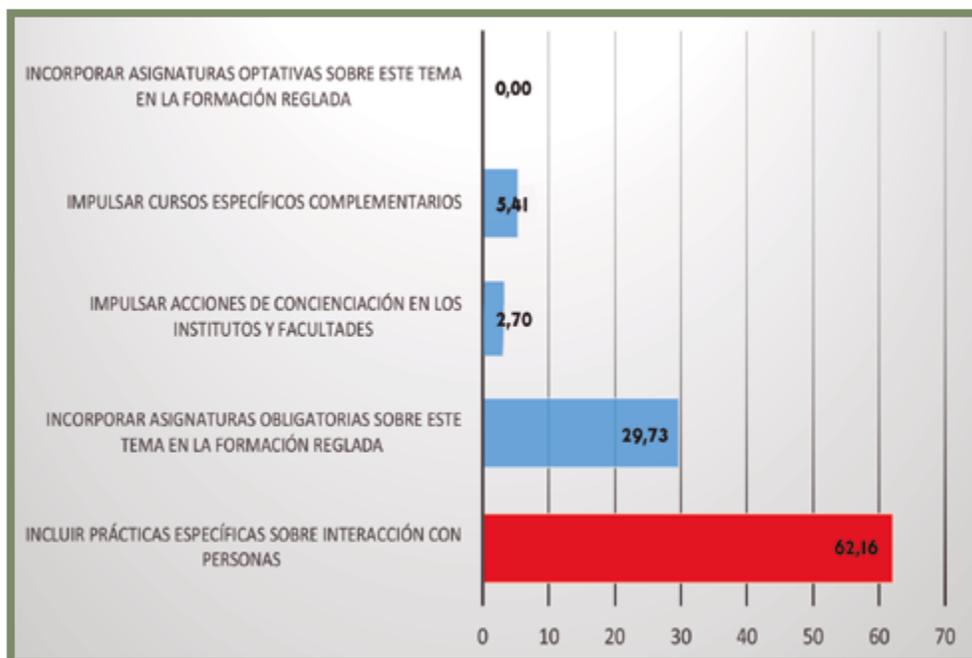
Servicios sanitarios

P14.- *¿Considera que los profesionales de los Servicios Sanitarios reciben formación suficiente y adecuada en la formación profesional y/o universitaria sobre pautas adecuadas para la interacción con las personas? La escala va de 1 a 9.*



Con respuestas de 38 panelistas, existe **fuerte consenso (81,58%)** de respuestas alrededor de la mediana (3) de la existencia de un área de mejora **muy significativa** hasta el valor óptimo (9).

P15.- ¿Qué estrategias propondría?

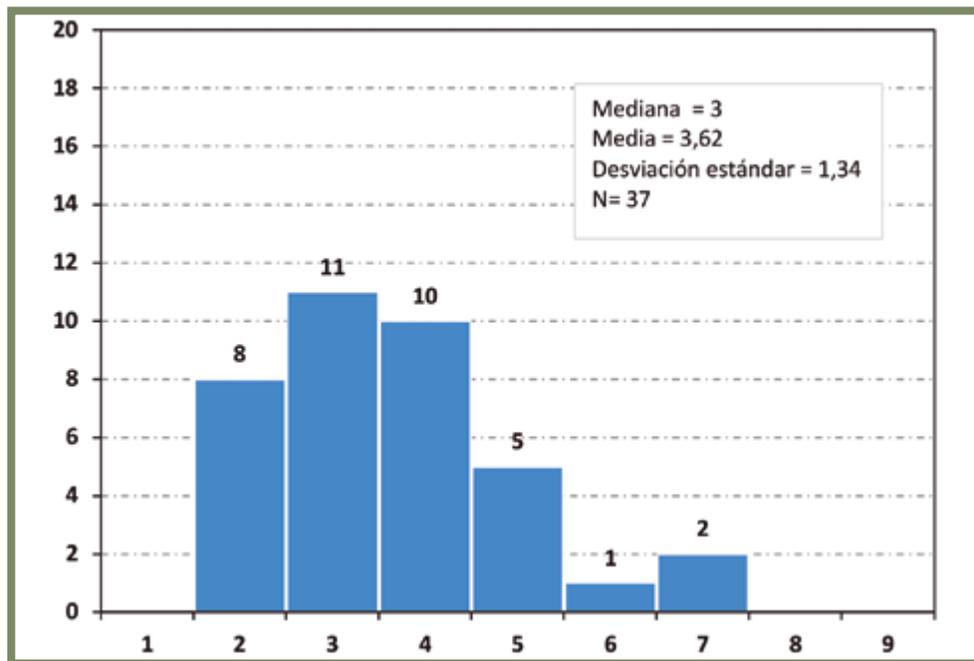


Con 37 respuestas,

Hay **consenso** en:

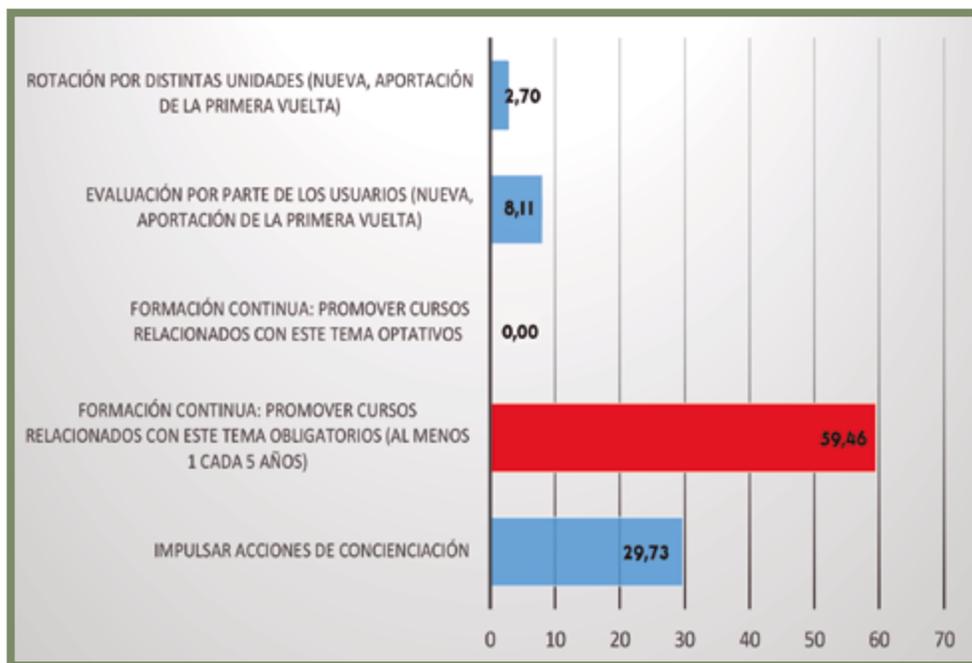
- Incluir prácticas específicas sobre interacción con personas **(62,16%)**.

P16.- ¿Considera que los profesionales de los Servicios Sanitarios reciben formación suficiente y adecuada en la formación continuada sobre pautas adecuadas para la interacción con las personas? La escala va de 1 a 9



Con respuestas de 37 panelistas, existe **fuerte consenso (78,38%)** de respuestas alrededor de la mediana (3) de la existencia de un área de mejora **muy significativa** hasta el valor óptimo (9).

P17:- ¿Qué estrategias propondría?



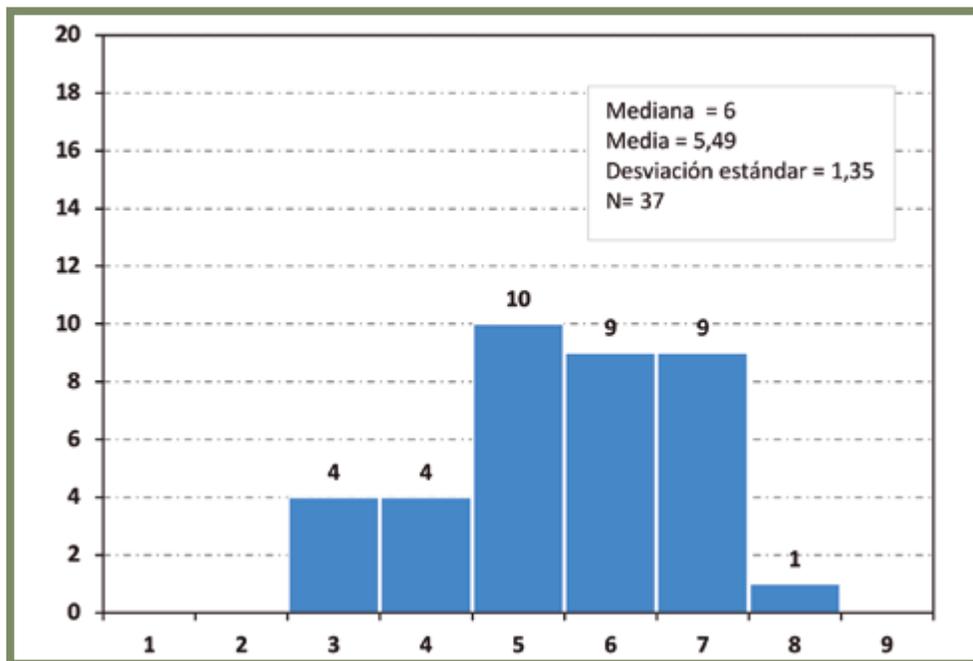
Con 37 respuestas,

Hay **consenso** en:

- Formación continua: Promover cursos relacionados con este tema obligatorios (al menos 1 cada 5 años) (**59,46%**).

Servicios sociales

P 18.- ¿Considera que los profesionales de los Servicios Sociales reciben formación suficiente y adecuada en la formación profesional y/o universitaria sobre pautas adecuadas para la interacción con las personas? La escala va de 1 a 9.



Con respuestas de 37 panelistas, existe **fuerte consenso (75,68%)** de respuestas alrededor de la mediana (6) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

P19.- ¿Qué estrategias propondría?

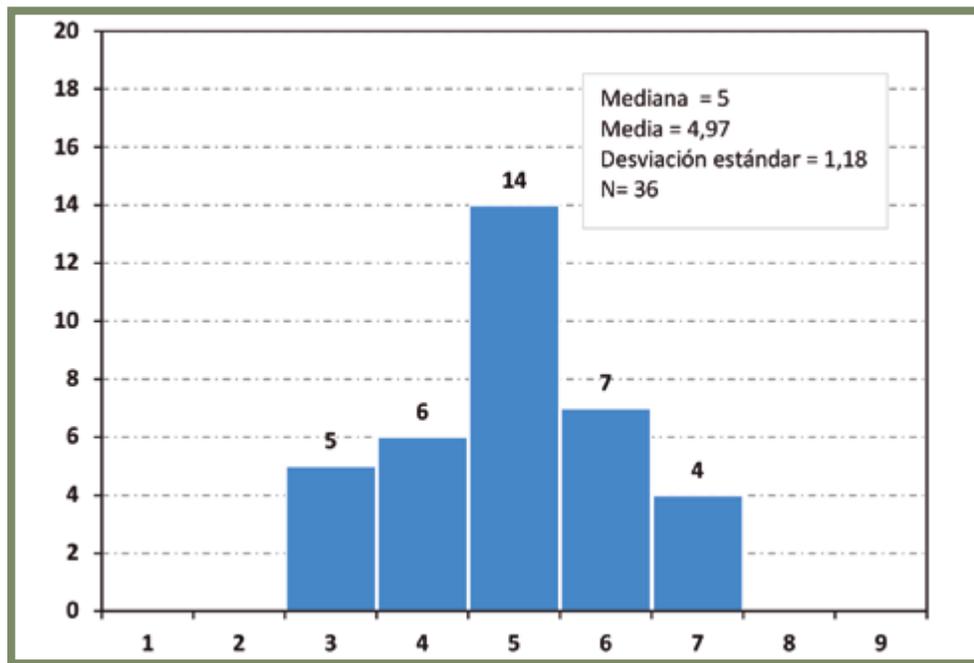


Con 36 respuestas,

Hay un fuerte consenso en:

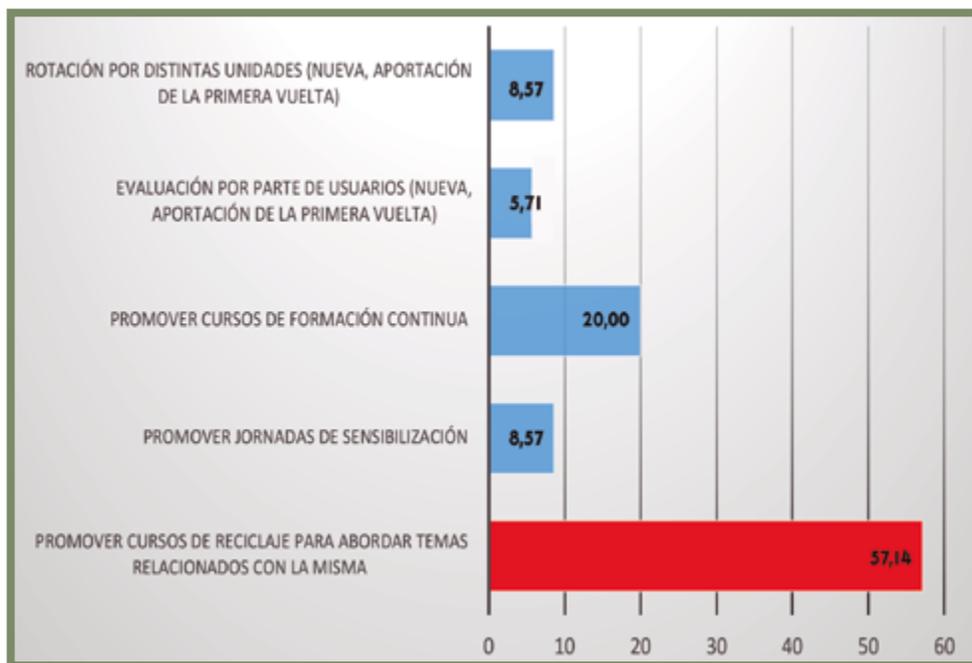
- Incluir prácticas específicas sobre interacción con personas **(80,56%)**.

P20.- ¿Considera que los profesionales de los Servicios Sociales reciben formación suficiente y adecuada en la formación continuada sobre pautas adecuadas para la interacción con las personas? La escala va de 1 a 9.



Con respuestas de 36 panelistas, existe **fuerte consenso (75,00%)** de respuestas alrededor de la mediana (5) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

P21.- ¿Qué estrategias propondría?



Con 36 respuestas,

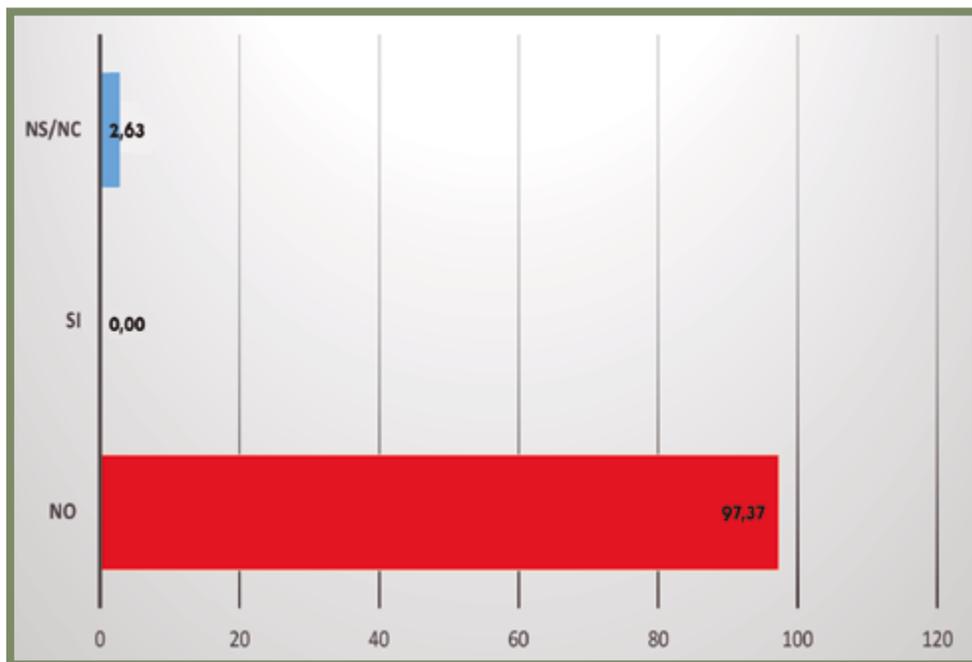
Hay un **consenso** en:

- Promover cursos de reciclaje para abordar temas relacionados con la misma **(57,14%)**.

COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

Valoración

P22.- En general, ¿cree que la necesidad de una coordinación socio-sanitaria es algo que está interiorizado en las personas responsables de impulsar, implementar y evaluar las políticas públicas socio-sanitarias?

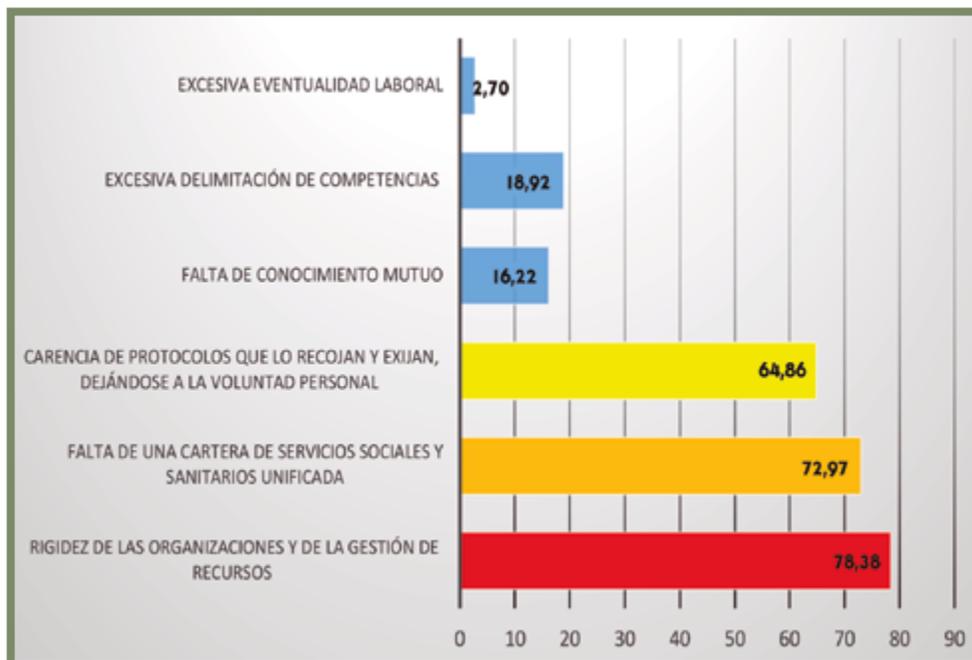


Con 38 respuestas,

Hay un fuerte consenso en:

- No (**97,37%**).

P23.- En caso de haber respondido que no a la pregunta anterior: ¿A qué cree que es debido?



Con 37 respuestas

Hay un **fuerte consenso** en:

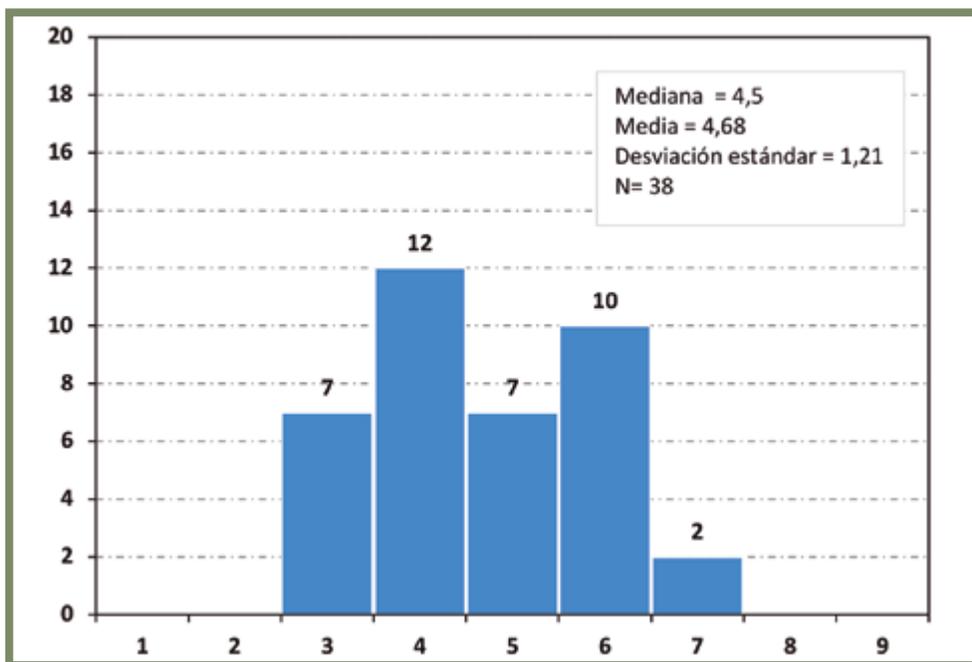
- Rigidez de las organizaciones y de la gestión de recursos (**78,38%**).

Hay **consenso** en:

- Falta de una cartera de servicios sociales y sanitarios unificada (**72,97%**).
- Carencia de protocolos que lo recojan y exijan, dejándose a la voluntad personal (**64,86%**).

P24.- ¿Hasta qué punto cree que los distintos niveles de Servicios Sociosanitarios están coordinados entre sí? Marquen el grado de coordinación que cree que existe entre los siguientes niveles.

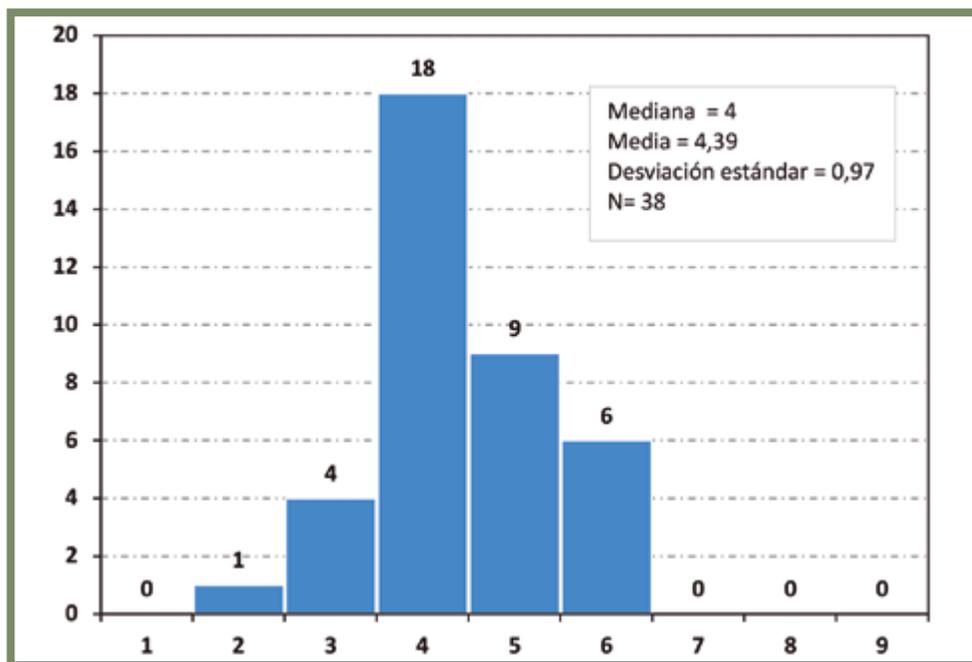
P24.1.- a) Entre Atención Primaria y Atención Especializada comunitaria



Hay diferencias a la hora de valorar el grado de coordinación, se puede observar una polarización de respuesta en los valores 4 y 6.

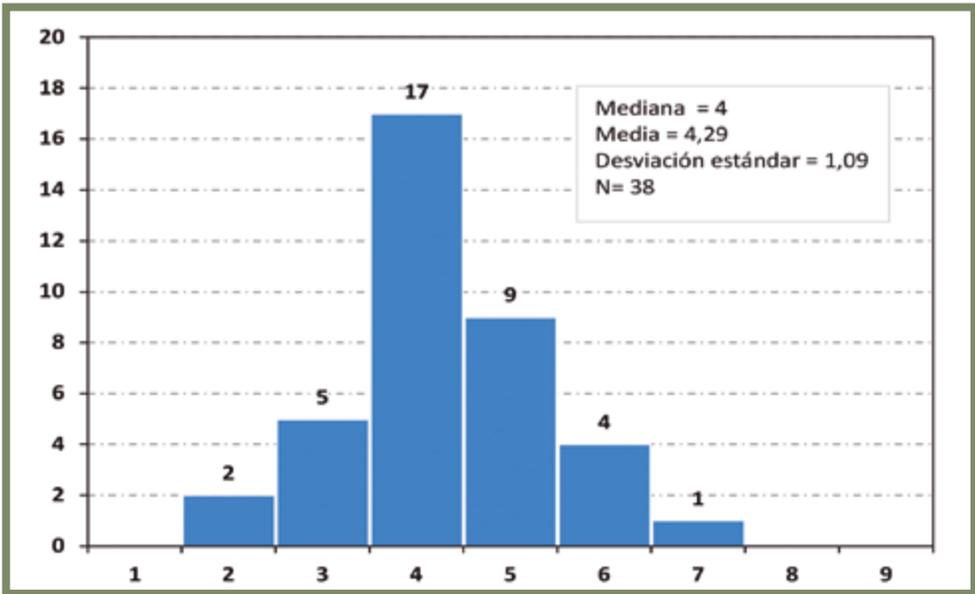
Con respuestas de 38 panelistas, existe **consenso (68,42%)** de respuestas alrededor de la mediana (4,5) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

P24.1 .- b) Entre Atención Primaria y Atención Especializada hospitalaria



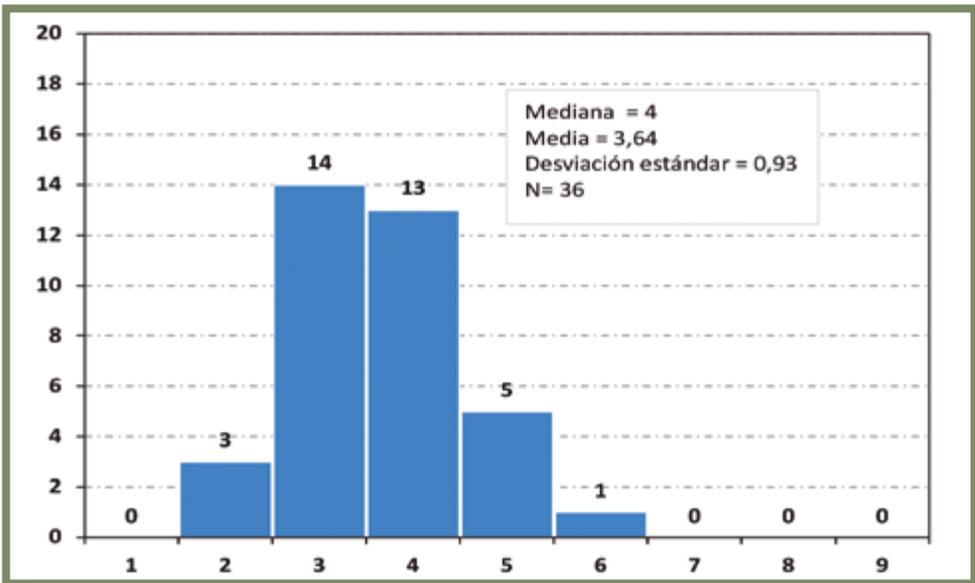
Con respuestas de 38 panelistas, existe **fuerte consenso (81,58%)** de respuestas alrededor de la mediana (4) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

P24.1.- c) Entre Atención Primaria y Hospitalización (completa, parcial o domiciliaria)



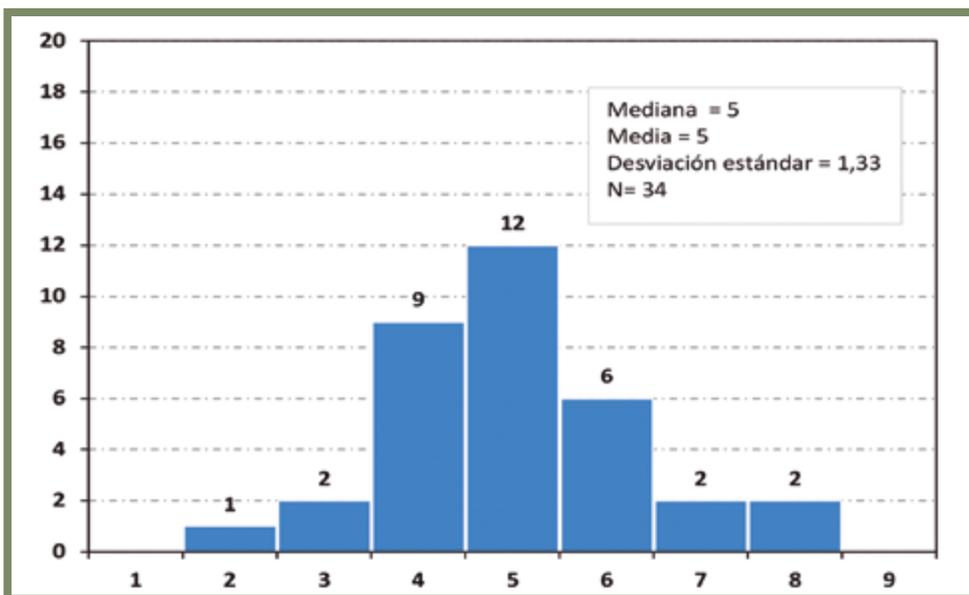
Con respuestas de 38 panelistas, existe **fuerte consenso (81,58%)** de respuestas alrededor de la mediana (4) de la existencia de un área de mejora significativa hasta el valor óptimo (9).

P24.2.- Entre los Servicios Sanitarios y los Servicios Sociales



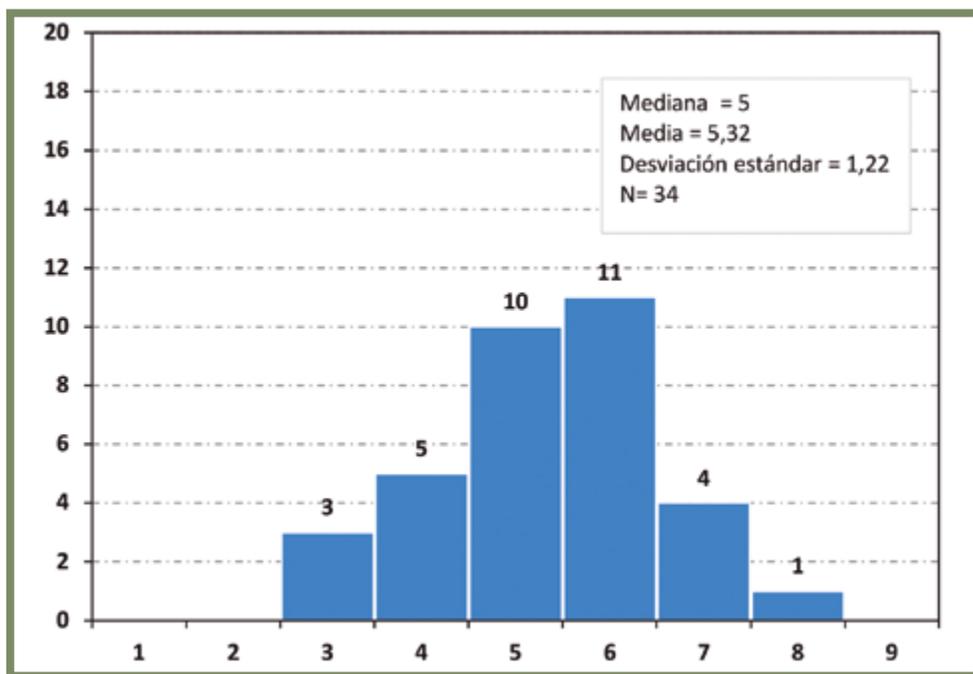
Con respuestas de 36 panelistas, existe **fuerte consenso (88,89%)** de respuestas alrededor de la mediana (4) de la existencia de un área de mejora significativa hasta el valor óptimo (9).

P24.3.- a) Entre los distintos Servicios Sociales



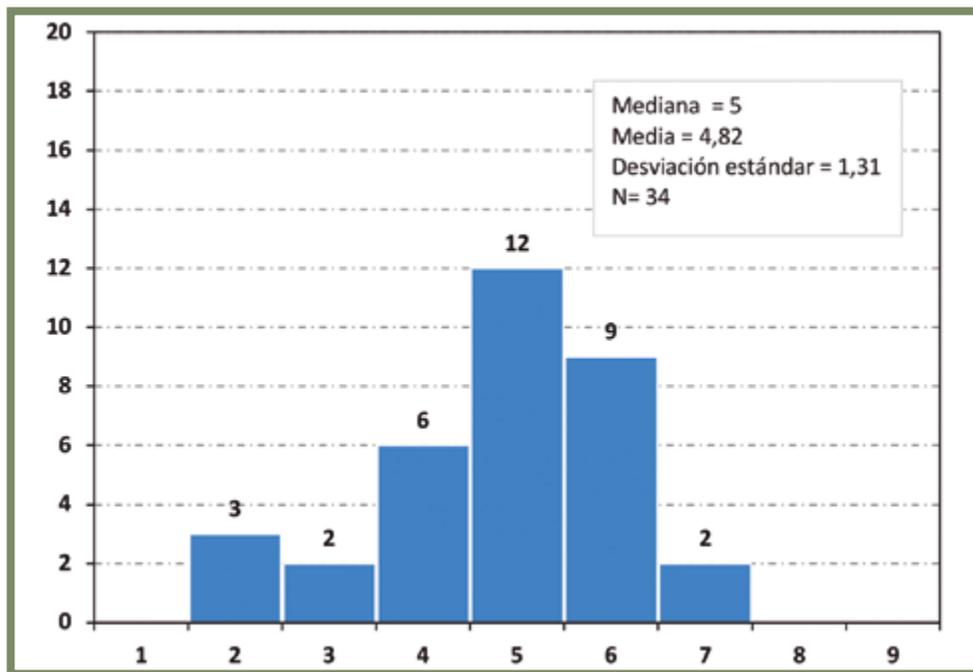
Con respuestas de 34 panelistas, existe **fuerte consenso (79,41%)** de respuestas alrededor de la mediana (5) de la existencia de un área de mejora significativa hasta el valor óptimo (9).

P24.3.- b) Entre el ICASS y Servicios Sociales especializados



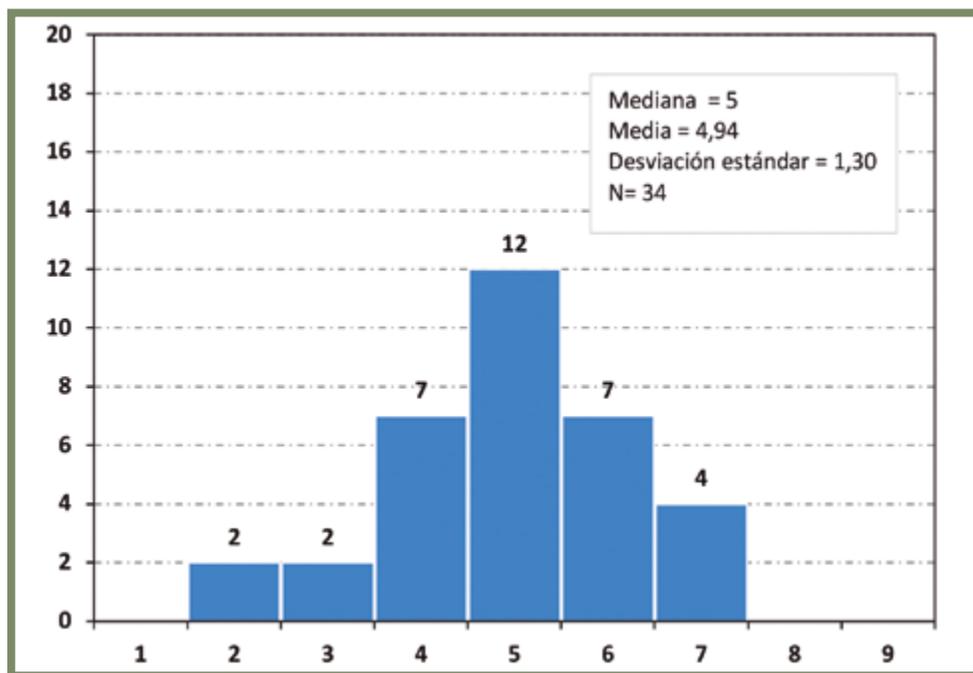
Con respuestas de 34 panelistas, existe **fuerte consenso (76,47%)** de respuestas alrededor de la mediana (5) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

P24.3.- c) Entre los Ayuntamientos y Servicios Sociales especializados



Con respuestas de 34 panelistas, existe **fuerte consenso (79,41%)** de respuestas alrededor de la mediana (5) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

P24.3.- d) Entre los Servicios Sociales especializados entre si



Con respuestas de 34 panelistas, existe **fuerte consenso (76,47%)** de respuestas alrededor de la mediana (5) de la existencia de un área de mejora **significativa** hasta el valor óptimo (9).

Medidas

P 25.- ¿Qué medidas cree que facilitarían la coordinación entre los diferentes servicios? Especificar para los siguientes niveles la respuesta que considere más oportuna:

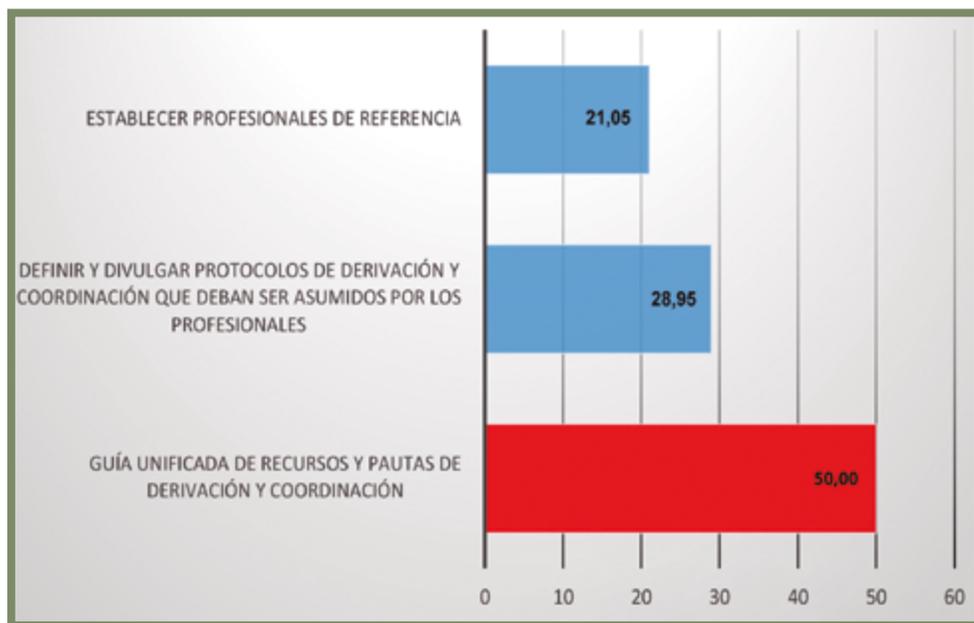
P25.1.- Entre los distintos niveles de los Servicios Sanitarios.



Con 38 respuestas, hay **consenso** en:

- Definir y divulgar protocolos de derivación y coordinación que deban ser asumidos por los profesionales **(68,42%)**.

P25.2.- Entre los Servicios Sanitarios y los Servicios Sociales.



Con 38 respuestas, hay **consenso** en:

- Guía unificada de recursos y pautas de derivación y coordinación (**50%**).

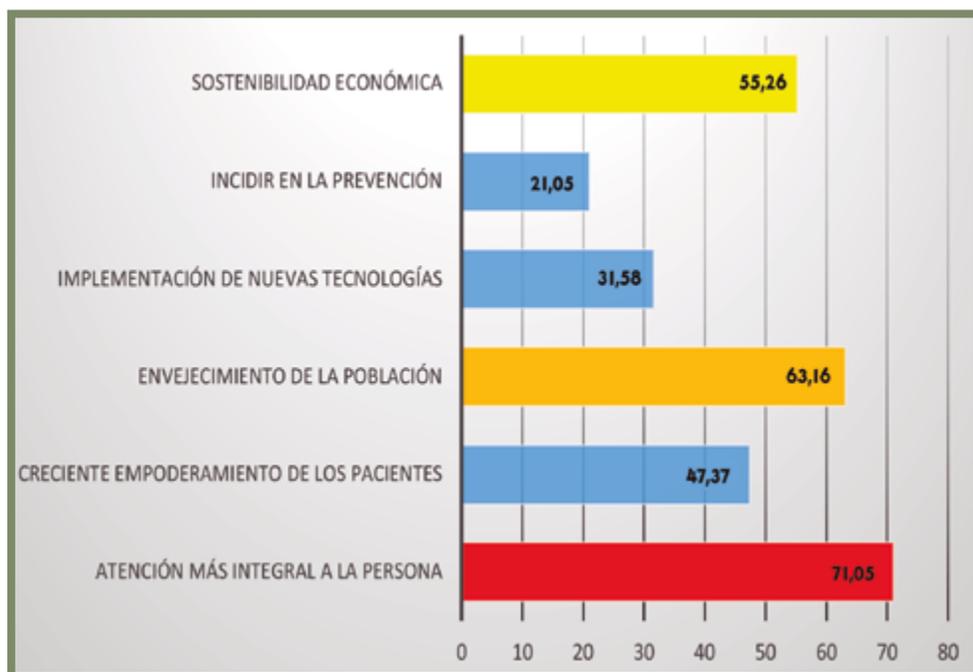
P25.3.- Entre los distintos niveles de los Servicios Sociales.



Con 38 respuestas, **no se han encontrado consensos.**

NUEVOS RETOS

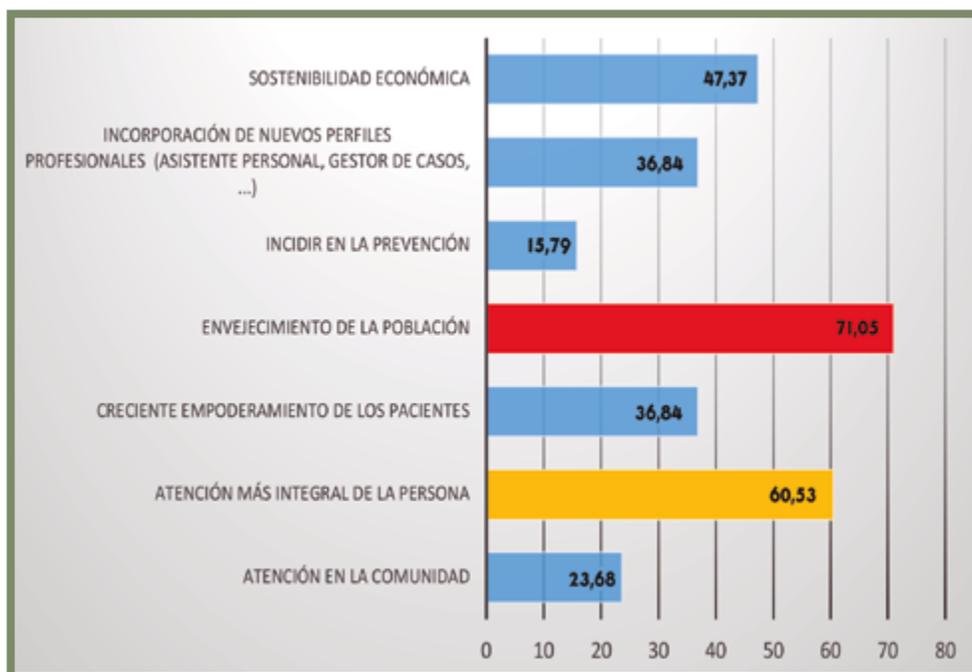
P26.- Nuevos retos a los que se va a enfrentar el Sistema Sanitario en el ámbito de la discapacidad.



Con 38 respuestas, hay **consenso** en:

- Atención más integral a la persona (**71,05%**).
- Envejecimiento de la población (**63,16%**).
- Sostenibilidad económica (**55,26%**).

P27.- ¿Cuáles cree que son los retos a los que se van a enfrentar en el futuro los Servicios Sociales en el ámbito a la Discapacidad?



Con 38 respuestas, hay **consenso** en:

- Envejecimiento de la población (**71,05%**).
- Atención más integral de la persona (**60,53%**).

RESUMEN DE RESULTADOS

RESUMEN DE RESULTADOS

1º OBJETIVO.- ENFOQUES SOBRE DISCAPACIDAD Y MODELO EN EL QUE DEBEN BASARSE LAS ACTUACIONES

PREGUNTAS RELACIONADAS:

1. PREGUNTAS GENERALES (P1 a P7)

POLITICAS SOCIALES Y SANITARIAS	Diseño	P1	
	Mejoras	P2	
	Implementación	P3	
	Mejoras	P4	
EMPODERAMIENTO	PRIORIZACIÓN	Empoderamiento	P5
ATENCIÓN PERSONALIZADA	PRIORIZACIÓN	A. Personalizada	P6
MODELO		Modelo	P7

Fuerte consenso en el enfoque y las medidas a adoptar para que las políticas sean inclusivas

2. SALUD (P8)

VISION INTEGRAL SALUD	MEDIDAS	Salud integral	P8
-----------------------	---------	----------------	----

Alto consenso en las medidas a adoptar para avanzar en una visión más integral de la salud

3. PROGRAMAS Y SERVICIOS (P9 a P13.2)

PROGRAMAS MÁS RELEVANTES		Programas	P9
ACCESIBILIDAD	INFORMACIÓN		
		Valoración	P11
		Problemas	P11.1
		Medidas	P11.2
	INSTALACIONES	Valoración	P12
		Problemas	P12.1
		Medidas	P12.2
	COMUNICACIÓN	Valoración	P13
		Problemas	P13.1
		Medidas	P13.2

Fuerte consenso en los programas más destacados y en las causas de la falta de accesibilidad

4. CAPACITACIÓN PROFESIONAL (P14 a P21)

FORMACIÓN PARA INTERACCIÓN	<u>4. I. SERVICIOS SANITARIOS</u>	Formación universitaria	Valoración	P14
			Estrategias	P15
		Formación continuada	Valoración	P16
			Estrategias	P17
	<u>4. II. SERVICIOS SOCIALES</u>	Formación universitaria	Valoración	P18
			Estrategias	P19
		Formación continuada	Valoración	P20
			Estrategias	P21

Fuerte consenso en que la formación de los profesionales de los Servicios Sanitarios y Sociales no es suficientemente adecuada para la interacción con las personas con discapacidad.

Fuerte consenso en que la estrategia para mejorar la formación profesional y/o universitaria en los Servicios Sociales es incluir prácticas específicas en la formación.

2º OBJETIVO.- RELACIÓN ENTRE EL ÁMBITO SOCIAL Y SANITARIO

5. COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA. (P22 a P24)

COORDINACIÓN	VALORACIÓN	EN GENERAL		P22
				P23
		ENTRE NIVELES SANITARIOS	AP - AE	P24.1a
			AP - AEH	P24.1b
			AP - H	P24.1c
	SANITARIO-SOCIAL		P24.2	
	ENTRE NIVELES SOCIAL	SS ENTRE SI	P24.3a	
		ICASS - SS ESPECIALIZADOS	P24.3b	
		AYUNTAM. - SS ESPECIALIZADOS	P24.3c	
		SS ESPECIALIZADOS ENTRE SI	P24.3d	
MEDIDAS MEJORA	ENTRE NIVELES SANITARIOS Mejoras		P25.1	
	SANTARIO-SOCIAL Mejoras		P25.2	
	ENTRE NIVELES SOCIAL NO se ha encontrado consenso		P25.3	

Fuerte consenso en que, en general, no existe una buena coordinación y la causa fundamental de ello.

Fuerte consenso en que hay problemas en la coordinación entre los diferentes niveles de los Servicios Sanitarios, entre S.Sanitarios y S.Sociales, y entre los diferentes niveles de Servicios Sociales. Salvo entre AP y AE en que se puede observar una polarización de las respuestas.

6. RETOS.(P26 a P27)

NUEVOS RETOS	SISTEMA SANITARIO	P26
	SERVICIOS SOCIALES	P27

Consenso en que los retos a los que se van a enfrenta tanto el S. Sanitario como los S.Sociales en el futuro son el envejecimiento de la población y la atención más integral de la persona. Además, existe consenso en para el S. Sanitario será un reto su sostenibilidad económica.

Total

27 preguntas (algunas con subapartados)
41 cuestiones

Fuerte consenso	22	56,4%
Consenso	16	41,0%
Sin consenso	1	2,6%
Priorización		2 preguntas

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con respecto al panel de expertos que se seleccionaron para este estudio, el objetivo principal fue representar a todo el arco de profesionales implicado en la atención a personas en situación de discapacidad, tanto en el ámbito sanitario como social. La consideración que los propios participantes han hecho de sus disciplinas concuerda con los objetivos iniciales para la elaboración del panel. Así se puede afirmar, que en este estudio Delphi se recogen opiniones de expertos procedentes de todas las dimensiones que conforman el fenómeno de la discapacidad.

En lo que se refiere a las cifras de consenso alcanzadas, en un **56,4%** de las cuestiones planteadas podemos hablar de **“fuerte consenso”**, esto es un 75% o más de acuerdo entre los participantes.

Podemos hablar de **“consenso”**, esto es un 50% o más de acuerdo entre panelistas, en un **41,0%** de las cuestiones.

Tan solo hay una cuestión en relación a medidas a adoptar para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de los Servicios Sociales, en la que **no se encontró suficiente consenso** entre los panelistas.

Con respecto a las cuestiones planteadas en términos de ordenación, dos en concreto, si que los participantes han señalado como prioritarias las tres opciones que se esbozaron como las más votadas en la primera vuelta.

En un análisis por apartados, se observa que existe fuerte consenso en el **enfoque** y las **medidas a adoptar para que las políticas sean inclusivas**, en las **medidas a adoptar para avanzar en una visión más integral de la salud**, y en los **programas más destacados y en las causas de la falta de accesibilidad**.

En relación con la **formación de los profesionales para la interacción** con las personas con discapacidad, existe un fuerte consenso que la formación de los profesionales de los Servicios Sanitarios no es suficientemente adecuada para la interacción y existe un área muy significativa de mejora tanto en la formación universitaria como en la continuada. Así mismo, existe fuerte consenso en la valoración de la adecuación de la formación de los profesionales de los Servicios Sociales, aunque hay que decir que tanto en la formación universitaria como en la continuada las puntuaciones son más

altas (es decir, más cercana a la situación óptima) que las obtenidas para la formación de los profesionales sanitarios.

Además, se revela un fuerte consenso en que no existe una buena **coordinación** en general, y que la causa fundamental de ello es la rigidez de las instituciones y de la gestión de recursos. Aparece también un fuerte consenso en la identificación de problemas de coordinación entre los diferentes niveles Sanitarios, entre Servicios Sanitarios y Servicios Sociales, y entre los diferentes niveles de Servicios Sociales.

Por otro lado, existe consenso en que los **retos** a los que se van a enfrentar tanto el Sistema Sanitario como los Servicios Sociales en el futuro son el envejecimiento de la población y la atención más integral de la persona. Además, existe consenso en que para el Sistema Sanitario será un reto su sostenibilidad económica.

Resumiendo, el análisis detallado de los resultados nos presenta un estado actual del abordaje de la Discapacidad en nuestra Comunidad Autónoma mejorable tanto desde el punto de vista sanitario como social, pero con unas características más que aceptables en la mayoría de sus dimensiones.

Se ha alcanzado un consenso o fuerte consenso para un 97,4 % de las cuestiones planteadas. Quizá la idea más repetida es la que tiene que ver con la mejora de la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios en un intento de realizar un abordaje más integral de la persona en situación de discapacidad, garantizando así la continuidad de los cuidados.

La ya conocida reivindicación de empoderar a la persona en situación de discapacidad y hacerla participe en la medida de sus posibilidades, de las intervenciones que precise para incrementar su estado de salud y bienestar, también es una idea que concita interés y consenso entre los participantes en este estudio.

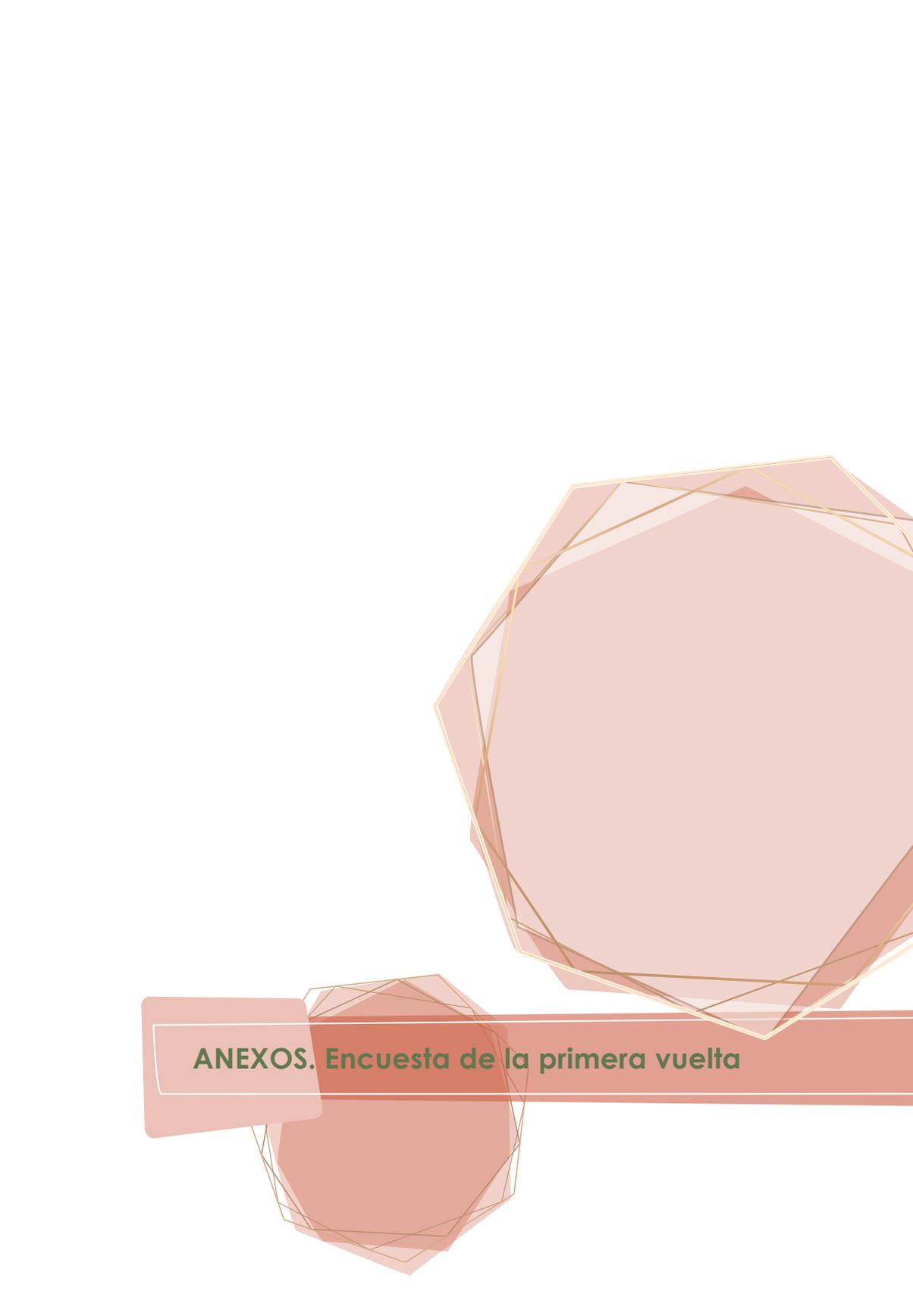
Así, con estos resultados, podemos concluir que a pesar de la multidimensionalidad del constructo Discapacidad y de la variabilidad de sus diferentes abordajes, un grupo significativo de profesionales que trabajan y dominan ese ámbito, coinciden mayoritariamente tanto en la identificación de los problemas como en las posibles soluciones, señalando actuaciones concretas para su modificación.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento al grupo de Panelistas, conformado por un total de 40 profesionales del campo de la sanidad, los servicios sociales, la política, el ámbito jurídico, educativo e investigador. Sin su colaboración, no hubiera sido posible la realización de este Proyecto.

BIBLIOGRAFIA

- 🌲 Akins RB1, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. *BMC Med Res Methodol.* 2005 Dec 1;5:37.
- 🌲 Amate E, Alicia. Discapacidad: lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: OPS, 2006.
- 🌲 Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. ONU 2006
- 🌲 Gordon, T. J. (1994). *The Delphi method.* Washington D. C: United Nations University
- 🌲 Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000 Oct;32(4):1008-15.
- 🌲 Harold A. Linstone and Murray Turoff. *The Delphi Method: Techniques and Applications* *Journal of Marketing Research* 18(3) January 1975.
- 🌲 Jones J1, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 1995 Aug 5;311(7001):376-80.
- 🌲 Landeta, J., & Barrutia, J. (2011). People consultation to construct the future: a Delphi application. *International Journal of Forecasting*, 27(1), 134-151.
- 🌲 Meyrick, J. (2003). The Delphi method and health research. *Health Education*, 103(1), 7-16.
- 🌲 Milholland AV, Wheeler SG, Heieck JJ. Medical assessment by a Delphi group opinion technic. *N Engl J Med.* 1973 Jun 14;288(24):1272–1275
- 🌲 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad.* Organización Mundial de la Salud. Ginebra: IMSERSO, 2001.
- 🌲 Raynald Pineault, Calore Daveluy *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategia* Editorial Masson. .1987. ISBN: 84-311-0412-0s
- 🌲 Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., y García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Revista Investigación en Educación Médica*, 1(2), 90-95.
- 🌲 Vázquez -Barquero JL, Herrera Castanedo S, Vázquez-Bourgon E, Uriarte M, Herran A, Grupo Cantabria de Discapacidades. La discapacidad: Modelos interpretativos y su influencia en el nuevos sistema de Clasificación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (CIDDM-2). *Arch Psiquiatría* 2000; 63: 5-20.



ANEXOS. Encuesta de la primera vuelta

1. Bienvenido a la encuesta sobre necesidades de los servicios y la asistencia sanitaria

El objetivo de esta Encuesta, con metodología Delphi, es obtener información y visualización del consenso o discrepancia en personas expertas sobre los siguientes puntos:

- Enfoques sobre Discapacidad y Modelo en el que deben basarse las actuaciones.
- Relación entre los ámbitos social y sanitario.
- Identificar problemas y necesidades de los servicios sanitarios y sociales en la atención a las personas con discapacidad en Cantabria
- Proponer y priorizar estrategias de actuación.

Le agradecemos su colaboración. Su opinión es de gran interés, por su conocimiento del tema.

2.

PREGUNTAS GENERALES

1. Indique hasta que punto su ámbito profesional se identifica más con:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N/C
Ámbito Social	<input type="radio"/>									
Ámbito Sanitario	<input type="radio"/>									

Otros ámbitos (especifique)

2. ¿Cree que las actuales políticas sociales y sanitarias están diseñadas con un enfoque inclusivo y orientado a la prevención y promoción con resultados en la salud y calidad de vida de las personas con discapacidad?. La escala va de 1 (Muy en desacuerdo) a 9 (Totalmente de acuerdo).

Muy en desacuerdo (1) Indeciso Totalmente de acuerdo (9)

3. En caso de que considere que hace falta incorporar mejoras, indique cuales:

1ª

2ª

3ª

4. ¿Cree que las actuales políticas sociales y sanitarias se están desplegando con un enfoque inclusivo y orientado a la prevención y promoción con resultados en la salud y calidad de vida de las personas con discapacidad?. La escala va de 1 (Muy en desacuerdo) a 9 (Totalmente de acuerdo).

Muy en desacuerdo (1) Indeciso Totalmente de acuerdo (9)

5. En caso de que considere que hace falta incorporar mejoras, indique cuales:

1ª

2ª

3ª

3.

6. ¿Cómo se puede empoderar a la persona para que sea la protagonista de su vida y tome sus propias decisiones? Ordenar de mayor a menor importancia. (1 es la máxima importancia)

- Dando información comprensible y en formatos adecuados
- Formando a las personas en derechos
- Apoyando en el ejercicio de derechos con medidas necesarias
- Formando a las personas en cuidados de salud
- A través de la escucha activa e interacción centrada con la persona
- Diseñando y facilitando cauces de participación
- Trabajando e implicando a su entorno (familia, servicios, sociedad...)

7. Otra actuación para empoderar a la persona

8. ¿Qué medidas son necesarias para orientar los servicios de apoyo a las personas hacia una atención más personalizada? Ordenar de mayor a menor importancia. (1 es la máxima importancia).

- Flexibilización de los recursos adaptándolos a las necesidades de la persona en horarios de atención
- Flexibilización de los recursos adaptándolos a las necesidades de la persona en tiempos de consulta
- Flexibilización de los recursos adaptándolos a las necesidades de la persona en elección de profesional
- Impulso a la designación de profesionales de referencia
- Adaptación de protocolos

9. Otra medida para orientar los servicios de apoyo

10. ¿Cuál de estas afirmaciones considera **más** adecuada respecto a la Discapacidad?

- Es más un problema personal, causado por una enfermedad o trauma y por tanto la atención se debe centrar en la persona.
- Es más un problema de la sociedad, debido a que la discapacidad se produce por la interacción entre la persona con limitaciones y el entorno

4.

SALUD

11. ¿Qué **medidas** pueden adoptarse para avanzar en una visión más integral de la salud?. Marque hasta 3 opciones como máximo.

- Empoderamiento de las personas (las personas como eje central de su situación de salud)
- Atención multidisciplinar y coordinada, con un profesional de referencia desde una perspectiva biopsicosocial
- Historia clínica digital y compartida
- Incorporación de medidas de prevención y promoción de la salud

Otra (especifique)

PROGRAMAS Y SERVICIOS

12. Seleccione los programas o servicios sanitarios y/o sociales que considere más relevantes para las personas con discapacidad, entre los que existen en Cantabria. Marque hasta tres opciones como máximo.

- Programa de atención temprana
- Salud mental infanto-juvenil
- Salud mental de adultos
- Atención a la cronicidad
- Rehabilitación física
- Rehabilitación cognitiva
- Plan regional de drogas
- Ayuda domiciliaria
- Teleasistencia
- Productos de apoyo y tecnologías (material ortoprotésico...)
- Atención en centros de día, rehabilitación psicosocial u ocupacionales
- Apoyo en Viviendas /residencias
- Programas de prevención de salud (vacunación, pruebas de detección del cáncer...)
- Otro (especifique)

13. ¿Considera que habría que añadir algún programa o servicio relevante para personas con discapacidad? Especifique cuál/es:

1ª

2ª

3ª

14. ¿Cree que las personas con discapacidad tienen los servicios sanitarios y sociales accesibles en cuanto a información?. La escala va de 1 a 9.

No (1) Si (9)

5.

En caso de considerar que hay problemas de acceso a la información:

15. ¿Cuáles son a su juicio los principales? Marque hasta 3 opciones como máximo

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ausencia de un itinerario definido de derivación claro (se puede llegar a acudir a muchos recursos sin respuesta) | <input type="checkbox"/> Información compleja y en formatos poco accesibles |
| <input type="checkbox"/> Diseño y accesibilidad de las páginas web | <input type="checkbox"/> Ausencia de una historia unificada completa de acceso electrónico |
| <input type="checkbox"/> Pantallas de orden de acceso a consultas no accesibles | <input type="checkbox"/> Itinerarios complejos de acceso a las consultas |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | |

16. ¿Qué medidas se pueden tomar para mejorarlo? Marque las opciones que considere oportunas.

- Prueba piloto con personas con distintas discapacidades sobre uso de las web
- Revisión de los materiales divulgativos con personas con distintas discapacidades para incorporar mejoras
- Otro (especifique)

17. ¿Cree que las personas con discapacidad tienen los servicios sanitarios y sociales accesibles en cuanto a las instalaciones?. La escala va de 1 a 9.

No (1) Sí (9)

6.

En caso de considerar que hay problemas de acceso a las instalaciones

18. ¿Cuáles son a su juicio los principales? . Marque hasta tres opciones como máximo.

- Carencia de transporte accesible de periodicidad regular para llegar a ellas
- Barreras físicas (entrada, habitaciones, baños...) Especificar
- Carencia de zonas de aparcamiento gratuitas
- Materiales específicos poco accesibles
- Ubicación poco accesible (Especificar cuales.....)
- Señalización inadecuada
- Otro (especifique)

19. ¿Qué medidas se pueden tomar para mejorarlo?. Marque hasta 3 opciones como máximo.

- Estudio sobre necesidades y propuestas sobre accesibilidad con pacientes y profesionales
- Revisión de ubicación de instalaciones
- Revisión de la accesibilidad de los edificios y plan de actuación para eliminar barreras
- Implantación de nueva señalización tras pilotajes
- Implantación de teleconsultas
- Otro (especifique)

20. ¿Cree que las personas con discapacidad tienen los servicios sanitarios y sociales accesibles en cuanto a la comunicación con el personal sanitario?. La escala va de 1 a 9.

No (1) Sí (9)

7.

En caso de considerar que hay problemas de acceso en cuanto a la comunicación con el personal sanitario:

21. ¿Cuáles son a su juicio los **principales**? Marque hasta **3 opciones como máximo**.

- Escasa práctica de la escucha activa
- Toma de decisiones sin tener en cuenta a la persona cuando tiene limitaciones de comprensión y/o adaptación
- Enfoque biomédico de los profesionales
- Tendencia a hablar con la persona acompañante
- Poco tiempo para adaptar la explicación en tiempo y forma cuando es necesario
- Explicaciones complejas
- Ausencia de conocimiento en cuanto a estrategias de comunicación hacia la persona con discapacidad, que ello implique acercarle la información y hacer de esta accesible para la propia persona.
- Otro (especifique)

22. ¿Qué medidas se pueden tomar para **mejorarlo**? Marque hasta **3 opciones como máximo**.

- Formación y sensibilización del personal sanitario sobre pautas de interacción
- Implicación al personal en un cambio de modelo biopsicosocial
- Mayor enfoque multidisciplinar de la atención
- Protocolizar modelos de atención y pautas de comunicación
- Establecer profesionales de referencia que faciliten la comunicación
- Flexibilización de tiempos de dedicación a pacientes
- Otro (especifique)

8.

CAPACITACIÓN PROFESIONAL

Servicios Sanitarios

23. ¿Considera que los **profesionales** de los **Servicios Sanitarios reciben** formación suficiente y adecuada en la **formación profesional y/o universitaria** sobre pautas adecuadas para la interacción con las personas?. La escala va de 1 a 9.

No (1) Si (9)

24. En relación con la pregunta anterior, 23, si considera que hay carencias ¿Qué estrategias propondría?. Marque hasta 3 opciones como máximo.

- Incorporar asignaturas obligatorias sobre este tema en la formación reglada
- Incorporar asignaturas optativas sobre este tema en la formación reglada
- Impulsar cursos específicos complementarios
- Incluir prácticas específicas sobre interacción con personas
- Impulsar acciones de concienciación en los Institutos y facultades
- Otro (especifique)

25. ¿Considera que los **profesionales** de los **Servicios Sanitarios reciben** formación suficiente y adecuada en la **formación continuada** sobre pautas adecuadas para la interacción con las personas?. La escala va de 1 a 9.

No (1) Si (9)

26. En relación con la pregunta anterior, 25, si considera que hay carencias ¿Qué estrategias propondría?. Marque las opciones que considere oportunas.

- Formación continua: Promover cursos relacionados con este tema optativos
- Formación continua: Promover cursos relacionados con este tema obligatorios (al menos 1 cada 5 años)
- Impulsar acciones de concienciación
- Otro (especifique)

9.

Servicios Sociales

27. ¿Considera que los **profesionales** de los **Servicios Sociales** reciben formación suficiente y adecuada en la **formación profesional y/o universitaria** sobre pautas adecuadas **para la interacción** con las personas?. La escala va de 1 a 9.

No (1) Si (9)

28. En relación con la pregunta anterior, 27, si considera que hay carencias ¿Qué estrategias propondría? Marque hasta 3 opciones como máximo.

- Incorporar asignaturas obligatorias sobre este tema en la formación reglada
- Incorporar asignaturas optativas sobre este tema en la formación reglada
- Impulsar cursos específicos complementarios
- Incluir prácticas específicas sobre interacción con personas
- Impulsar acciones de concienciación en los institutos y facultades
- Otro (especifique)

29. ¿Considera que los **profesionales** de los **Servicios Sociales** reciben formación suficiente y adecuada en la **formación continuada** sobre pautas adecuadas para la **interacción** con las personas?. La escala va de 1 a 9.

No (1) Si (9)

30. En relación con la pregunta anterior, 29, si considera que hay carencias ¿Qué estrategias propondría? Marque las opciones que considere oportunas.

- promover cursos de formación continua
- promover jornadas de sensibilización
- promover cursos de reciclaje para abordar temas relacionados con la misma
- Otro (especifique)

10.

COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

31. En general, ¿cree que la necesidad de una **coordinación socio-sanitaria** es algo que **está interiorizado en las personas responsables** de impulsar, implementar y evaluar las políticas públicas socio-sanitarias?

- Sí
- No
- NS/NC

32. En caso de haber respondido que no a la pregunta anterior, 31: ¿A qué cree que es debido?
Marque hasta 3 opciones como máximo.

- Excesiva delimitación de competencias
- Rigidez de las organizaciones y de la gestión de recursos
- Falta de una cartera de servicios sociales y sanitarios unificada
- Carencia de protocolos que lo recojan y exijan, dejándose a la voluntad personal
- Falta de conocimiento mutuo
- Otro (especifique)

33. ¿Hasta qué punto cree que los distintos niveles de Servicios Socio-sanitarios están coordinados entre sí?

Marquen el grado de coordinación que cree que existe entre los siguientes niveles:

Entre los distintos niveles de los Servicios Sanitarios

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NC
	Mínimo								Máximo	
Atención Primaria y Atención Especializada comunitaria	<input type="radio"/>									
Atención Primaria y Atención Especializada hospitalaria	<input type="radio"/>									
Atención Primaria y Hospitalización (completa, parcial o domiciliaria)	<input type="radio"/>									

11.

34. Entre los Servicios Sanitarios y los Servicios Sociales

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N/C
	Mínimo								Máximo	
Entre Servicios Sanitarios y Servicios Sociales	<input type="radio"/>									

35. Entre los distintos Servicios Sociales

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N/C
	Mínimo								Máximo	
ICASS y Ayuntamientos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
ICASS y Servicios Sociales especializados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Ayuntamientos y Servicios Sociales especializados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Servicios Sociales especializados entre sí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							

12.

36. ¿Qué medidas cree que facilitarían la coordinación entre los diferentes servicios?

Especificar para los siguientes niveles:

Entre los distintos niveles de los **Servicios Sanitarios**. Marque las opciones que considere **oportunas**.

- Definir y divulgar protocolos de derivación y coordinación que deban ser asumidos por los profesionales
- Historia única
- Establecer profesionales de referencia
- Otro (especifique)

37. Entre los **Servicios Sanitarios** y los **Servicios Sociales**. Marque las opciones que considere **oportunas**.

- Definir y divulgar protocolos de derivación y coordinación que deban ser asumidos por los profesionales
- Establecer profesionales de referencia
- Guía unificada de recursos y pautas de derivación y coordinación
- Otro (especifique)

38. Entre los distintos niveles de los **Servicios Sociales**. Marque hasta 3 opciones como máximo.

- Definir y divulgar protocolos de derivación y coordinación que deban ser asumidos por los profesionales
- Historia única
- Establecer profesionales de referencia
- Crear protocolos estandarizados de actuación, intervención y derivación
- Otro (especifique)

NUEVOS RETOS

39. ¿Cuáles cree que son los **retos** a los que se va a enfrentar en el futuro el **Sistema Sanitario** en el ámbito a la Discapacidad?

1ª

2ª

3ª

40. ¿Cuáles cree que son los **retos** a los que se van a enfrentar en el futuro los **Servicios Sociales** en el ámbito a la Discapacidad?

1ª

2ª

3ª

13.

41. Reservamos este espacio con el fin de que pueda aportar aspectos, ideas u opiniones que considere relevantes y no han sido plasmadas a lo largo de esta entrevista:

2ª vuelta Encuesta de necesidades de servicios y asistencia sanitaria en personas con discapacidad

Agradecemos su colaboración y le enviamos la encuesta de la segunda vuelta del estudio Delphi, que, como conoce perfectamente, busca un consenso entre expertos, sin necesidad de reunirse físicamente, evitando la influencia directa de unas personas sobre otras.

En el cuestionario de esta segunda vuelta apreciará algunos cambios:

En primer lugar, las respuestas están ordenadas, priorizadas y, además, resaltadas con negrilla las más frecuentes. Así, cuando en la pregunta había varias opciones, ahora, estas se presentan ordenadas, en función de la frecuencia obtenida en el análisis de los datos de la primera vuelta que, además se muestra en color rojo.

En aquellas otras preguntas donde se le pidió que priorizara, las posibles respuestas se muestran ordenadas por el valor medio calculado a partir de los resultados de la primera vuelta. También se destacan en color rojo.

Para aquellas preguntas con escalas, en las que se pidió que indicara su opinión de 1 a 9, le ofrecemos el valor medio obtenido y el mediano (valor que, si ordenamos todos los resultados, ocupa la posición en la mitad de ellos). A este respecto, comentar la tendencia observada en la primera vuelta, a puntuar valores medios, alejados del 1 o del 9, es decir, valores de indefinición.

En segundo lugar, no existen ya casillas para comentarios, todas las preguntas son cerradas y algunas incorporan nuevas opciones de respuesta, procedentes de la encuesta anterior.

Estimamos que el tiempo para contestar el cuestionario de esta segunda vuelta está en torno a los 20 minutos.

Todo el equipo le agradece, de nuevo, su colaboración y esfuerzo.

PREGUNTAS GENERALES

1. ¿Cree que las actuales políticas sociales y sanitarias están diseñadas con un enfoque inclusivo y orientado a la prevención y promoción con resultados en la salud y calidad de vida de las personas con discapacidad?. La escala va de 1 (Muy en desacuerdo) a 9 (Totalmente de acuerdo).

Resultado de la primera vuelta: Mediana=4 Media= 4,41



2. En caso de que considere que hace falta incorporar mejoras, indique, entre las siguientes propuestas, recogidas en la primera vuelta y ordenadas por orden alfabético las tres que considere más prioritarias

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accesibilidad | <input type="checkbox"/> Políticas centradas en la persona |
| <input type="checkbox"/> Coordinación socio sanitaria | <input type="checkbox"/> Prevención |
| <input type="checkbox"/> Formación a profesionales | <input type="checkbox"/> Promoción de la autonomía personal |

3. En caso de que considere que hace falta incorporar mejoras, indique, entre las mejores propuestas, recogidas en la primera vuelta y ordenadas por orden alfabético, las tres que considere más prioritarias

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abordaje multidisciplinar | <input type="checkbox"/> Formación a profesionales |
| <input type="checkbox"/> Coordinación socio sanitaria | <input type="checkbox"/> Políticas centradas en la persona |
| <input type="checkbox"/> Dotar de más medios profesionales y materiales | <input type="checkbox"/> Prevención |

4.

¿Cree que las actuales políticas sociales y sanitarias se están desplegando con un enfoque inclusivo y orientado a la prevención y promoción con resultados en la salud y calidad de vida de las personas con discapacidad?. La escala va de 1 (Muy en desacuerdo) a 9 (Totalmente de acuerdo).

Resultado de la primera vuelta: Mediana=4 Media= 4,26



5. ¿Cómo se puede empoderar a la persona para que sea la protagonista de su vida y tome sus propias decisiones? Ordenar de mayor a menor importancia. (más priorizado según el valor se acerque más al 1)

- Dando información comprensible y en formatos adecuados Primera vuelta, Media=2,89
- A través de la escucha activa e interacción centrada con la persona Primera vuelta, Media=3,39
- Apoyando en el ejercicio de derechos con medidas necesarias Primera vuelta, Media=3,92
- Trabajando e implicando a su entorno (familia, servicios, sociedad...) Primera vuelta, Media=4
- Diseñando y facilitando cauces de participación Primera vuelta, Media=4,18
- Formando a las personas en derechos Primera vuelta, Media= 4,22
- Formando a las personas en cuidados de salud Primera vuelta, Media=4,95
- Formación a los profesionales (nueva, aportación de la primera vuelta)
- Medidas de atención a la diversidad (nueva, aportación de la primera vuelta)

6. ¿Qué medidas son necesarias para orientar los servicios de apoyo a las personas hacia una atención más personalizada? Ordenar de mayor a menor importancia. (más priorizado según el valor se acerque más al 1).

- Impulso a la designación de profesionales de referencia Primera vuelta, Media=2,53
- Adaptación de protocolos Primera vuelta, Media=2,71
- Flexibilización de los recursos adaptándolos a las necesidades de la persona en tiempos de consulta Primera vuelta, Media=2,92
- Flexibilización de los recursos adaptándolos a las necesidades de la persona en horarios de atención Primera vuelta, Media=3,11
- Flexibilización de los recursos adaptándolos a las necesidades de la persona en elección de profesional Primera vuelta, Media=3,54

7. ¿Cuál de estas afirmaciones considera **más** adecuada respecto a la Discapacidad?

- Es más un problema de la sociedad, debido a que la discapacidad se produce por la interacción entre la persona con limitaciones y el entorno Primera vuelta=88,9%
- Es más un problema personal, causado por una enfermedad o trauma y por tanto la atención se debe centrar en la persona. Primera vuelta=11,1%

20. En relación con la pregunta anterior (19) si considera que hay carencias ¿Qué estrategia propondría?. Marque la opción que considere más oportuna.

- Incluir prácticas específicas sobre interacción con personas Primera vuelta=82,1%
- Impulsar cursos específicos complementarios Primera vuelta=35,9%
- Incorporar asignaturas obligatorias sobre este tema en la formación reglada Primera vuelta=69,2%
- Incorporar asignaturas optativas sobre este tema en la formación reglada Primera vuelta=5,1%
- Impulsar acciones de concienciación en los institutos y facultades Primera vuelta=51,3%

21. ¿Considera que los **profesionales** de los **Servicios Sanitarios reciben** formación suficiente y adecuada en la **formación continuada** sobre pautas adecuadas **para la interacción** con las personas?. La escala va de 1 a 9.

Resultado de la primera vuelta: Mediana=3,5 Media=3,83



22.

En relación con la pregunta anterior (21) si considera que hay carencias: ¿Qué estrategia propondría?. Marque la opción que considere más oportuna.

- Impulsar acciones de concienciación Primera vuelta=79,5%
- Evaluación por parte de los usuarios (Nueva, aportación de la primera vuelta)

Servicios Sociales

23. ¿Considera que los **profesionales** de los **Servicios Sociales reciben** formación suficiente y adecuada en la **formación profesional y/o universitaria** sobre pautas adecuadas **para la interacción** con las personas?. La escala va de 1 a 9.

Resultado de la primera vuelta: Mediana=6 Media=5,83



24. En relación con la pregunta anterior (23) si considera que hay carencias ¿Qué estrategia propondría?. Marque la opción que considere más oportuna.

- Incluir prácticas específicas sobre interacción con personas Primera vuelta=76,9%
- Impulsar acciones de concienciación en los institutos y facultades Primera vuelta=30,8%
- Incorporar asignaturas obligatorias sobre este tema en la formación reglada Primera vuelta=56,4%
- Incorporar asignaturas optativas sobre este tema en la formación reglada Primera vuelta=7,7%
- Impulsar cursos específicos complementarios Primera vuelta=41%

24. En relación con la pregunta anterior (23), si considera que hay carencias ¿Qué estrategia propondría?. Marque la opción que considere más oportuna.

- Incluir prácticas específicas sobre interacción con personas Primera vuelta=76,9%
- Impulsar acciones de concienciación en los institutos y facultades Primera vuelta=30,8%
- Incorporar asignaturas obligatorias sobre este tema en la formación reglada. Primera vuelta=56,4%
- Incorporar asignaturas optativas sobre este tema en la formación reglada Primera vuelta=7,7%
- Impulsar cursos específicos complementarios Primera vuelta=41%

25. ¿Considera que los **profesionales** de los **Servicios Sociales** reciben formación suficiente y adecuada en la **formación continuada** sobre pautas adecuadas para la **interacción** con las personas?. La escala va de 1 a 9.

Resultado de la primera vuelta: Mediana=6 Media=5,23



26. En relación con la pregunta anterior (25), si considera que hay carencias ¿Qué estrategia propondría?. Marque la opción que considere más oportuna.

- Promover cursos de reciclaje para abordar temas relacionados con la misma Primera vuelta=64,1%
- Evaluación por parte de usuarios (Nueva, aportación de la primera vuelta)
- Promover jornadas de sensibilización Primera vuelta=53,8%
- Rotación por distintas Unidades (Nueva, aportación de la primera vuelta)
- Promover cursos de formación continua Primera vuelta=51,3%

COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

27. En general, ¿cree que la necesidad de una **coordinación socio sanitaria** es algo que **está interiorizado en las personas responsables** de impulsar, implementar y evaluar las políticas públicas socio sanitarias?

- No Primera vuelta=83,9%
- Si Primera vuelta=16,1%
- NS/NC

28. En caso de haber respondido que no a la pregunta anterior (27) ¿A qué cree que es debido?. Marque hasta 3 opciones como máximo.

- Rigidez de las organizaciones y de la gestión de recursos Primera vuelta=59%
- Falta de conocimiento mutuo Primera vuelta=28,2%
- Falta de una cartera de servicios sociales y sanitarios unificada. Primera vuelta=48,7%
- Excesiva delimitación de competencias Primera vuelta=28,2%
- Carencia de protocolos que lo recojan y exijan, dejándose a la voluntad personal Primera vuelta=46,2%
- Excesiva eventualidad laboral (Nueva, aportación de la primera vuelta)

29. ¿Hasta qué punto cree que los distintos niveles de Servicios Sociosanitarios están coordinados entre sí?

Marquen el grado de coordinación que cree que existe entre los siguientes niveles:

Entre los distintos niveles de los Servicios Sanitarios

	1 Mínimo	2	3	4	5 Indeciso	6	7	8	9 Máximo
Atención Primaria y Atención Especializada comunitaria Primera vuelta= Mediana=5 Media=4,76	<input type="radio"/>								
Atención Primaria y Atención Especializada hospitalaria Primera vuelta= Mediana=4 Media= 4,35	<input type="radio"/>								
Atención Primaria y Hospitalización (completa, parcial o domiciliaria) Primera vuelta=Mediana=4 Media=4,5	<input type="radio"/>								

30. Entre los Servicios Sanitarios y los Servicios Sociales

	1 Mínimo	2	3	4	5 Indeciso	6	7	8	9 Máximo
Entre Servicios Sanitarios y Servicios Sociales Primera vuelta= Mediana=4 Media=3,73	<input type="radio"/>								

31. Entre los distintos Servicios Sociales

	1 Mínimo	2	3	4	5 Indeciso	6	7	8	9 Máximo
ICASS y Ayuntamientos Primera vuelta= Mediana=5 Media=4,88	<input type="radio"/>								
ICASS y Servicios Sociales especializados Primera vuelta= Mediana=6 Media= 5,38	<input type="radio"/>								
Ayuntamientos y Servicios Sociales especializados Primera vuelta= Mediana=5 Media=4,89	<input type="radio"/>								
Servicios Sociales especializados entre si Primera vuelta= Mediana=5 Media=5,15	<input type="radio"/>								

32. ¿Qué medidas cree que facilitarían la coordinación entre los diferentes servicios?

Especificar para los siguientes niveles la respuesta que considere más oportuna:

Entre los distintos niveles de los **Servicios Sanitarios**.

- Definir y divulgar protocolos de derivación y coordinación que deban ser asumidos por los profesionales Primera vuelta=82,1%
- Historia única Primera vuelta=71,8%
- Establecer profesionales de referencia Primera vuelta=71,8%

33. Entre los **Servicios Sanitarios** y los **Servicios Sociales**.

- Guía unificada de recursos y pautas de derivación y coordinación Primera vuelta=76,9%
- Definir y divulgar protocolos de derivación y coordinación que deban ser asumidos por los profesionales Primera vuelta=69,2%
- Establecer profesionales de referencia Primera vuelta=64,1%

34. Entre los distintos niveles de los **Servicios Sociales**.

- Definir y divulgar protocolos de derivación y coordinación que deban ser asumidos por los profesionales Primera vuelta=64,1%
- Crear protocolos estandarizados de actuación, intervención y derivación Primera vuelta=61,5%
- Historia única Primera vuelta=56,4%
- Establecer profesionales de referencia Primera vuelta=53,8%

NUEVOS RETOS

35. ¿Cuáles cree que son los **retos** a los que se va a enfrentar en el futuro el **Sistema Sanitario** en el ámbito a la Discapacidad?. Puede seleccionar hasta **tres respuestas entre las siguientes respuestas propuestas en la primera vuelta (presentadas en orden alfabético)**.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atención más integral a la persona | <input type="checkbox"/> Implementación de nuevas tecnologías |
| <input type="checkbox"/> Creciente empoderamiento de los pacientes | <input type="checkbox"/> Incidir en la prevención |
| <input type="checkbox"/> Envejecimiento de la población | <input type="checkbox"/> Sostenibilidad económica |

36. ¿Cuáles cree que son los **retos** a los que se van a enfrentar en el futuro los **Servicios Sociales** en el ámbito de la Discapacidad?. Puede seleccionar hasta tres respuestas entre las siguientes respuestas **propuestas en la primera vuelta (presentadas en orden alfabético)**.

- Atención en la Comunidad
- Atención más integral de la persona
- Creciente empoderamiento de los pacientes
- Envejecimiento de la población
- Incidir en la prevención
- Incorporación de nuevos perfiles profesionales (asistente personal, gestor de casos, ...)
- Sostenibilidad económica

