

Situación actual **Positiva** Satisfacción  
RAZONES DE CALIFICACIÓN CONCLUSIONES  
SOLUCIÓN DE DIFICULTADES FORTALEZAS Y FACILIDADES  
**El Plan Nivel de Información**  
INFLUENCIA DE LAS ENTIDADES EN EL EJERCICIO **Negativa**  
DIFICULTADES **Personas Cuidadoras** hace cinco años  
IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES **Implantación**  
Sistema Sanitario Público de Andalucía  
ACCIONES CONCRETAS **Carencias y fortalezas**

## CUIDADOS PALIATIVOS EN ANDALUCÍA

Valoración de profesionales del SSPA



CUIDADOS paliativos en Andalucía :  
valoración de profesionales del SSPA /  
[coordinación, Rafael Cía Ramos, María J.  
Escudero Carretero ; autores, Andrés Cabrera  
León ... et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de  
Salud, [2010]

140 p. : tablas, gráf. ; 21 x 21 cm

En la port.: Documento de apoyo al Plan  
Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012

1. Cuidados paliativos 2. Evaluación de  
procesos y resultados (Atención de salud)  
3. Andalucía I. Cía Ramos, Rafael II. Escudero  
Carretero, María III. Cabrera León, Andrés  
IV. Andalucía. Consejería de Salud  
V. Andalucía. Plan Andaluz de Cuidados  
Paliativos (2008-2012)

WB 310

#### COORDINACIÓN:

Rafael Cía Ramos (PACPA)

María J. Escudero Carretero (EASP)

#### AUTORES:

Andrés Cabrera León (EASP)

Rafael Cía Ramos (PACPA)

M<sup>a</sup> José Escudero Carretero (EASP)

Auxiliadora Fernández López (PACPA)

Noelia García Toyos (EASP)

Paloma Ruiz Román (EASP)

Reyes Sanz Amores (PACPA)

**EDITA:** Junta de Andalucía. Consejería de Salud

**ISBN:** 978-84-693-4309-8

**DEPÓSITO LEGAL:** SE-4731-2010

**DISEÑO Y PRODUCCIÓN:** Artefacto

**IMPRIME:** Escandón Impresores

SOLUCIÓN DE DIFICULTADES  
El Plan  
Situación actual  
Positiva  
CONCLUSIONES  
FORTALEZAS Y FACILIDAD  
Satisfacción  
ZONAS DE CALIFICACIÓN  
Nivel de Información  
INFLUENCIA DE LOS PAISES EN EL EJERCICIO  
DIFICULTADES  
IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES  
Personas Cuidadoras  
hace cinco años  
Implantación  
Sistema Sanitario Público de Andalucía  
ACCIONES CONCRETAS  
Carencias y fortalezas

# CUIDADOS PALIATIVOS EN ANDALUCÍA

Valoración de profesionales del SSPA



**presentación** + El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos quiere dar respuesta a la necesidad de aliviar el sufrimiento de las personas que se encuentran en situación terminal y el de su familia y/o personas cuidadoras.

Para su puesta en marcha, conocer las principales debilidades, barreras, oportunidades y fortalezas que desde el ámbito profesional ofrecemos, es un pilar fundamental para garantizar su desarrollo e implantación.

El presente análisis, que incorpora la opinión de profesionales sanitarios y directivos del SSPA, permite identificar retos específicos y oportunidades de mejora, constituyendo, a la vez, una aportación de información de interés y utilidad para la ciudadanía, que espera ver respuestas a sus necesidades más valoradas.

Deseo agradecer a todos los que han puesto a disposición del equipo de trabajo su tiempo, su experiencia y su contribución al desarrollo de los cuidados paliativos en Andalucía.

**Carmen Cortes Martínez**

*Directora General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento*

---

## 1. INTRODUCCIÓN\_7

---

## 2. METODOLOGÍA\_11

---

## 3. RESULTADOS\_17

### **3.1 La situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía\_19**

- 3.1.1 Valoración global sobre la situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía\_19
- 3.1.2 Situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva\_22
- 3.1.3 Situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa\_24
- 3.1.4 Situación de los Cuidados Paliativos hoy Vs. hace cinco años\_26

### **3.2 Fortalezas y dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos\_28**

- 3.2.1 Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos\_28
- 3.2.2 Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos\_31
- 3.2.3 Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras\_33

### **3.3 El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACPA)\_35**

- 3.3.1 Nivel de Información sobre los Contenidos del PACPA\_35
- 3.3.2 Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan\_37
- 3.3.3 Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del PACPA\_39

### **3.4 Desarrollo e implantación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos\_41**

- 3.4.1 Dificultades de Aplicación del PACPA\_41
- 3.4.2 Solución de Dificultades: Acciones Concretas\_44
- 3.4.3 Aportaciones y Beneficios del PACPA\_46
- 3.4.4 Influencia del PACPA en la Situación de los Cuidados Paliativos\_48

### **3.5 Satisfacción con la Profesión y el Sistema Sanitario\_50**

- 3.5.1 Satisfacción con el ejercicio de su Profesión\_50
- 3.5.2 Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía\_52

---

## **4. SÍNTESIS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES\_55**

### **4.1. Síntesis de resultados\_55**

- 4.1.1. La situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía\_55
  - 4.1.2. Carencias y Fortalezas de los Cuidados Paliativos hoy\_57
  - 4.1.3. El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos\_59
  - 4.1.4. Cruces entre Prioridad y Dificultad de las líneas de acción del Plan Andaluz de CP\_60
  - 4.1.5. Implantación del Plan de Cuidados Paliativos\_65
  - 4.1.6. Satisfacción con la profesión y valoración del SSPA\_67
- 

## **5. ANEXOS\_69**

- ANEXO 1. Perfil de las personas entrevistadas\_69
- ANEXO 2. Entrevistas realizadas y tamaños poblacionales\_71
- ANEXO 3. Trabajo de campo\_76
- ANEXO 4. Índice de figuras\_79
- ANEXO 5. Resultados según variables de estratificación\_80
- ANEXO 6. Cuestionario\_127

RESOLUCIÓN DE DIFICULTADES

CONCLUSIONES

Satisfacción

Situación actual

DIFICULTADES

Positiva

FORTALEZAS Y FACILIDADES

INFLUENCIA DEL PLAN

hace cinco años

CALIDAD DE VIDA

RAZONES DE CALIFICACIÓN

Nivel de Información

El Plan

Personas Cuidadoras

ACCIONES CONCRETAS

Implantación

Dificultades en el ejercicio

Sistema Sanitario Público de Andalucía

Carencias y fortalezas

IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES

Negativa



# 1\_introducción

> La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales»<sup>1</sup>.

En un contexto demográfico de envejecimiento progresivo de la población, aumento de pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas y alta incidencia de cáncer, los cuidados paliativos cobran una dimensión social y sanitaria cada vez más importante<sup>2</sup>. “Se calcula que más de la mitad de las personas que fallecen cada año en España atraviesan una etapa de enfermedad avanzada y terminal”<sup>3</sup>. En Andalucía, “se estima que entre 28.000 a 30.000 pacientes requerirán cada año CP, cantidad a la que hay que añadir los y las pacientes que están dentro del período terminal, pero que fallecerán al año siguiente”<sup>4</sup>.

- 
- 1 World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso agosto 2009].
  - 2 Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2001.
  - 3 Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2007.
  - 4 Consejería de Salud. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. Sevilla: 2007. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/plan\\_cuidados\\_paliativos/Plan\\_Cuidados\\_Paliativos.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_cuidados_paliativos/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf) [Acceso agosto 2009].

En el ámbito europeo, existen diversas recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa, sobre la pertinencia y la necesidad de extender el derecho a unos cuidados paliativos de calidad, mejorando su cobertura, su accesibilidad y enfatizando la responsabilidad de los gobiernos como garantes de este derecho<sup>5</sup>. El estado español se ha hecho eco de estas recomendaciones, así el Ministerio de Sanidad, publica en 2001 las bases para el desarrollo del Plan Nacional de Cuidados Paliativos y en 2007 la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, dos documentos claves que enmarcan la prestación de CP en este país.

Para prestar esos necesarios cuidados paliativos se precisa un modelo de atención sanitaria que adecue la oferta de servicios a las necesidades específicas de esta población. En respuesta a las mismas, el sistema sanitario público de Andalucía (SSPA) viene trabajando desde finales de los años 80. En estas dos décadas, se ha configurado una red de equipos y profesionales que han apostado decididamente por el desarrollo de los CP; que culmina con la puesta en marcha del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012 (PACPA)<sup>6</sup>.

El objetivo fundamental del PACPA es: "facilitar una atención integral, que responda de manera efectiva a las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que presentan las personas en situación terminal y sus familias, procurando una mayor dignidad y calidad de vida en el último periodo vital".

Este Plan nace con vocación de consenso y de participación. Desde su fase de diseño, el PACPA apuesta por escuchar e integrar la voz de todos los colectivos de ciudadanía y de profesionales a quienes concierne. El Plan incorporó la participación, desde el momento de su elaboración por un grupo de trabajo; antes de ser publicado, fue valorado y validado por un grupo amplio de profesionales y personas cuidadoras en unos talleres de consenso que se celebraron en septiembre de 2007.

---

<sup>5</sup> Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos.

<sup>6</sup> Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla.2008. Disponible en: [http://www.csalud.juntaandalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan\\_Cuidados\\_Paliativos.pdf](http://www.csalud.juntaandalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf) [Acceso agosto 2009].

Cuando se pone en marcha el Plan, uno de los primeros retos que se plantea es identificar las principales debilidades, barreras, oportunidades y fortalezas que, desde distintos ámbitos (profesional, de gestión y ciudadanía) pueden operar en su implantación. Conocerlas es también una forma de apuntalar ciertas claves de éxito en la mejora de los cuidados paliativos en Andalucía durante los próximos cuatro años.

A tal efecto, se realizó entre enero y abril de 2008 un estudio cualitativo con cuidadoras en el que se indagó sobre su valoración de cada una de las líneas del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, así como sobre sus expectativas y propuestas para su implantación<sup>7</sup>. A continuación, se realizó otro estudio, esta vez cuantitativo, con profesionales del SSPA, cuyos resultados se presentan en esta publicación.

El objetivo principal es conocer cuales son las **necesidades, valoración y expectativas sobre el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, tanto de profesionales como de gestoras y gestores del SSPA**. A su vez, se planteaba también identificar oportunidades de mejora y retos específicos.

El estudio ha sido efectuado por un equipo de profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el equipo coordinador del PACPA, entre septiembre de 2008 y marzo de 2009. En la realización del trabajo de campo ha intervenido también la empresa TNS Demoscopia.

análisis estadístico

Datos

OBJETIVO PLANTEADO

Población

112 GESTORES/AS

CUIDADOS PALIATIVOS

CUESTIONARIO

388 profesionales sanitarios

AÑOS DE EXPERIENCIA

DISEÑO

VARIABLES

Sistema Sanitario Público de Andalucía

Entrevistas

Facilidades

PERFILES LABORALES

CENTROS SANITARIOS

Estrategia metodológica

ANDALUCÍA

especialidades

Universo

error muestral

## 2\_metodología

### > **Diseño del estudio**

Se diseñó un estudio observacional transversal (ausencia de seguimiento) que permitió realizar una descripción, en un momento concreto del tiempo, de la situación de los Cuidados Paliativos en Andalucía a partir de las opiniones de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Este diseño posibilitó recoger, cuantificar y ordenar sus preferencias, dificultades y facilidades acerca de la implantación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. En definitiva, este diseño contribuye a la planificación de los servicios sanitarios y, a la mejora de la práctica clínica en el ámbito de los Cuidados Paliativos en Andalucía.

Otros motivos por los que se decidió utilizar este diseño fue por su facilidad de realización (aunque veremos más adelante el reto que supuso acceder con éxito a las personas seleccionadas para la entrevista), por necesitar menos tiempo de ejecución y por tener un coste menos elevado que otros diseños epidemiológicos<sup>7</sup>.

### > **Población de estudio**

La población de estudio es la formada por profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

---

<sup>7</sup> Delgado M, Llorca J y Doménech JM. *Investigación científica: Fundamentos metodológicos y estadísticos*. Barcelona: Signo; 2005

## > Muestra

El diseño muestral fue aleatorio estratificado<sup>8</sup> según perfiles laborales del SSPA. Se escogió este diseño muestral porque aporta información sobre cuidados paliativos más precisa de las subpoblaciones formadas por los perfiles laborales. Si bien, en un principio, se apuntó hacia una asignación de la muestra proporcional a la población objeto de estudio, se optó finalmente por una muestra estratificada no proporcional, con un mínimo de entrevistas por perfil, con el fin de obtener información para los diferentes estratos muestreados (ver Anexo 1). Por otra parte, para obtener representatividad en las estimaciones globales de la muestra con respecto al perfil laboral de la población objeto de estudio, ésta se ajustó a la población objeto de estudio según el número total de profesionales o gestores/as en cada uno de los perfiles laborales (ver Anexo 2).

El tamaño de la muestra fue de 500 entrevistas, de ellas 112 se realizaron con gestores/as y 388 con profesionales. El error muestral global es de  $\pm 0,044$  (para un nivel de confianza del 95,5% y  $p=q= 0,5$ ). En el caso de la muestra de profesionales el error muestral es de  $\pm 0,0503$ , y el de gestores/as de  $\pm 0,089$ . Así pues, este tamaño de muestra nos permitió obtener en las estimaciones porcentuales un error por debajo de 9 puntos porcentuales.

## > Perfiles laborales

Se recogieron los perfiles profesionales siguientes:

***Gestores/as: cargos directivos e intermedios de centros sanitarios del SSPA, en concreto:***

- En atención hospitalaria: gerencia, subgerencia, direcciones y subdirecciones médicas y de enfermería, jefaturas de servicio o UGC.
- En atención primaria: dirección gerencia, dirección de salud, dirección de CS, ZBS o UGC, adjuntos/as de enfermería o coordinación de cuidados.
- En EPES: gerencia, coordinación asistencial, coordinación en cuidados y servicios.

---

8 Pérez C. *Técnicas de muestreo estadístico: teorías, práctica y aplicaciones informáticas*. Madrid: RA-MA; 1999.

### **Profesionales sanitarios, agrupados en:**

- Profesionales de recursos avanzados de Cuidados Paliativos.
- Profesionales de atención primaria.
- Profesionales de atención hospitalaria: Para identificar las especialidades a incluir se tomó como referencia la clasificación de McNamara et al<sup>9</sup> de patologías que en situación terminal, son susceptibles de recibir cuidados paliativos. Las especialidades seleccionadas fueron: oncología médica, oncología pediátrica, oncología radioterápica, radiodiagnóstico, ginecología, medicina interna, cardiología, neumología, neurología, neurocirugía, digestivo, urología y nefrología.

En el Anexo 2 se recoge una descripción detallada de los perfiles profesionales considerados en la encuesta.

### **> Cuestionario**

Se elaboró un cuestionario específico para realizar las entrevistas. Para identificar las dimensiones básicas, que posteriormente conformarían las preguntas y posibles respuestas del cuestionario, se siguieron dos estrategias: una revisión bibliográfica en profundidad y la realización de un estudio cualitativo exploratorio.

Para el estudio cualitativo se realizaron **entrevistas a informantes clave**, profesionales del SSPA a quienes se atribuye un rol de experto o un conocimiento clave sobre el desarrollo de los cuidados paliativos en Andalucía<sup>10</sup>. Se realizaron 6 entrevistas semiestructuradas en profundidad. Las personas seleccionadas “representaban” distintas características en la atención en cuidados paliativos, a fin de obtener heterogeneidad en los discursos: profesionales de atención primaria y atención hospitalaria, profesionales de unidades de cuidados paliativos y de equipos de soporte, así como profesionales del ámbito de la medicina y de la enfermería. A partir de los resultados del estudio cualitativo se identificaron las dimensiones del cues-

---

<sup>9</sup> McNamara B, Rosenwax LK, Colman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J. Pain Symptom Manage* 2006;32:5-12.

<sup>10</sup> De las 6 personas entrevistadas, 4 formaron parte del equipo de profesionales que diseñó y elaboró el PACPA. Las otras 2 personas entrevistadas fueron participantes de los talleres de consenso y revisiones externas en la elaboración del Plan.

tionario y se construyeron los ítems que conformaron el cuestionario inicial. Este fue pilotado sobre una muestra de 10 profesionales sanitarios a quienes se entrevistó telefónicamente. Sus resultados sirvieron para obtener el cuestionario definitivo y para determinar otras características importantes para el desarrollo del trabajo de campo definitivo, como su duración (media de 15 minutos), implantación en el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interview) o la estrategia de identificación y entrevista de participantes que maximizara la tasa de respuesta. Este cuestionario se presenta como una estrategia metodológica con la que se han abordado los objetivos planteados con profesionales y gestores/as del SSPA (ver el cuestionario definitivo en el Anexo 6).

Una vez realizada la selección de participantes en la encuesta, se optó por la entrevista telefónica. Las principales ventajas de la encuesta telefónica son rapidez en la obtención de datos, coste más reducido, elevado índice de respuesta (más que en la postal pero menos que en la personal) y, el principal motivo, porque permite entrevistar a personas poco accesibles. Los principales inconvenientes en este tipo de entrevistas telefónicas son la falta de representatividad de la muestra (personas que no están, que no tienen teléfono, etc.), disponer de un cuestionario breve y no poder utilizar material auxiliar<sup>9</sup>. Estos tres inconvenientes se salvaron respectivamente diseñando una estrategia de contacto eficaz (descrito en el siguiente apartado), obteniendo un cuestionario final con una duración media baja (12 minutos en el trabajo de campo definitivo) e incorporando en el cuestionario y en el manual de entrevista toda la información necesaria para la comprensión de las preguntas y para la mejor elección de las respuestas por parte de la persona entrevistada.

### > **Estrategia de contacto**

A partir del pilotaje comentado anteriormente se pudo definir la estrategia de identificación y selección de personas a entrevistar. El principal reto para tener éxito en la entrevista era identificar profesionales para cada perfil y concertar las entrevistas. Para ello, se escribió a los centros sanitarios, por correo postal y/o electrónico desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, se les informó sobre el estudio invitándoles a participar y se solicitó el apoyo de una persona de su centro sanitario que coordinara la realización de la encuesta en el mis-

---

<sup>9</sup> Pérez C. *Técnicas de muestreo estadístico: teorías, práctica y aplicaciones informáticas*. Madrid: RA-MA; 1999.



mo. Su papel consistió en identificar en su centro profesionales que se incluían dentro del perfil demandado por la encuesta y facilitar la consecución de las entrevistas. La selección de profesionales a entrevistar fue aleatoria para cada perfil laboral, excepto en aquellos centros donde el número de profesionales de un perfil era demasiado bajo o donde no se pudo completar los tamaños mínimos de muestra requeridos para algún perfil profesional (en estos casos se aplicaron cuotas). Se realizaron una media de 5 intentos de contacto con cada profesional incluido/a en el listado de contactos del estudio.

El trabajo de campo preliminar para pilotar el cuestionario se realizó en octubre y el definitivo entre noviembre y diciembre de 2008. En el Anexo 3 se describen detalladamente éstos y otros aspectos relacionados con el trabajo de campo.

### > **Análisis estadístico**

El análisis estadístico fue descriptivo univariante sobre la muestra total y bivariante según sexo, años de experiencia en cuidados paliativos, tipo de centro sanitario, rol en el SSPA (profesionales o gestores/as) y perfil laboral. Los estadísticos utilizados fueron T de Student y Chi-cuadrado. Para visualizar algunos resultados se realizaron gráficos de barras, de sectores y de dispersión. Otros se muestran en tablas.

En las tablas de resultados mostradas en el Anexo 5 se han incluido aquellas variables con mayor relevancia a la hora de explicar las opiniones de las personas entrevistadas (sexo, años de experiencia en cuidados paliativos, tipo de centro sanitario, rol en el SSPA (profesionales o gestores/as) y perfil laboral).

A lo largo de las figuras y tablas del documento se resaltan en verde las diferencias estadísticamente significativas a un 90% de confianza y en rojo a un 95%. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS<sup>11</sup>.

---

11 Pardo A, Ruiz MA. *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. Madrid: Mc Graw Hill. 2005

Atención Primaria

Entrevistas

Perfiles

Hospital Comarcal

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

Gestión

Lugar de trabajo

TIPO DE CENTRO

Porcentajes

Variables

PERSONAS ENTREVISTADAS

años de experiencia

Provincia

Equitativa

Sistema Sanitario Público de Andalucía

ANDALUCÍA

ENFERMEROS/AS

CUIDADOS PALIATIVOS

SEXO

## 3\_resultados

> En este capítulo, se muestran los resultados del estudio estructurados en cinco epígrafes:

**3.1.** La situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía.

**3.2.** Carencias y Fortalezas de los cuidados paliativos hoy.

**3.3.** El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACPA).

**3.4.** Desarrollo e implantación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos.

**3.5.** Satisfacción con la profesión y valoración del SSPA.

Para cada pregunta/epígrafe de resultados, se presentan las figuras que muestran los resultados totales (en el Anexo 4 se listan las figuras realizadas), describiendo tanto los resultados globales como los específicos según sexo, años de experiencia en CP, tipo de centro, rol en el SSPA y perfil profesional (en el Anexo 5 se muestran las tablas en función de esas variables).

En el análisis de resultados que se presenta a continuación se destacan fundamentalmente aquellos datos que son estadísticamente significativos. En algunas ocasiones se comentan también otros datos que parecen relevantes o interesantes aunque no sean estadísticamente significativos, señalándose expresamente, en ese caso, esta no significación estadística.

En las tablas de resultados por las variables de estratificación (Anexo 5), siempre aparece, en la primera columna, como referencia, el dato global, que constituye la media de resultados. En función de esta media hay resultados que son estadísticamente significativos por encima (verde) o por debajo de la media (rojo). Los datos que destacan en este sentido están mencionados también en el texto de este capítulo.

## → 3.1.

### LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ANDALUCÍA

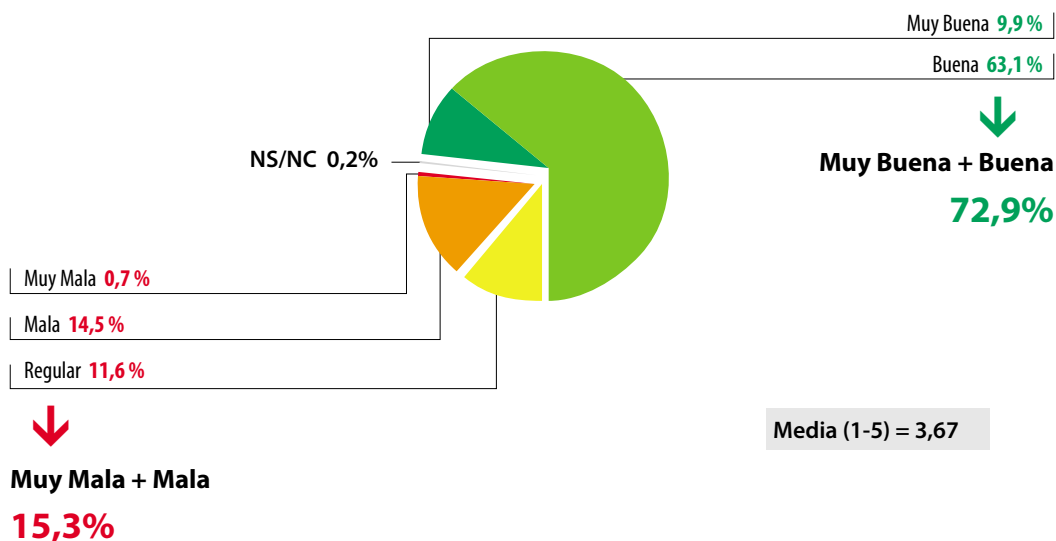
El primer bloque de contenidos aborda la valoración global sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía, en términos absolutos y relativos comparándola con la situación hace cinco años. Así mismo, se indaga sobre las razones de calificación positiva y negativa para realizar dicha valoración.

#### 3.1.1. Valoración global sobre la situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía

**P.1. Comencemos hablando de la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. ¿En general y, teniendo en cuenta todos los aspectos, cómo la calificaría usted?**

A través de esta primera pregunta se recoge la percepción general de profesionales y gestores/as en relación a la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. En general, el personal entrevistado manifiesta una valoración positiva. Así, el 72,9% de las personas entrevistadas responden calificando la situación de los CP hoy como “buena” o “muy buena”. En la siguiente figura se especifican los distintos porcentajes de respuestas obtenidas:

**FIGURA 1** \_ Valoración global sobre la situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía



Únicamente el 15,3% de personas entrevistadas opinan que la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía es “mala” o “muy mala”.

Analizando las respuestas en cuanto a la variable **años de experiencia** en cuidados paliativos de las personas entrevistadas, no hay diferencias significativas en las respuestas. Sí se puede afirmar, a la luz de los datos, que **la valoración es más alta entre quienes cuentan con menos de tres años de experiencia seguidos de quienes tienen la experiencia más dilatada** (más de diez años). Muestra una valoración más negativa el segmento de profesionales de entre 6 y 10 años de experiencia en CP. (Tabla 1)

En relación al **sexo**, la **opinión** es bastante **igualitaria entre quienes valoran la situación de los CP como buena o muy buena**. Mientras que la **valoración mala o muy mala es ligeramente más alta entre los hombres**. Aunque la única diferencia que es estadísticamente significativa es la valoración de las mujeres como muy buena por encima de la media, mientras que significativamente por debajo se sitúan los hombres que la califican en esta categoría. (Tabla 1)

Según **tipo de centro** en el que se ubican las personas entrevistadas, de manera general, la **valoración** es significativamente **más positiva en Centros de Salud** y se sitúa significativamente por debajo de la media en hospitales. (Tabla 2)

En función del **rol en el SSPA**, aunque no se muestran diferencias estadísticamente significativas, se observa cómo de manera muy **equitativa** tanto los y las **profesionales** como los y las **gestores/as**, en su mayoría, perciben como “buena” o “muy buena” la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía (profesionales 72% y gestores/as 74,3%). (Tabla 3)

Teniendo en cuenta la **especialidad y centro de trabajo**, encontramos algunas diferencias significativas. La valoración de profesionales de urgencias hospitalarias es peor que la de otras categorías profesionales. Mientras que **la valoración de profesionales de AP es significativamente más positiva**. (Tabla 4)

Las y los profesionales de **recursos avanzados de cuidados paliativos** consideran la situación de los cuidados paliativos en Andalucía como buena o muy buena, mayoritariamente, aunque no es un resultado estadísticamente significativo. (Tabla 4)

En definitiva, la valoración global sobre la situación de los CP en Andalucía es mayoritariamente buena o muy buena, en especial, para profesionales con poca o mucha experiencia en CP y para profesionales de AP.

### 3.1.2 Situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva

#### P.2.A ¿Por qué razones considera que la situación es buena/muy buena? ¿Alguna más?

Las razones de calificación positiva se identificaron a través de una pregunta abierta de respuesta múltiple. Posteriormente, las respuestas obtenidas se codificaron. Tomando como base las personas que califican la situación actual de buena o muy buena, el 46'5% de éstas mencionan como primera razón (con mucha diferencia respecto a la segunda) la mejora de la atención/trato. Las siguientes cuatro razones de valoración positiva mencionadas por más de un 10% de estas personas son la **buena coordinación/organización** (16'5%), la **creación de unidades de CP** (13'4%), la **mejor atención domiciliaria** (13'1%) y el **buen equipo de profesionales** (10'8%).

FIGURA 2\_ Situación actual CP: razones de calificación positiva<sup>12</sup>

	Base: Califica como buena o muy buena ↓	Base: Total ↓
Mejor atención/trato	46,5 %	33,9 %
Buena coordinación/organización	16,5 %	12,0 %
Creación de unidades de CP	13,4 %	9,8 %
Mejor atención domiciliaria	13,1 %	9,5 %
Buen equipo de profesionales	10,8 %	7,9 %
Mayor implicación/motivación	9,8 %	7,2 %
Buenos servicios/buen funcionamiento	8,9 %	6,5 %
Aumento de los recursos	6,0 %	4,4 %
Formación del personal	5,9 %	4,3 %
Creación de Planes/programas	4,7 %	3,4 %
Otros	3,8 %	2,8 %
Ns/Nc	1,0 %	0,8 %

Media de menciones: (1,41)

<sup>12</sup> A la izquierda tomando como base personas que califican la situación buena o muy buena; a la derecha, total de personas entrevistadas.



Las personas que han trabajado **menos de 3 años** en cuidados paliativos, consideran de una forma significativamente por encima de la media, que las principales razones para calificar la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía como “buena” o “muy buena” son: **mejor atención/trato y buena coordinación/organización**. Mientras que quienes han trabajado **de 3 a 5 años** en CP, mencionan en segundo lugar y significativamente por encima de la media de las personas entrevistadas otro motivo: la **creación de unidades de CP**. Este mismo grupo menciona significativamente por debajo de la media el **buen equipo de profesionales** como motivo de valoración positivo. De hecho, en este grupo, este motivo pasa de ocupar el quinto lugar en la media de valoraciones a ocupar el último. El **aumento de recursos** es citado como razón de valoración positiva, significativamente por encima de la media, por profesionales con **más de diez años de experiencia** en CP (aunque lo mencionan en octava posición). (Tabla 5)

Si nos fijamos en las diferencias de respuestas por **sexo**, la **buena coordinación/organización (23,1%)**, el **buen equipo de profesionales (14,5%)** y la **formación del personal (8,5%)** son tres razones que significativamente han nombrado más las **mujeres** que los varones (10,6%, 7,5% y 3,7% respectivamente). (Tabla 5)

En función del **tipo de centro**, Hospitales, Centros de Salud y EPES coinciden en la opinión de que **mejor atención/trato** es la principal causa de la buena/muy buena situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. Como dato estadísticamente significativo, podemos señalar que en los **Hospitales** se considera la **creación de unidades de CP** como razón de calificación positiva por encima de la media y en centros de salud por debajo de la media. El **buen equipo de profesionales** es mencionado significativamente por encima de la media **en centros de salud**. (Tabla 6)

Según el **rol en el SSPA** de las personas entrevistadas destaca que el 14,9% de los y las **profesionales** entrevistados/as frente al 2,2% de gestores/as opinan que la **creación de unidades de CP** ha sido una razón importante que ha incidido en la buena situación actual de los CP en Andalucía (tabla 7). Entre profesionales, la creación de unidades de CP es especialmente valorada, significativamente por encima de la media, por profesionales de urgencias hospitalarias (tabla 8).

Profesionales de **recursos avanzados de CP** nombran como razones de calificación positiva, más que otros grupos profesionales, **el buen equipo de profesionales y su formación** (aunque estos datos no son estadísticamente significativos).

### 3.1.3. Situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa

#### P.2.B ¿Por qué razones considera que la situación es regular/mala/muy mala? ¿Alguna más?

A las personas que valoran la situación actual de los CP en Andalucía como regular, mala o muy mala, también se les preguntaron las razones de calificación negativa a través de una pregunta abierta de respuesta múltiple. Entre los motivos citados destacan estos tres: **falta de medios** (26,7%)<sup>13</sup>, **falta de personal** (22,6%) y **falta de formación/información** (20%).

**FIGURA 3\_ Situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía: razones de calificación negativa<sup>14</sup>**

	Base: Califica como regular/ mala o muy mala ↓	Base: Total ↓
Falta de medios	26,7 %	7,2 %
Falta de personal	22,6 %	6,1 %
Falta de formación/información	20,0 %	5,4 %
Poca cobertura/poca asistencia en medio rural	14,0 %	3,8 %
Falta de organización	12,5 %	3,4 %
Falta de tiempo	10,5 %	2,8 %
Faltan centros/unidades de CP	10,4 %	2,8 %
Otros	7,7 %	2,1 %

<sup>13</sup> 26'7% de las personas que califican como regular mala o muy mala o 7'2% del total de personas entrevistadas

<sup>14</sup> A la izquierda tomando como base personas que califican la situación regular, mala o muy mala; a la derecha, total de personas entrevistadas.

Las personas **con más de 10 años de experiencia**, consideran la **falta de organización** como un factor fundamental causante de la regular/mala/muy mala situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía, siendo para este grupo la tercera razón en importancia (no la quinta), con un 21'5%, resultado que se sitúa significativamente por encima de la media. (tabla 9)

Para las **mujeres** entrevistadas, a diferencia de los varones, la **falta de personal** (33,9% frente a 13,2%) es la principal razón para valorar como regular/mala/muy mala la situación actual de los cuidados paliativos. (Tabla 9). También hay diferencias por tipo de centro. Mientras que en **hospitales**, la **falta de medios** se posiciona como la principal causa, significativamente muy por encima de la media, en **centros de salud**, la razón principal se considera la **falta de formación/información**, también significativamente por encima de la media. (Tabla 10)

En relación al **rol en el SSPA**, para los y las **profesionales** las principales causas son: **falta de medios y falta personal**. En cambio, para **gestores y gestoras**, la primera razón de valoración negativa es la **falta de de información/formación** y la segunda, la **falta de medios**, pasando la falta de personal casi al último lugar. No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas. (Tabla 11)

Analizando los datos en cuanto a la **especialidad y perfil laboral** destacan los siguientes resultados. **Profesionales de AP** consideran como la segunda razón de valoración negativa, significativamente por encima de la media, la **falta de formación/información**, mientras que la falta de medios la colocan como la tercera razón (no la primera), significativamente por debajo de la media. Entre profesionales de **Urgencias Hospitalarias**, la **poca cobertura/poca asistencia en el medio rural** es la tercera razón de consideración negativa (cuarta para la media), siendo un resultado que se sitúa significativamente por encima de la media. (Tabla 12)

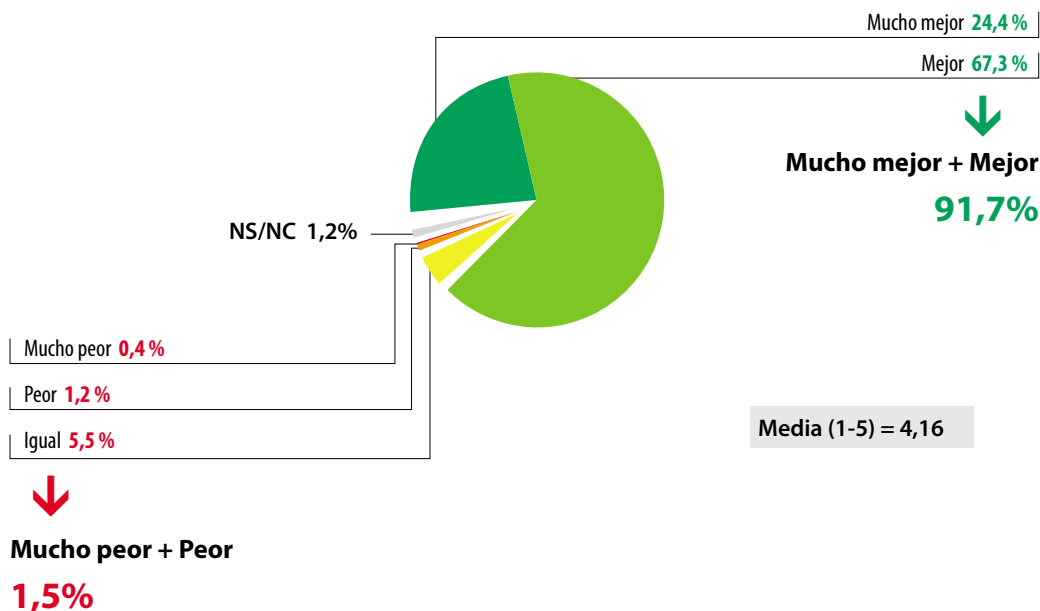
Entre profesionales de recursos avanzados de CP que califican la situación como regular, mala o muy mala, las razones de calificación negativa son, por este orden: 1ª la falta de medios, 2ª la falta de personal y compartiendo el 3ª puesto, la falta de centros o unidades de CP y la falta de formación/información. Aunque estos datos no suponen un resultado estadísticamente significativo. (Tabla 12)

### 3.1.4. Situación de los Cuidados Paliativos hoy Vs. hace cinco años

**P.3 En todo caso ¿Cree que esta situación en la actualidad es, en general, mucho mejor, mejor, peor o mucho peor que hace 5 años?**

Cuando las personas entrevistadas comparan la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía con la de hace 5 años, la respuesta es abrumadoramente positiva y mucho más homogénea. El 91,7% de las personas entrevistadas opinan que es mejor o mucho mejor, mientras que un 5,5% la consideran igual. Sólo un 1,5% la califican de peor o mucho peor.

**FIGURA 4\_ Situación de los Cuidados Paliativos hoy Vs. hace cinco años**



La valoración de la situación respecto a hace 5 años, apenas varía en función del sexo (tabla 13) ni del rol en el SSPA (tabla 15). Sí lo hace en relación a la variable **años de experiencia**. Las personas que llevan **más de diez años** trabajando en cuidados paliativos **valoran la situación mejor o mucho mejor significativamente por encima de la media**, mientras que las personas con experiencia entre 6 y 10 años son las más críticas (aunque siguen considerando mayoritariamente que la situación es mejor o mucho mejor). Este grupo considera significativamente muy por encima de la media que la situación permanece igual en los últimos cinco años. (Tabla 13)

La **valoración mejor/mucho mejor** que hace cinco años es significativamente superior a la media en **Centros de Salud** y algo por debajo de la media en hospitales (tabla 14). Entre los diferentes perfiles laborales, los resultados están muy igualados excepto entre profesionales de Atención Primaria. (Tabla 16)

## → 3.2.

### FORTALEZAS Y DIFICULTADES EN EL EJERCICIO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Para afinar más en el análisis de la situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía, abordamos la identificación de las fortalezas o facilidades encontradas por profesionales y gestores/as en el ejercicio de los CP, así como de las dificultades o carencias. También quisimos averiguar cuáles son las dificultades que perciben en las personas cuidadoras para aplicar los cuidados paliativos.

Los 3 temas que alimentan este bloque de contenidos se indagaron a través de preguntas abiertas. Ante cada una de ellas, las personas entrevistadas podían mencionar cuantas respuestas quisieran y se les pedía únicamente que las señalaran según su orden de importancia. En las tablas aparecen los resultados obtenidos para la primera mención (porcentaje de personas que señalaron esa fortaleza como la más importante) y para el total de menciones (porcentaje de personas que identificaron esa fortaleza en alguna de las menciones). Los resultados están ordenados según el total de menciones.

#### 3.2.1. Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos

**P.4.c En el ejercicio de su labor ¿qué fortalezas o facilidades encuentra usted hoy en Cuidados Paliativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz? Por favor, cítelas en orden de importancia.**

Entre las respuestas, destaca la **creación de unidades de cuidados paliativos**, como principal fortaleza tanto por el porcentaje de personas que la mencionan (21'6%) como por el porcentaje de personas que la sitúan como la fortaleza más importante (14'7%). Las si-

guientes tres fortalezas de los CP identificadas son **la coordinación entre profesionales de CP, la accesibilidad del/a paciente y la actitud positiva/convicción de las y los profesionales**. Es importante decir también que un 10% de las personas entrevistadas no identifican ninguna fortaleza o facilidad para el ejercicio de los CP.

**FIGURA 5** Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos

	%	PRIMERA MENCIÓN	TOTAL MENCIONES
<i>Base: Total Entrevistados</i>			
Creación de <b>unidades</b> de CP		14,7	21,6
<b>Coordinación</b> entre profesionales de CP		11,0	15,7
<b>Accesibilidad</b> del paciente		10,4	15,4
<b>Actitud positiva/convicción</b> de los profesionales		10,3	13,5
<b>Formación</b> de los profesionales		5,2	10,1
<b>Mejora de la atención</b>		4,7	9,7
Apoyo al desarrollo de CP desde la Admón. Pública		5,4	8,0
Disponibilidad de <b>medios</b>		3,5	6,9
Atención <b>domiciliaria</b>		2,5	5,0
<b>Acceso a tratamientos</b>		3,8	5,0
<b>Apoyo a los familiares</b>		1,7	3,7
Existencia herramientas para <b>resolver incidencias</b> CP		1,5	3,0
Desarrollo de un programa de CP de <b>calidad</b>		2,1	2,8
Existencia de un <b>equipo técnico central</b> en el SAS		1,8	2,7
Actitud positiva/convicción de los <b>equipos directivos</b>		1,3	2,1
Definición clara de las <b>funciones</b> de su centro		0,6	1,0
<b>Estabilidad</b> profesional de los equipos directivos		0,6	0,7
Definición clara de las <b>funciones</b> de los profesionales		0,6	0,6
Otros		3,9	5,3
Ninguna		10,0	10,0
NS/NC		4,4	4,4

En relación a los **años de experiencia** en cuidados paliativos, las personas con **menos de 3 años** señalan la **coordinación entre profesionales de CP** (30,8%) como la principal fortaleza, no teniendo opinión similar las personas que tienen de 6 a 10 años de experiencia (10,4%), quienes señalan este aspecto significativamente por debajo de la media. Por otro lado, para quienes tienen de **3 a 5 años** de experiencia, **la accesibilidad del/a paciente** (23'8%) y **la actitud positiva o convicción de profesionales** (20'7%) son las dos fortalezas

más mencionadas. Para el grupo de profesionales de **6 a 10 años** de experiencia, la **accesibilidad de pacientes** es también la primera fortaleza (25'1%), mientras que quienes cuentan con **más de 10 años** de experiencia la mencionan significativamente por debajo de la media (10'3%). (Tabla 17)

En relación al **sexo**, los **varones** apuntan como fortalezas a la **formación de profesionales** (12,7%), **acceso a tratamientos** (7%) y **herramientas para resolver incidencias en CP** (4,5%) significativamente más que las mujeres. Por otro lado, **las mujeres** apuntan a la **creación de unidades de cuidados paliativos** en un 25,4% frente al 18,3% de los varones y a la **atención domiciliaria** en un 7,1% frente al 3,3% por parte de los varones. (Tabla 17)

Por **tipo de centro**, en **Centros de Salud** consideran la **accesibilidad de pacientes y la formación de profesionales** como dos fortalezas, de manera significativa, más que en los hospitales. Aunque ambos grupos coinciden en señalar la creación de unidades de CP como principal facilidad o fortaleza. También cabe mencionar que el 8,4% de las personas entrevistadas de los Centros de Salud contestan que no encuentran actualmente “ninguna” fortaleza en el trabajo en cuidados paliativos. (Tabla 18)

Si atendemos al **rol en el SSPA**, los y las **gestores/as** en un 16,9% consideran que la **formación de profesionales** es una de las fortalezas principales a diferencia de los y las profesionales que la ven importante pero significativamente por debajo de la media (9,2%). (Tabla 19)

Por especialidad, los y las **profesionales de AP** son quienes mayoritariamente apuntan (18,5%) a la **accesibilidad del/a paciente** como una de las fortalezas más destacadas. También supone un dato relevante el hecho de que los y las **gestores/as de AP** consideren la **formación** de profesionales como una de las fortalezas más importantes (18,1%) siendo una de las valoradas por los y las **profesionales hospitalarios** significativamente por debajo de la media (3,1%). La **disponibilidad de medios** también es evaluada significativamente muy por encima de la media por **profesionales de las urgencias hospitalarias** (13%), siendo la valoración mucho más baja para el resto de perfiles profesionales. (Tabla 20)



### 3.2.2 Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos

#### P.4.a ¿Qué carencias o dificultades se está encontrando usted actualmente en el ejercicio de su labor en cuidados paliativos? Por favor, cítelas en orden de importancia.

Las personas entrevistadas citan como las cuatro dificultades más importantes (primera mención) que encuentran en su trabajo en cuidados paliativos las siguientes: **pocos/as profesionales/personal sanitario (12,5%)**, **falta de organización/coordinación de profesionales (11,4%)**, **lentitud en la gestión de casos (10'5%)** y **falta de formación de profesionales (8'6%)**. Ordenando las respuestas en función del porcentaje de personas entrevistadas que las mencionaron (independientemente del orden o la importancia asignada), la más mencionada es la falta de formación de profesionales (19'2%), seguida de las otras tres arriba citadas.

**FIGURA 6\_ Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos**

%	PRIMERA MENCIÓN	TOTAL MENCIONES
<i>Base: Profesional o Gestor con 1+ años experiencia</i>		
Falta de <b>formación</b> de los profesionales	8,6	19,2
<b>Pocos profesionales</b> /personal sanitario	12,5	19,1
<b>Falta de organización</b> /coordinación de profesionales	11,4	17,6
<b>Lentitud</b> en la gestión de los casos	10,5	15,9
Falta de recursos <b>materiales</b>	7,9	15,6
Desconocimiento/ <b>falta de información</b> sobre los CP	4,7	9,0
<b>Deficiencias en acceso</b> al tratamiento	4,0	6,8
<b>Falta de centros</b> /hospitales específicos	3,7	6,1
<b>Soporte domiciliario</b>	4,0	5,6
<b>Dificultades en la atención</b>	2,1	4,9
<b>Sobrecarga laboral</b>	2,7	3,8
<b>Falta de psicólogos</b> /apoyo psicológico	1,2	3,5
<b>Falta de formación de personas cuidadoras</b> informales	0,8	3,4
<b>Falta de camas</b> /de habitaciones	2,3	3,2
Desigualdades distribución de recursos rural-urbano	2,3	2,8
<b>Continuidad/seguimiento</b> de paciente	1,3	2,4
Falta de recursos <b>económicos</b>	1,3	1,9
<b>Barreras culturales</b> profesionales y pacientes/familiares	0,1	0,4
<b>Pocos voluntarios</b>	0,2	0,2
Otros	2,0	2,9
Actualmente no tiene vinculación con cuidados paliativos	0,3	0,3
Ninguna	12,7	12,7
NS/NC	3,5	3,5

Atendiendo a la variable **años de experiencia**, el orden de prioridad que se concede a las dificultades mencionadas varía. Para profesionales de **3 a 5 años** de experiencia en paliativos, la cuarta dificultad mencionada es el **desconocimiento o falta de información** sobre

CP, con una puntuación significativamente por encima de la media. En el grupo de **6 a 10 años** de experiencia, la primera dificultad que se menciona es la **falta de recursos materiales**. Finalmente, en el grupo de más de diez años, se considera como primera dificultad la **falta de organización/coordinación** de profesionales. También se menciona significativamente por encima de la media el **soporte domiciliario** como dificultad. (Tabla 21)

En relación a la variable **sexo**, encontramos algunas diferencias significativas entre uno y otro. Para las **mujeres** el **desconocimiento/falta de información sobre los CP** se menciona como una de las carencias fundamentales en un 12% frente al 6,4% de menciones por parte de los varones. Por el contrario, los **varones** señalan un mayor número de veces las **deficiencias en el acceso a tratamientos** (9,1%) y **soporte domiciliario** (8,1%) a diferencia de las mujeres (4,3 y 2,7% respectivamente).

Como dato significativo, también cabe mencionar que el 15,8% de las mujeres contestan “ninguna dificultad” frente al 9.9% de los varones. (Tabla 21)

Respecto al **tipo de centro**, para el **personal hospitalario** la carencia primordial que se cita es contar con **pocos profesionales/personal sanitario** (26,9%), distinguiéndose significativamente de la opinión del personal de Centros de salud y EPES que señalan esta dificultad en porcentajes de un 16% y 7% respectivamente. Hay otros dos aspectos que se nombran como carencias más en hospitales que en centros de salud, son: **la falta de centros/hospitales específicos** (12,1%) y **la falta de psicólogos/as/apoyo psicológico**. Por otro lado, en los **Centros de salud** se apunta también como una carencia, significativamente por encima de la media de respuestas, las **deficiencias en el acceso de tratamiento** (8,7%), mientras que en menor grado se hace desde los hospitales (2,6%). (Tabla 22)

No se encuentran diferencias significativas entre las dificultades mencionadas por profesionales versus gestores/as (tabla 23). Aunque sí por especialidad. Profesionales de **urgencias hospitalarias** tienden a señalar como carencia para el ejercicio de los CP **pocos profesionales/personal sanitario** (30,4%) muy por encima de la media, siendo la mayor dificultad que señala este colectivo. En cambio, los y las **profesionales de AP** identifican como la primera dificultad o carencia la **lentitud en la gestión de los casos**. **La falta de organización/coordinación de profesionales** es la primera dificultad que mencionan los y las **profesionales hospitalarios** (28,1%), opinión de la que difieren los y las gestores/as de AP (7,9%). (Tabla 24)

### 3.2.3. Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras

**P.4.b ¿Y qué carencias o dificultades destacaría en la aplicación de los cuidados paliativos en el caso de las personas cuidadoras informales? Por favor, cítelas en orden de importancia.**

Cuando a las personas entrevistadas se les pidió que se centraran en las carencias o dificultades detectadas en relación a las personas cuidadoras, señalaron **la falta de formación, el desconocimiento/falta de información sobre los CP y falta de psicólogos/as/apoyo psicológico** como las tres principales.

**FIGURA 7** Carencias o dificultades entre Personas Cuidadoras

	%	PRIMERA MENCIÓN	TOTAL MENCIONES
<i>Base: Total Entrevistados</i>			
Falta de <b>formación de personas cuidadoras informales</b>		31,8	41,8
Desconocimiento/ <b>falta de información</b> sobre los CP		16,3	27,1
<b>Falta de psicólogos/apoyo psicológico</b>		14,5	26,6
Sobrecarga de trabajo/agotamiento		8,3	15,1
Falta de <b>tiempo</b>		4,8	8,8
Falta de recursos <b>materiales</b>		2,1	6,2
Falta de <b>formación</b> de profesionales		2,7	4,7
Falta de recursos <b>económicos</b>		1,1	3,6
Falta de <b>apoyo sanitario</b>		1,9	3,6
<b>Pocos profesionales</b> /personal sanitario		1,0	3,0
<b>Dificultad de acceso</b>		1,4	2,1
<b>Barreras culturales</b> profesionales y pacientes/familiares		0,8	2,1
<b>Falta de organización</b> /coordinación de profesionales		0,3	1,6
<b>Falta de centros/hospitales</b> específicos		0,9	1,4
<b>Pocos voluntarios</b>		0,7	1,2
<b>Lentitud</b> en la gestión de los casos		0,1	0,9
Desigualdades distribución de recursos <b>rural-urbano</b>		0,1	0,2
Otros		1,8	4,6
Ninguna		4,6	4,8
NS/NC		4,8	4,1

Al profundizar en el análisis de las respuestas, teniendo en cuenta los **años de experiencia** del personal entrevistado, hay diferencias significativas en la consideración de la **falta de psicólogos/as/apoyo psicológico** como una dificultad importante. El personal con **más de**

**10 años** de experiencia considera que es la segunda dificultad en relación con las personas cuidadoras informales, mientras que quienes llevan menos de tres años y entre 6 y 10 años la consideran una dificultad en menor medida. (Tabla 25)

Igualmente, cuando analizamos los datos en relación al **sexo**, observamos que las **mujeres** apuntan significativamente por encima de la media, la **falta de psicólogos/as/apoyo psicológico** como una de las principales dificultades en la aplicación de los cuidados paliativos (30,8% frente a 22,9%), siendo para ellas la segunda dificultad en relación con las personas cuidadoras informales. Del mismo modo, señalan como carencia los/las **pocos/as profesionales/personal sanitario** significativamente más que los hombres (en un 4,8% frente al 1,5% señalado por los varones). (Tabla 25)

En relación al **tipo de centro**, se observa un dato significativo: el personal entrevistado de **Hospitales** opina que la **falta de recursos económicos**<sup>15</sup> es una barrera que hay que tener en consideración (6,9%), mientras que la opinión llegada de los Centros de salud la considera una dificultad en menor medida (2,3%).

También cabe destacar que el 9,4% de las personas entrevistadas pertenecientes a Hospitales, a esta pregunta respondieron NS/NC y el 2,7% lo hicieron desde los Centros de Salud. (Tabla 26)

En cuanto al **rol en el SSPA**, aunque tanto gestores/as como profesionales consideran que la **falta de formación** de las personas cuidadoras es la principal carencia, se observan diferencias en cuanto al peso que le dan a esta dificultad. La mencionan el 57,4% de gestoras y gestores y sólo un 39,7% de profesionales. (Tabla 27). Más concretamente, son los y las **gestores/as de AP** (59,2%) quienes mayoritariamente insisten en la necesidad de incidir en la **formación de las personas cuidadoras**. Los y las **profesionales de AP** (30,9%) consideran en mayor medida que el resto de los perfiles profesionales que la **falta de psicólogos/as/apoyo psicológico** es una de las principales dificultades, siendo para este grupo la segunda dificultad mencionada. La **sobrecarga de trabajo/agotamiento de las personas cuidadoras informales** es, en cambio, más nombrada por parte de profesionales de las **Urgencias Hospitalarias** (26,1%). (Tabla 28)

---

<sup>15</sup> *Recursos económicos hace alusión a temas directamente presupuestarios, mientras que la mención a recursos materiales está más relacionada con material fungible con el que desempeñar el trabajo.*

## → 3.3.

### EL PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS (PACPA)

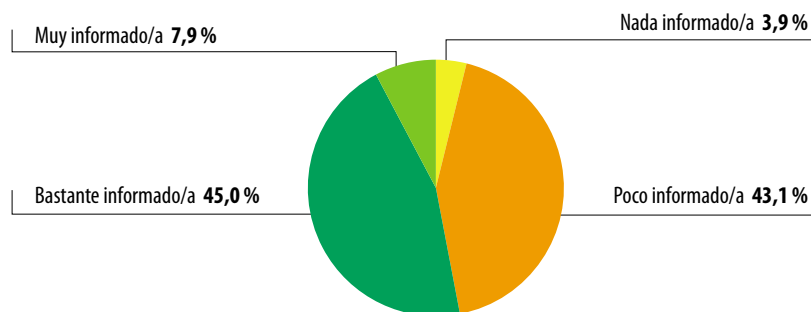
Tras explorar la valoración sobre la situación de los cuidados paliativos en Andalucía y las fortalezas y dificultades en torno al ejercicio de los cuidados paliativos, pasamos a explorar aspectos más directamente relacionados con el PACPA: nivel de información sobre el mismo, prioridades y dificultades en su desarrollo.

#### 3.3.1. Nivel de Información sobre los Contenidos del PACPA

##### P.5. ¿Hasta qué punto diría usted que está informado sobre los contenidos del Plan de cuidados paliativos de Andalucía?

El porcentaje de personas que se sienten informadas es ligeramente superior al de personas que afirman no tener información sobre el PACPA. Así, un 47,7% opina que tiene poco o nada de información mientras que un escasamente superior 53% dice estar muy o bastante informado/a.

FIGURA 8 \_ Nivel de Información sobre los contenidos del PACPA



Por **años de experiencia**, las personas con **más de 10 años de experiencia** son quienes dicen estar **más informadas** (57'4%). Por el contrario, quienes dicen estar **menos informadas** (poco o nada) son aquellas que tienen **menos de 3 años** de experiencia (66'5%). No se encuentran diferencias significativas atendiendo a la variable **sexo**. (Tabla 29)

En relación al **tipo de centro**, es el personal de los **centros de salud** quién mayoritariamente (55,6%) manifiesta tener información o mucha información. (Tabla 30)

Atendiendo al **rol en el SSPA** de las personas entrevistadas, las y los **gestores/as** consideran que tienen poca información en menor medida (33'1%) que las y los profesionales (44,4%). Gestores/as **afirman sentirse informados/as o muy informados/as en mayor medida** (58'7%) que las y los profesionales. (Tabla 31)

Según **perfil laboral y especialidad**, son los y las **profesionales de urgencias hospitalarias** (2,2%) quienes contestan sentirse **muy informados/as un menor número de veces**. Aunque sin significación estadística, destaca que el grupo de **profesionales de recursos avanzados de cuidados paliativos** son quienes sienten que **manejan más información sobre el plan**. (Tabla 32)

Si relacionamos el **nivel de información sobre los contenidos del Plan con la valoración que se realiza sobre la situación actual de los CP**, podemos afirmar que hay una relación estadísticamente significativa entre mejor valoración de la situación actual de los CP y mayor nivel de información sobre el plan y a la inversa.

**FIGURA 9** Nivel de información sobre los contenidos del Plan según valoración de la situación actual de CP.

SITUACIÓN ACTUAL CUIDADOS PALIATIVOS %	TOTAL	INFORM. SOBRE CONTENIDOS PLAN	
		Informado	No Informado
Muy buena (5)	9,9	14,0	5,2
Buena (4)	63,0	65,8	59,8
Regular (3)	11,6	8,4	15,2
Mala (2)	14,5	11,7	17,8
Muy mala (1)	0,7		1,6
NS/NC	0,2		0,5
<b>MUY BUENA+BUENA (5+4)</b>	<b>72,9</b>	<b>79,9</b>	<b>65,0</b>
<b>MALA+MUY MALA (2+1)</b>	<b>15,3</b>	<b>11,7</b>	<b>19,3</b>
Media	3,67	3,82	3,5

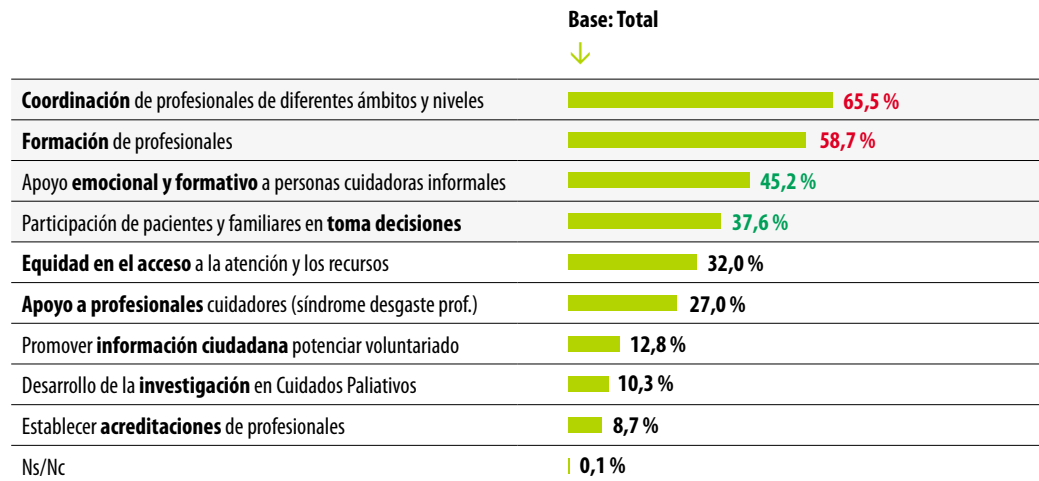
### 3.3.2. Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan

**P.6. El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos ha establecido 9 líneas de acción a llevar a cabo en este ámbito. Voy a leerle estas líneas y le pido identifique un máximo de tres líneas que usted considera prioritarias.**

El personal entrevistado, teniendo en cuenta como base el total de las personas entrevistadas, identifica principalmente cuatro líneas de acción como prioritarias para el desarrollo y la mejora de los cuidados paliativos en Andalucía:

- **Coordinación** de profesionales de diferentes ámbitos y niveles (65,5%)
- **Formación** de profesionales (58,7%)
- Apoyo **emocional y formativo** a personas cuidadoras informales (42,2%)
- Participación de pacientes y familiares en **toma decisiones** (37,6%)

**FIGURA 10\_ Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del PACPA**



Media de menciones: (2,98)

En función de los **años de experiencia**, a las personas con **menos de 3 años** de experiencia en CP, la **formación a los y las profesionales** (70,4%) es la línea de acción que les parece más necesaria actualmente. Quienes cuentan con entre **6 y 10 años** de experiencia, identifican en mayor medida que el resto de grupos la línea de acción **promover información ciudadana y voluntariado** (17,9%).

Encontramos algunas diferencias significativas en torno al **sexo**. Mientras que los **varones** dan más prioridad a la **equidad en el acceso a la atención y a los recursos** (38,4%), las **mujeres** señalan como más prioritaria que los varones el **apoyo a profesionales (desgaste profesionales)** (24,7%). (Tabla 33)

Teniendo en cuenta el **tipo de centro**, cabe destacar que, además de la coincidencia en las líneas priorizadas en general, el **apoyo profesional a las personas cuidadoras (desgaste profesional)** es más priorizado (29,5%) en **centros de Salud** que en hospitales, mientras que desde los **hospitales** se prioriza más la **promoción de información ciudadana y potenciación del voluntariado** (16,9%). (Tabla 34)

No existen diferencias significativas entre la valoración de profesionales y gestores/as, siendo bastante coincidente la priorización que realizan de las líneas de acción. (Tabla 35). Sí existen algunas diferencias interesantes dentro de la categoría profesionales. Para **profesionales de urgencias hospitalarias** la línea de acción prioritaria es la **formación de profesionales** (69,6%). Es el único grupo que no considera la principal prioridad la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles (52,2%). Por otra parte, entre **profesionales de AP** se otorga más importancia que en las otras categorías a la línea de acción **Apoyo a profesionales** (síndrome de desgaste profesional) (32%). Destaca también la importancia significativamente superior a la media que otorgan las y los **profesionales hospitalarios** a la línea de acción **equidad en el acceso a la atención y los recursos** (50%). Entre las y los **profesionales de recursos avanzados** de cuidados paliativos, sin embargo, el orden de prioridad coincide con el que marca la media de personas entrevistadas: 1º Coordinación, 2º Formación de profesionales, 3º Apoyo a personas cuidadoras informales y 4º Participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones. (Tabla 36)



### 3.3.3. Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del PACPA

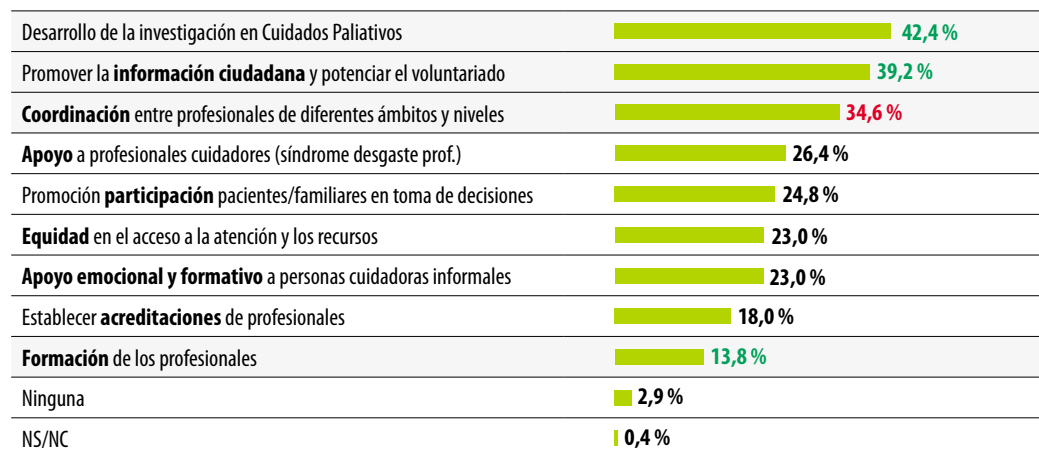
#### P.7. De estas 9 líneas de acción que le he mencionado, ¿cuales serían las tres que en su opinión presentarían más dificultades o problemas en su aplicación?

Las personas entrevistadas señalaron las siguientes líneas de actuación como las que pueden presentar mayor número de dificultades de aplicación:

- Desarrollo de la **investigación** en Cuidados Paliativos (42,9%)
- Promover la **información ciudadana** y potenciar el voluntariado (39,2%)
- **Coordinación** entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles (34,6%)

Destaca también que la **formación de profesionales**, que se situaba (en el epígrafe anterior) como una de las acciones prioritarias en el desarrollo del plan de cuidados paliativos, es considerada como la que plantearía menos dificultades en su puesta en marcha. Del cruce de ambos resultados se desprende que es una de las acciones que habrían de ser prioritizadas para su implantación.

**FIGURA 11\_ Dificultades de Aplicación de las Líneas de Actuación del PACPA**



Cuando nos fijamos en la variable **años de experiencia**, podemos observar que quienes poseen entre **3 y 5 años** de experiencia en cuidados paliativos, opinan que el **desarrollo de la investigación** es la línea de acción que más problemas puede conllevar (51,7%). Para aquellos/as que llevan menos tiempo trabajando en este campo (**menos de 3 años**) las mayores dificultades de aplicación se pueden identificar con la línea **promover información ciudadana y potenciar el voluntariado** (56%). (Tabla 37)

En relación a la variable **sexo**, observamos que para los **varones** el **apoyo emocional y formativo a cuidadoras/es informales** (27,3%) y la **formación de profesionales** (16,3%) es significativamente más nombrada como difícil de aplicar que por las mujeres (18,1% y 10,9% respectivamente). También cabe destacar que las mujeres (4,8%) respondieron mayor número de veces “ninguna” que los varones (1,2%). (Tabla 37)

En relación al **tipo de centro**, desde los **Centros de salud** se valora que **promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado** (43%) es la línea de acción que más dificultades puede suponer, por encima del desarrollo de la investigación. **La formación de los y las profesionales** es mencionada desde los centros de salud en un 16,4%, mientras que en los hospitales en un 8,8%. Es decir, la formación se considera más difícil de implementar por el personal de los centros de salud, aunque en ambos casos sigue siendo la línea de acción considerada menos difícil de implementar. Para el **personal de hospital**, la segunda línea de acción que presenta más dificultades en su puesta en marcha es la **coordinación entre profesionales y niveles** (40,4%) (que para la media de personas entrevistadas es la tercera) y la que ocupa el tercer lugar en dificultad sería la **equidad en el acceso a la atención y los recursos** (35,8%) (Sexta para la media de personas entrevistadas). (Tabla 38)

Por perfil, profesionales de **urgencias hospitalarias**, consideran la **coordinación entre profesionales y niveles** como la línea de acción que presenta mayores dificultades de aplicación (50%). Así mismo, para este grupo, la tercera acción considerada más dificultosa de conseguir es la equidad en el acceso a la atención y los recursos mientras que para la media de todos los grupos ocupa el sexto lugar en dificultad. (Tabla 40)

Las y los **profesionales de recursos avanzados de CP**, aunque sin significación estadística, consideran que la línea de acción más difícil de implementar es, con diferencia, la investigación en Cuidados Paliativos. (Tabla 40)

## → 3.4.

### DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DEL PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS

En este epígrafe se incluye el análisis sobre la implantación del Plan Andaluz de CP atendiendo a los siguientes capítulos:

- Dificultades de aplicación del Plan.
- Propuestas de soluciones concretas a esas dificultades.
- Aportaciones y beneficios del Plan.
- Previsión de la influencia del Plan en la situación en Andalucía de los CP.

#### 3.4.1. Dificultades de Aplicación del PACPA

**P.8. Nos gustaría saber cuáles cree usted que son las principales dificultades que gestores/as o profesionales podrían encontrarse en la aplicación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos.**

**Por favor dígame en primer lugar cual sería para usted la principal dificultad.  
¿Alguna más?**

En relación a las dificultades que gestores/as o profesionales podrían encontrarse en la aplicación de las distintas líneas de acción y medidas que plantea el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, las cuatro que son mencionadas espontáneamente por mayor número de personas son las siguientes:

- Falta de recursos económicos y materiales
- Pocos/as profesionales/personal sanitario
- Falta de organización/ coordinación entre profesionales
- Falta de formación de profesionales.

**FIGURA 12\_ Dificultades de Aplicación del PACPA**

%	PRIMERA MENCIÓN	TOTAL MENCIONES
<i>Base: Total entrevistados</i>		
Falta de recursos económicos y materiales	16,0	26,5
Pocos profesionales/personal sanitario	12,1	22,5
Falta de organización/coordinación de profesionales	12,6	19,2
Falta de formación de profesionales	7,8	18,0
Falta de tiempo (para dedicar a pacientes)	10,1	15,5
Desgaste o sobrecarga de profesionales	6,9	13,0
Falta de recursos y apoyo a pacientes y familias	2,7	8,1
Falta de información (a la ciudadanía)	6,1	7,6
Equidad/acceso para todos	2,3	5,8
Falta de motivación	2,1	3,7
Saturación hospitalaria que dificulta una correcta atención	1,4	2,4
Falta de centros/hospitales específicos	1,2	2,0
Falta de información sobre el Plan de CP	1,5	1,6
Falta de claridad en la definición de perfiles profesionales	0,9	1,6
Heterogeneidad de aplicación protocolos y derivaciones a CP	1,0	1,5
Aislamiento de los equipos de CP	0,2	1,4
Dificultades para la investigación	0,2	1,2
Faltan voluntarios	0,2	1,2
Falta de control de profesionales ajenos al SAS	0,5	0,5
Otros	1,1	2,0
Ninguna	4,7	4,7
NS/NC	8,3	8,3

Un 4'7% de personas entrevistadas afirmaron no encontrar ninguna dificultad para la aplicación del PACPA.

Si observamos la variable **años de experiencia**, los datos revelan que las personas que tienen una experiencia de **más de 10 años**, además de considerar las líneas anteriormente nombra-

das como principales, mencionan la **falta de información a la ciudadanía** (9,7%) significativamente más como una dificultad que el resto. Por otra parte, para el grupo de **menos de tres años**, la escasez de recursos económicos y materiales no sería la primera dificultad y la mencionan significativamente menos que la media de profesionales. **La falta de formación de profesionales** es muy mencionada por todos los perfiles según años de experiencia como una de las dificultades que se encontrarán, excepto en el grupo de **6 a 10 años** de experiencia (10,5%), donde se menciona significativamente menos veces que en la media. (Tabla 41)

En relación a la variable **sexo**, los **varones** (10,7%) apuntan **la falta de información sobre CP a la ciudadanía** como dificultad para el PACPA significativamente más veces que las mujeres (5,8%). (Tabla 41)

Se aprecian opiniones dispares entre los distintos **tipos de centros**. Así, el **personal hospitalario** considera como la principal dificultad la **falta de recursos económicos y materiales** (34,2%), mientras que para el personal de los **Centros de salud** es considerada también la primera dificultad, pero en menor medida, 22,6% (o más igualada con otras dificultades mencionadas). Del mismo modo, desde los centros de salud la **falta de tiempo (para dedicar a pacientes)** es una dificultad mencionada significativamente más veces (18,4%) que desde los hospitales (9,7%).

Desde los Hospitales se percibe como una dificultad significativamente más importante (8,6%) la **equidad/acceso para todos**, que en los centros de salud (4,3%). (Tabla 42)

En relación al **rol en el SSPA** encontramos una diferencia significativa la **falta de recursos económicos y materiales** es la dificultad más mencionada por los y las **profesionales** (28,1%), mientras que para las y los gestores/as ocuparía el quinto lugar (14,7%). (Tabla 43)

**La falta de recursos económicos y materiales** es muy señalada por todas las categorías de perfiles laborales, aunque lo es significativamente menos mencionada por los y las gestores/as de AP (11,4%).

Los y las **profesionales de AP** destacan significativamente por encima de la media de los otros grupos, la **falta de tiempo** (18,1%) y la **sobrecarga o desgaste laboral** de los y las

profesionales (15,5%). Por otro lado, los y las profesionales de hospital mencionan **la falta de tiempo** y **la falta de formación de profesionales** como dificultades significativamente por debajo de la media (6,3% y 9,4 respectivamente). (Tabla 44)

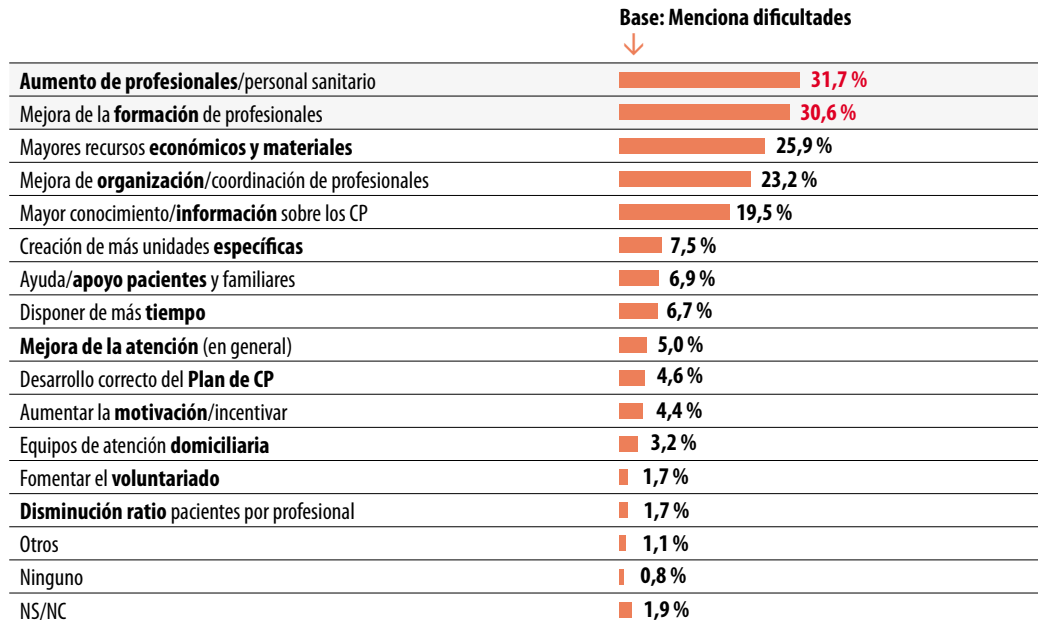
### 3.4.2. Solución de Dificultades: Acciones Concretas

#### P.9. ¿Qué acción o acciones concretas cree usted que deberían tomarse para superar estas dificultades? ¿Alguna más?

Profesionales y gestores/as apuntan mayoritariamente a dos acciones concretas para superar las dificultades que se pueden presentar en el desarrollo del Plan Andaluz de CP:

- Aumento de profesionales/personal sanitario: 31,7%
- Mejora de la formación de profesionales: 30,6%

**FIGURA 13\_ Solución de Dificultades: Acciones Concretas**



Media de menciones: (1,78)

**Según años de experiencia**, para quienes llevan **menos de 3 años** en CP, la primera acción a concretar (y no la quinta como lo es para la media) sería **mayor conocimiento/información** sobre CP (46'2%). Para quienes llevan **entre 3 y 5 años** trabajando en CP, la primera acción concreta que proponen es **la mejora de la organización/coordinación** (36'7%), dato significativamente superior a la media. La dotación con **mayores recursos económicos y materiales** (32'7%) sería una solución mencionada significativamente por encima de la media por quienes cuentan con **más de 10 años** de experiencia, siendo para este grupo la segunda acción que proponen.

El personal con una experiencia de **6 a 10 años**, mencionó significativamente por encima que el resto de los perfiles (12,6%), (aunque en sexto lugar), que la acción de **creación de más espacios específicos** es necesaria. (Tabla 45)

Atendiendo a la variable **sexo**, las mujeres apuntan como solución significativamente por encima de la media la **mejora de organización/coordinación de profesionales** (27'4%) y la **mejora de la atención en general** (8'5%). (Tabla 45)

Atendiendo al **tipo de centro** encontramos algunas diferencias significativas. En los **hospitales** se propone como acción concreta en primer lugar el **aumento de profesionales/personal sanitario** (Hospital: 38,8% frente a Centro de Salud: 20,7%). También se propone significativamente más veces que en los centros de salud: **mayores recursos económicos y materiales** (Hospital: 32,22% frente a Centro de Salud: 22,9%) y la **creación de más unidades específicas** (Hospital: 12% frente a Centro de Salud: 5,7%). (Tabla 46)

Si nos fijamos en el **perfil laboral y especialidad**, observamos que la acción **aumento profesionales/personal sanitario** es significativamente más nombrada por **profesionales de las Urgencias Hospitalarias** (42,9%), siendo para este grupo la primera acción que proponen. También mencionan más que otras categorías la **creación de más espacios específicos** (14'3%). Por otro lado, los y las **profesionales hospitalarios** apuntan significativamente más que el resto de categorías profesionales la dotación de **mayores recursos materiales económicos y materiales** (40%) como posibles soluciones. (Tabla 48)

### 3.4.3. Aportaciones y Beneficios del PACPA

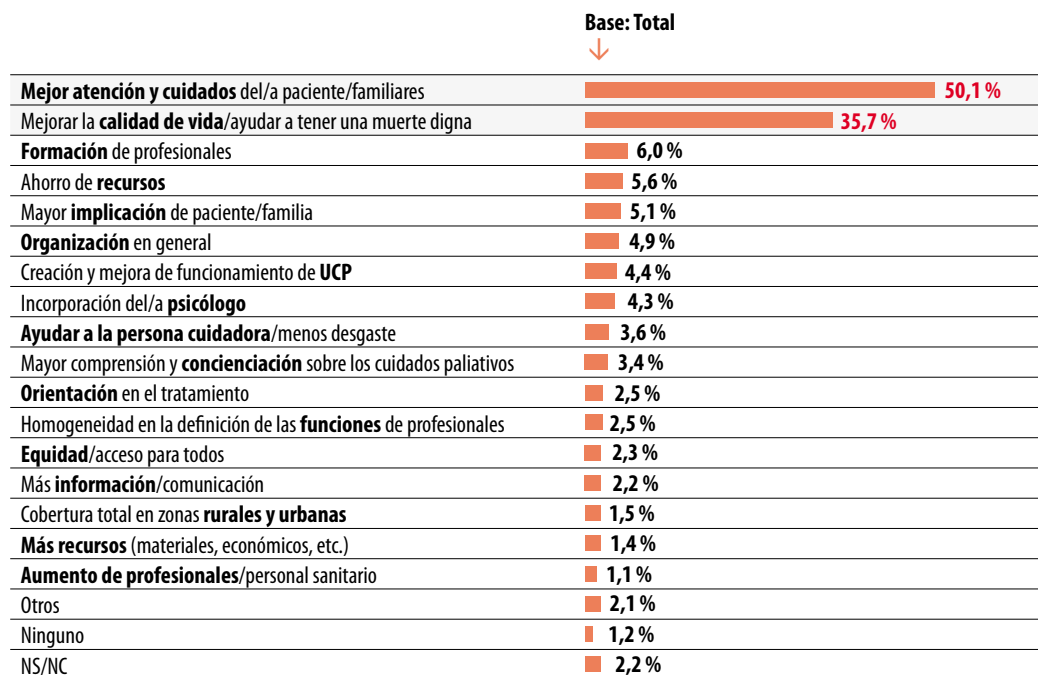
#### P.10. Desde su punto de vista ¿Cuáles serían las principales aportaciones o beneficios de este Plan? ¿Qué resultados espera que se consigan con el mismo? ¿Algo más?

El personal entrevistado, identifica principalmente dos aportaciones o beneficios del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos:

- Mejor atención y cuidados del/a paciente y familiares (50,1%)
- Mejorar la calidad de vida/ayudar a tener una muerte digna (35,7%)

Se mencionan otros beneficios, aunque como se observa en el siguiente gráfico, asignándoles una importancia relativa mucho menor.

FIGURA 14\_ Aportaciones y Beneficios del Plan



Media de menciones: (1,43)



Según el **sexo** de las personas entrevistadas, cabe destacar que **la formación de profesionales** es para las **mujeres** (7,9%), un beneficio de este plan, en mayor medida que para los varones (4,2%). Del mismo modo, las mujeres apuntan como un beneficio del Plan, más que los varones, la **mayor comprensión y concienciación de los CP** (5,6% y 1,8% respectivamente) y la **ayuda a la persona cuidadora/menor desgaste** (4,9% y 2,1% respectivamente).

Según años de **experiencia en CP**, se puede observar como son quienes tienen una **experiencia mayor de 10 años** quienes más consideran que una de las mayores aportaciones del Plan será la de **mejorar la calidad de vida/ayudar a una muerte digna** (40,2%) (que, de todas formas, es la segunda aportación mencionada tanto por ésta como por las otras categorías). (Tabla 49)

**La formación de los y las profesionales** como uno de los principales beneficios es significativamente más mencionado por el personal que tiene una experiencia de entre **6 y 10 años** (10,8%), significativamente por encima de la media. (Tabla 49)

En relación al **tipo de centro** encontramos algunas diferencias (Tabla 50):

- Desde los **centros de salud** se opina en mayor medida que en los hospitales que la **mejora de la calidad de vida/ayuda a tener una muerte digna** será un beneficio que aportará el plan (40,3% frente a 26%)
- El **ahorro de recursos** es más mencionado desde los **hospitales** que desde los centros de salud (8,4% frente a 3,8%). Pasa lo mismo respecto a la **incorporación de la figura del/a psicólogo/a** (7,2% frente a 3,2%)

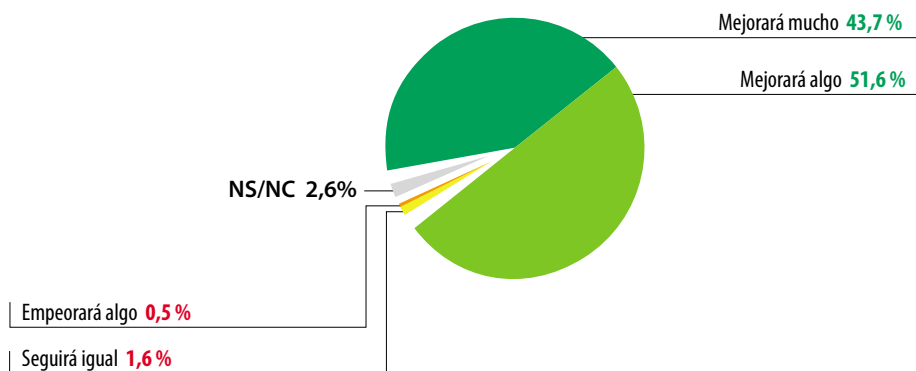
Por **perfil laboral y especialidad**, encontramos que son los y las **profesionales de AP** quienes mencionan en mayor número de ocasiones que el Plan puede contribuir a **mejorar la calidad de vida/ayudar a una muerte digna** (40%). Por el contrario, profesionales de **urgencias hospitalarias** señalan este aspecto significativamente por debajo de la media (aunque igualmente lo consideran el segundo beneficio que puede aportar el Plan) (23,9%). (Tabla 52)

### 3.4.4. Influencia del PACPA en la Situación de los Cuidados Paliativos

#### P.11. Para terminar ¿En qué medida cree que este Plan modificará la situación de los Cuidados Paliativos en Andalucía?

Casi la mitad de las personas entrevistadas consideran que la situación de los cuidados paliativos mejorará mucho en Andalucía como consecuencia de la puesta en marcha del PACPA (43,7%). El 51,6% opina que mejorará algo y el resto, es decir, un porcentaje muy bajo (4'7%) considera que seguirá igual, que empeorará algo o NS/NC. Por lo tanto, se puede decir que las expectativas existentes sobre este plan son elevadas, **más de un 95% de las personas entrevistadas creen que el PACPA mejorará en Andalucía la situación de los CP.**

FIGURA 15\_ Influencia del Plan en la Situación de los Cuidados Paliativos



Según **años de experiencia** en CP, las personas con **menos de 3 años de experiencia** son quienes se muestran **más optimistas** ya que el 59,3%, significativamente por encima de la media, opinan que, con el desarrollo del Plan, la situación de los cuidados paliativos mejorará mucho. Aquellos/as que tienen **de 6 a 10 años de experiencia**, en cambio, no poseen expectativas tan altas (31,7% dicen que mejorará mucho) y la mayoría de sus respuestas se concentran en decir que **la situación mejorará algo** (61,9%). (Tabla 53)

Tanto el personal de centros de salud como de hospitales tiene expectativas altas sobre el Plan. No obstante, desde los **centros de salud se considera significativamente por encima de la media que la situación de los CP mejorará con el Plan** (97% frente a 92%). (Tabla 54)

Si nos fijamos en el **perfil laboral y especialidad**, encontramos un dato significativo: los y las **profesionales hospitalarios** son quienes en menor número de ocasiones opinan que la situación mejorará mucho debido al Plan (32'8%). (Tabla 56)

## → 3.5.

### SATISFACCIÓN CON LA PROFESIÓN Y EL SISTEMA SANITARIO

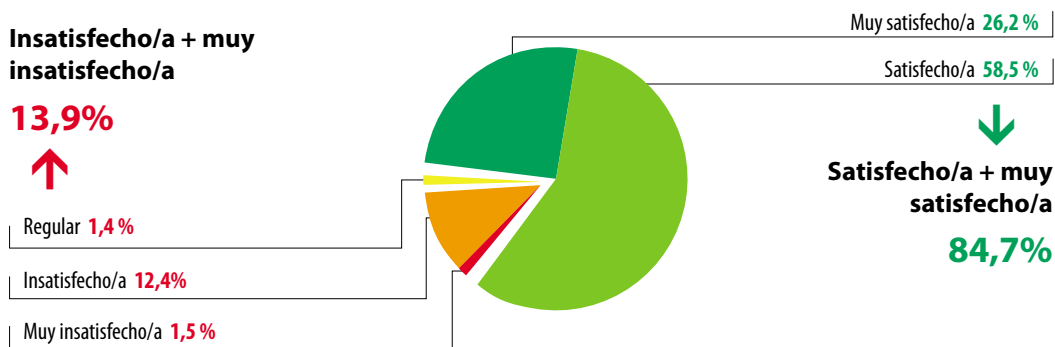
Sólo a modo de preguntas control, para cruzarlas con otras variables investigadas, se decidió incorporar en el cuestionario dos preguntas globales sobre satisfacción con la profesión y valoración del sistema sanitario público andaluz.

#### 3.5.1. Satisfacción con el ejercicio de su Profesión

**P.12. Desvinculándonos del tema de los Cuidados Paliativos, me gustaría que me dijera cual es su grado de satisfacción laboral en el ejercicio de su profesión. En general se siente usted...**

La mayor parte de los y las profesionales y gestores/as a quienes se entrevistó sienten **satisfacción o mucha satisfacción con su trabajo (84,6%)** frente a un 13,9% que verbaliza que siente insatisfacción o mucha insatisfacción.

**FIGURA 16\_ Satisfacción con el ejercicio de su Profesión**



En relación a los **años de experiencia**, observamos que quienes tienen mayor experiencia, **más de 10 años**, son quienes responden en **menor número de veces sentirse muy satisfechos/as** en el ejercicio de su labor (22,5%).

En general, las personas que tienen una experiencia de **menos de 3 años** son las que mayoritariamente contestan que **sienten satisfacción o mucha satisfacción** con su trabajo (94,3%). (Tabla 57)

Según **sexo**, cabe destacar que **las mujeres** afirman, significativamente por encima de la media, sentirse “insatisfechas” (15,1% frente a 10,1% de varones). Son también las mujeres quienes afirman sentir mucha satisfacción en mayor medida que los hombres (28% frente a 24,6%) (Tabla 57)

Según la variable **tipo de centro**, de los datos se extrae que:

- desde los hospitales se contestó menos “muy satisfecho/a” y más “insatisfecho/a”.
- **en los centros de salud parecen estar más satisfechos-as/muy satisfechos-as que en los hospitales** (86,5% frente a 79,6%) (Tabla 58)

Los y las **gestores/as** verbalizan en mayor medida que los y las profesionales sentirse **muy satisfechos/as** en el ejercicio de su trabajo (39,3% frente a 24,5%). (Tabla 59)

No se observan grandes diferencias entre “muy satisfecho/a” manifestada por los y las gestores/as de AP y los y las de Hospitales (38% y 38,5% respectivamente). No obstante, los datos muestran que, en general, los y las **gestores/as de hospital** se sienten **más satisfechos/muy satisfechos/as** que los/as de atención primaria (92,3% frente a 87,6%).

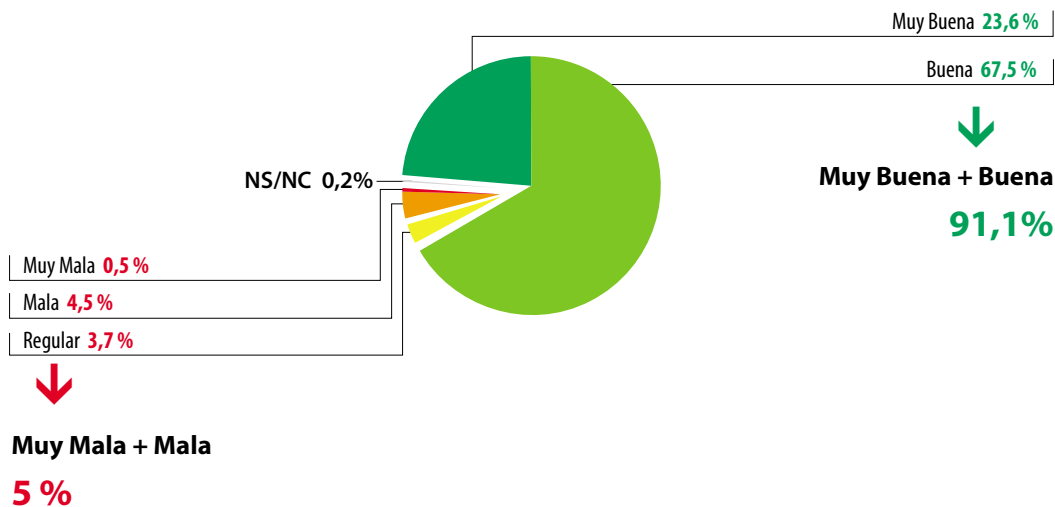
**Profesionales de urgencias hospitalarias** declaran **más** que las otras categorías sentir **insatisfacción o mucha insatisfacción** (28,3%), mientras que el grupo de **profesionales de hospital** se manifiestan significativamente **por encima de la media satisfechos/as**. (Tabla 60)

### 3.5.2. Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía

#### P.13. ¿Y cual es la valoración global que le daría usted a la atención que ofrece el Sistema Sanitario Público de Andalucía a la ciudadanía?

En general, el grupo de profesionales y gestores/as entrevistados/as le da una buena/muy buena valoración al sistema sanitario público en relación a la atención que ofrece a la ciudadanía. Las respuestas “buena” más “muy buena” suman un 91’1%.

FIGURA 17\_ Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía



Atendiendo a la variable **años de experiencia**, quienes tienen **menos de 3 años** de experiencia en cuidados paliativos, manifiestan significativamente más que la atención que ofrece el sistema sanitario es **buena/muy buena** (96,7%). Mientras que quienes suman **más de 10 años** de experiencia, **afirman en más ocasiones que esta atención es “mala”** (6’1%). (Tabla 61)

Fijándonos en la variable **sexo**, podemos observar que son los **varones** quienes **manifiestan una valoración global más positiva** de la atención que ofrece el sistema sanitario. El

93,7% de los varones contestan a esta pregunta “buena o muy buena”, mientras que las mujeres lo hacen en un 88,1%. (Tabla 61)

El personal de los **centros de salud** es el grupo que, en relación a los Hospitales y EPES, presenta una opinión más positiva: mayoritariamente considera que la atención prestada es **buena/muy buena** (93’3%).

Desde los hospitales se contesta el 7,9% de los casos que la atención es mala mientras que desde los centros de salud se define como mala sólo por un 3% de las personas entrevistadas. (Tabla 62)

Por **perfil laboral y especialidad**, son los y las profesionales de **urgencias hospitalarias** quienes **en menor medida** opinan que la atención a la ciudadanía en temas de salud es **buena/muy buena** (84,8%), mientras que los y las **profesionales de AP consideran que sí lo es** en un 93,6%. Los/as profesionales de recursos avanzados de cuidados paliativos opinan que la atención es buena o muy buena por debajo de la media de valoración, pero este dato no presenta significación estadística. (Tabla 64)

Por último, cruzamos los resultados de la valoración del SSPA y satisfacción laboral con la valoración de la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. El resultado indica que quienes valoran mejor el SSPA y sienten mayor satisfacción laboral califican también mejor la situación de los Cuidados Paliativos en Andalucía.

**FIGURA 18\_ Cruce de resultados de Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía y satisfacción laboral con la Valoración de la situación actual de los Cuidados Paliativos**

SITUACIÓN ACTUAL CUIDADOS PALIATIVOS %	TOTAL	SATISFACCIÓN LABORAL		VALORACIÓN ATENC. SIS. SANIT	
		Satisfecho	Insatisfecho	Buena	Mala
Muy buena (5)	9,9	9,7	10,6	9,6	12,9
Buena (4)	63,0	65,5	49,2	65,2	41,4
Regular (3)	11,6	10,3	18,8	11,1	17,5
Mala (2)	14,5	13,3	21,5	13,3	26,2
Muy mala (1)	0,7	0,9		0,6	2,0
NS/NC	0,2	0,3		0,2	
<b>MUY BUENA+BUENA (5+4)</b>	<b>72,9</b>	<b>75,3</b>	<b>59,8</b>	<b>74,8</b>	<b>54,3</b>
<b>MALA+MUY MALA (2+1)</b>	<b>15,3</b>	<b>14,1</b>	<b>21,5</b>	<b>13,9</b>	<b>28,2</b>

Buen funcionamiento

MEJOR ATENCIÓN

EQUIDAD

DESGASTE PROFESIONAL

El Plan

Creación de unidades de CP

Accesibilidad

Sistema Sanitario Público de Andalucía

Coordinación

Atención domiciliaria

Potenciación del voluntariado

Experiencia

APOYO PSICOLÓGICO

disponibilidad de medios

SOLUCIÓN DE DIFICULTADES

Perfil laboral

INFLUENCIA DEL PLAN

FORMACIÓN

Profesionales

CENTROS DE SALUD



## 4\_síntesis, conclusiones y recomendaciones

### → 4.1.

#### SÍNTESIS DE RESULTADOS

##### 4.1.1. La situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía

La **situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía es considerada como buena o muy buena por tres de cada cuatro personas entrevistadas**. Tan sólo un 15,3% la califica como mala o muy mala.

El perfil de trabajador/a con percepción más positiva incluye a quienes desarrollan su trabajo en **centros de salud** (78,7% la consideran como buena o muy buena). Dentro de Atención Primaria, el personal de enfermería valora la situación actual mejor que el/a médico/a (84,3% vs 70,7%). Quienes muestran una visión más negativa ejercen su labor en Hospitales (22,3%) o tienen una experiencia en este campo de 6 a 10 años (21,8%).

La principal razón de esta buena situación es, para **casi la mitad** de las personas entrevistadas que la califican de esta forma (46,5%), una **mejor atención/trato** a los y las pacientes que reciben CP.

En menor medida, se refieren a una buena coordinación (16,5%), creación de unidades de cuidados paliativos (13,4%), mejor atención domiciliaria (13,1%) o la existencia de un buen equipo de profesionales (10,8%).

Las mujeres mencionan en mayor medida que los hombres la buena coordinación (23,1 vs 10,6%), la existencia de un buen equipo de profesionales (14,5 vs 7,5%) o la formación del personal (8,5 vs 3,7%).

Según años de experiencia en este campo, las personas que cuentan con un bagaje menor a los tres años destacan la mejor atención (58,9%) o la buena coordinación (24,6%), mientras que quienes tienen una experiencia mayor a 10 años valoran el aumento de los recursos en mayor medida que otros grupos (9,2%).

Atendiendo al lugar de trabajo, en **los hospitales se valora especialmente la creación de unidades específicas** (21,4%), mientras en los centros de salud, destacan, frente a otros centros, el buen equipo de profesionales (12,5%)

Aquellas personas que califican la situación actual como **regular, mala o muy mala**, mencionan diferentes carencias en el siguiente orden: **falta de medios** (26,7%), de **personal** (22,6%) o de **formación e información** (20%).

*“No hay suficientes medios personales o económicos para atender, la atención domiciliaria es muy mala y los hospitales no están preparados para atender a estos enfermos”*

*“Creo que no está demasiado bien organizado, muchos profesionales no lo conocen y se deja que cada uno haga su criterio, y debería de haber un criterio unificado y común para todos a la hora de decidir y de hacer, y no por conciencia de cada uno”*

**La falta de medios** es un aspecto destacado especialmente por el **personal hospitalario** (35,4%), así como la poca cobertura o asistencia en el medio rural, especialmente entre los y las profesionales de urgencias hospitalarias (23,8%). **La falta de información y formación se resalta en el ámbito de la atención primaria** (28%), en mayor medida entre el personal de enfermería (38,5%), destacando además los y las médicos/as de estos centros la falta de personal (35,3%).

Los y las trabajadores/as con más experiencia laboral (más de 10 años) enfatizan la falta de organización (21,5%).

La situación de los cuidados paliativos en la región, no sólo es positiva, sino que, además, **ha mejorado respecto a los últimos cinco años: nueve de cada diez personas (91,7%) la considera mejor o mucho mejor que entonces**, frente a tan sólo el 1,5% que cree que es peor o mucho peor.

Se aprecia una mejor percepción en los **centros de salud** (93,7%), y dentro de estos centros se valora mejor entre los y las profesionales (95%) que entre los y las gestores/as de los mismos (88,6%).

#### **4.1.2. Carencias y Fortalezas de los Cuidados Paliativos hoy**

Aunque hasta un **12,7% no aprecia ninguna**, profesionales y gestores/as perciben **carencias o dificultades** en el ámbito de cuidados paliativos; las más mencionadas se relacionan con el propio ámbito laboral: **falta de formación** (19,2%), **escasez de profesionales** (19,1%) o **falta de organización** de los mismos (17,6%). Destacan, además, la lentitud en la gestión de los casos (15,9%) y la falta de recursos materiales (15,6%).

*“Muchos médicos están presionados por los familiares ya que algunas familias no lo ven bien. Deberíamos estar mejor informados y formados por un curso para tratar mejor el dolor”*

*“Falta de profesionales formados, poca aceptación de responsabilidad desde atención primaria. Desconocimiento del resto de especialidades de los cuidados paliativos”*

Atendiendo al lugar de trabajo, se destaca en los **hospitales**, en mayor medida que otros centros, la **escasez de profesionales** (26,9%), la falta de centros específicos (12,1%) o la falta de psicólogos/psicólogas (5,9%). En concreto, los y las trabajadores/as de las urgencias hospitalarias destacan la escasez de personal (30,4%), mientras los y las profesionales hospitalarios resaltan la falta de coordinación de profesionales (28,1%).

En los **centros de salud** se aprecian, en mayor medida, las diferencias de acceso al tratamiento (8,7%), especialmente entre los y las médicos/as (19%). Estos/as profesionales destacan además la falta de coordinación (25,9%) o la **lentitud de gestión de los casos** (31%); a diferencia de estos, el personal de **enfermería** de los centros de atención primaria resaltan la escasez de **recursos materiales** (20,5%)

En cuanto a las facilidades en el ejercicio de su profesión, **la mejora más citada es la creación de unidades de cuidados paliativos** (21,6%), aspecto mencionado en mayor medida por las mujeres (25,4%) o por los y las trabajadores/as de **enfermería de Atención Primaria** (26,5%).

Resulta llamativo que, al igual que había sido **citado como carencia**, se mencione como facilidad la **coordinación entre profesionales** (15,7%), en especial entre los y las trabajadores con menos de tres años de experiencia en este campo. Esto puede indicarnos que, aunque se ha avanzado en este campo, **aún quedan algunos pasos que dar en este sentido**.

Otras mejoras citadas son la **accesibilidad de pacientes** (15,4%), la **actitud positiva** de los y las profesionales (13,5%) o su **formación** (10,1%).

*“A nivel de los profesionales existe un marco en el que ellos se van a mover y a trabajar que es el proceso de CP como tal. Todos los recursos sanitarios y no sanitarios se ven obligados también por un plan integral de CP que existe, a trabajar coordinados y en colaboración”*

*“Medios de comunicación como correo electrónico, teléfono móvil, acceso a un sistema informático común, y todo esto facilita la buena coordinación”*

Se define a las y los **cuidadoras/es informales** como las personas que, sin ser profesionales de la salud, se ocupan de las personas que reciben cuidados paliativos. Gestores/as y profesionales identifican claramente como **principal carencia** entre estas personas, la **falta de formación** (41,8%). Uno de cada cuatro resalta la falta de **información** (27,1%) o la falta de **apoyo psicológico** (26,6%), percibiendo, por otra parte, **sobrecarga de trabajo o agotamiento** (15,1%), aspecto que manifiestan especialmente los y las empleados con más de 10 años de experiencia en este campo (30,8%).

*“Las actitudes o relaciones familiares, aparte no solo de la información que reciben, el miedo al hacer algunas técnicas, el duelo que les hace sentir impotentes, el querer delegar la responsabilidad en otra persona que no sean ellos.”*

En cuanto al centro de trabajo, no se encuentran diferencias significativas de apreciación de posibles problemáticas de la situación de las personas cuidadores informales, aparte de un **mayor desconocimiento declarado por parte de los trabajadores del ámbito hospi-**

**talario** (9,4%). Eso sí, dentro de este ámbito, los y las trabajadores de urgencias aprecian, en mayor medida que otros, la sobrecarga de trabajo que soportan estas personas (26,1%).

Dentro de la atención primaria, **3 de cada 5 gestores/as mencionan la falta de formación** de las personas cuidadoras informales (59,2% vs el 38,8% declarado por parte del grupo de profesionales), lo cuál llama la atención porque precisamente los y las gestores/as tengan poco contacto directo con estas personas.

### **4.1.3. El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos**

**Más de la mitad** de los y las profesionales entrevistados/as (53%) **se considera muy o bastante informado/a sobre el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos.**

En concreto, dicen estarlo en mayor medida los y las profesionales de los **Centros de Salud** (55,6%) y parece aumentar **cuanto más experiencia laboral** se tiene en este campo (57,4% entre aquellos/as con más de diez años de experiencia vs 33,5% entre quienes tienen menos de 3 años).

En este estudio se han evaluado las **líneas de acción generales que propone el PACPA**, líneas que, a su vez, desarrollan multitud de medidas específicas, pidiendo a profesionales y gestores/as que identifiquen cuales serían las prioritarias, así como cuáles serían las más dificultosas.

En cuanto a la priorización, en primer lugar destacan la **coordinación de los y las profesionales de diferentes ámbitos y niveles**, identificada como **prioritaria por dos tercios de las personas entrevistadas** (65,5%) y la formación de profesionales (que coincide también con la señalada como carencia más importante de los cuidados paliativos hoy en día, con un porcentaje de menciones del 58,7%).

Les siguen en importancia dos líneas directamente relacionadas con el entorno de pacientes: el **apoyo emocional y formativo a personas cuidadoras informales** (45,2%) y la **participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones** (37,6%).

La menos citada, con diferencia, es el establecimiento de **acreditaciones** de profesionales en este campo (8,7%).

En cuanto a la **formación**, es la línea de acción prioritaria para aquellas personas entrevistadas con menos de 3 años de experiencia en el ámbito de los cuidados paliativos (70,4%), y para quienes trabajan en el ámbito de las urgencias hospitalarias (69,6%).

Otro aspecto analizado es la **posible dificultad de aplicación de cada una de estas líneas**. Puede destacarse que **las dos líneas que, en opinión de las personas entrevistadas presentarían más dificultades, son a la vez consideradas como menos prioritarias**: desarrollo de la **investigación** en cuidados paliativos (42,4%) y promoción de la **información ciudadana y del voluntariado** (39,2%).

Un aspecto controvertido es la **coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles**: podría presentar dificultades o problemas de aplicación según un tercio de las personas entrevistadas (34,6%) y, a la vez, es percibida como línea prioritaria por dos tercios de los mismos (65,5%). Los y las trabajadores/as que señalan **mayor nivel de dificultad** en su aplicación son quienes desarrollan su actividad en **centros hospitalarios** (40,4%) y más en concreto en el área de **urgencias** (50%)

En cuanto a la **formación**, que se consideraba como segunda medida a priorizar, tan sólo un 13,8% piensa que podría presentar problemas en su aplicación, destacando los y las trabajadores/as de **centros de salud** (16,4%), en especial, los/as médicos/as de **Atención Primaria** (20,7%).

#### **4.1.4. Cruces entre Prioridad y Dificultad de las líneas de acción del Plan Andaluz de CP**

Teniendo en cuenta como base el total de entrevistados/as, podemos observar que las personas entrevistadas señalan **la formación** de profesionales como la línea del plan que **presenta una menor dificultad** en su puesta en marcha a la vez que una alta prioridad. Por lo tanto, **sería una de las primeras líneas de acción que habría que implementar**.

El establecimiento de acreditaciones de profesionales, por otro lado, se muestra como una

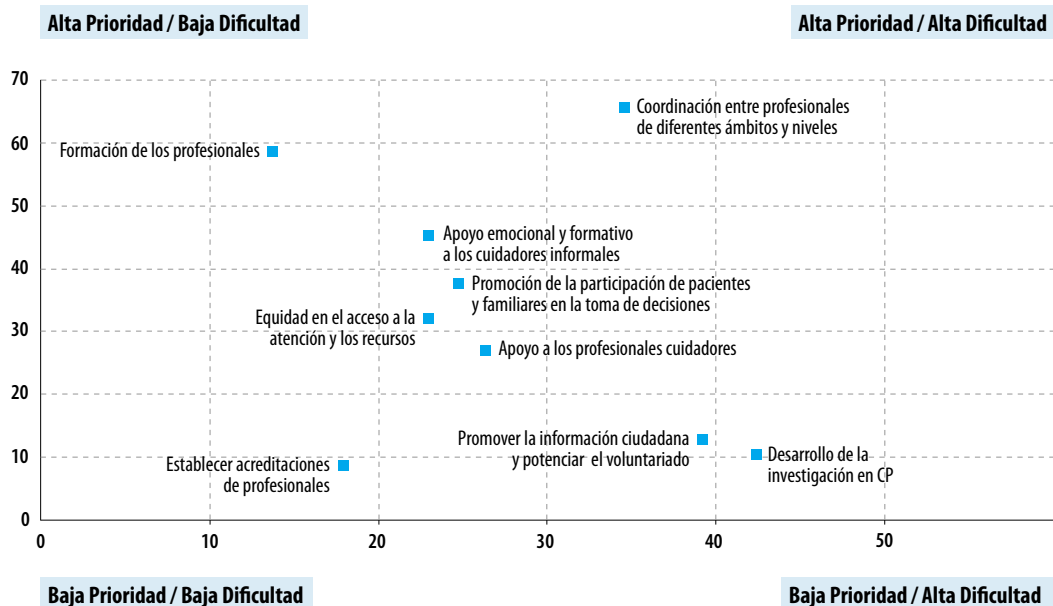
línea, desde la percepción de profesionales y gestores/as, susceptible de una baja dificultad en su puesta en marcha, aunque también se considera, en general, que es poco prioritaria.

La **coordinación de profesionales de diferentes ámbitos y niveles** se percibe de una **alta prioridad** pero, a la vez, **con una alta dificultad** en su puesta en marcha. No obstante, atendiendo a las puntuaciones obtenidas en ambas preguntas es una línea en la que habría que trabajar y avanzar algo en su mejora.

Las líneas que se orientan a promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado y desarrollo de la investigación en CP se perciben desfavorablemente con una baja prioridad y con alta dificultad para poder desarrollarlas. A estas líneas, en función de este resultado, parece que no habría que dedicar muchos esfuerzos, a no ser que se pondere su posición estratégica para el desarrollo y avance de los CP.

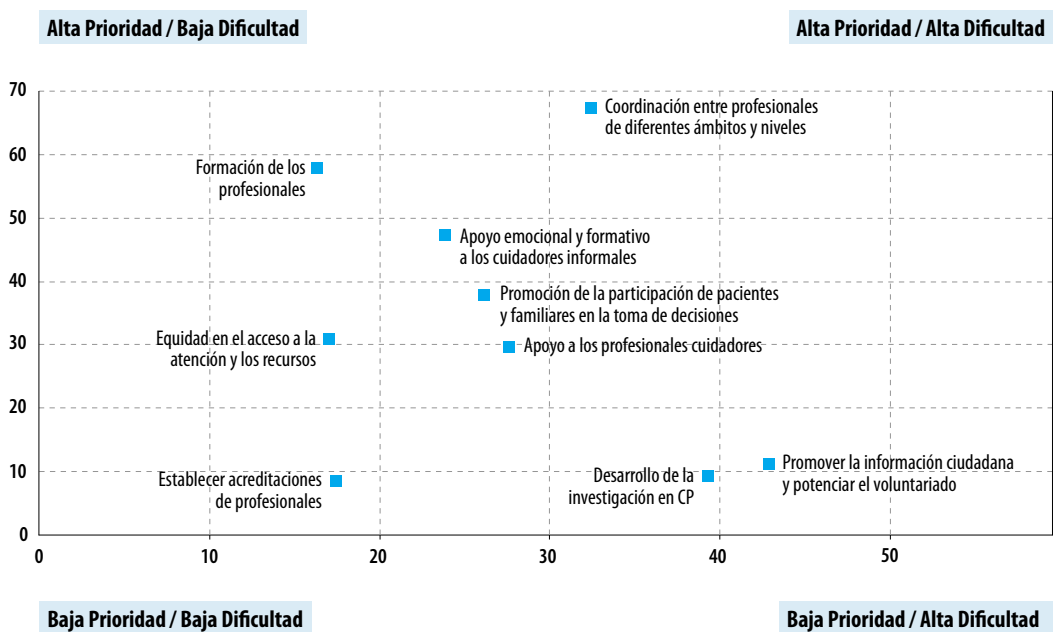
Las demás líneas se encuentran en posiciones intermedias entre su nivel de dificultad y prioridad.

**FIGURA 19\_ Cruces entre Prioridad y Dificultad de las Líneas de Acción del Plan**



Analizando la dificultad y la prioridad percibida específicamente en el entorno de **Atención Primaria**, los resultados son muy similares, pero hay una línea de acción que cambia de posición: **la Equidad en el acceso a la atención y a los recursos**. Esta línea se encuentra ahora en un punto intermedio de prioridad, aunque está considerado de baja dificultad.

**FIGURA 20\_ Cruces entre Prioridad y Dificultad de las Líneas de Acción del Plan en el entorno de Atención Primaria**



Si realizamos el análisis centrado en el **ámbito hospitalario**, de nuevo se mantienen las tendencias importantes:

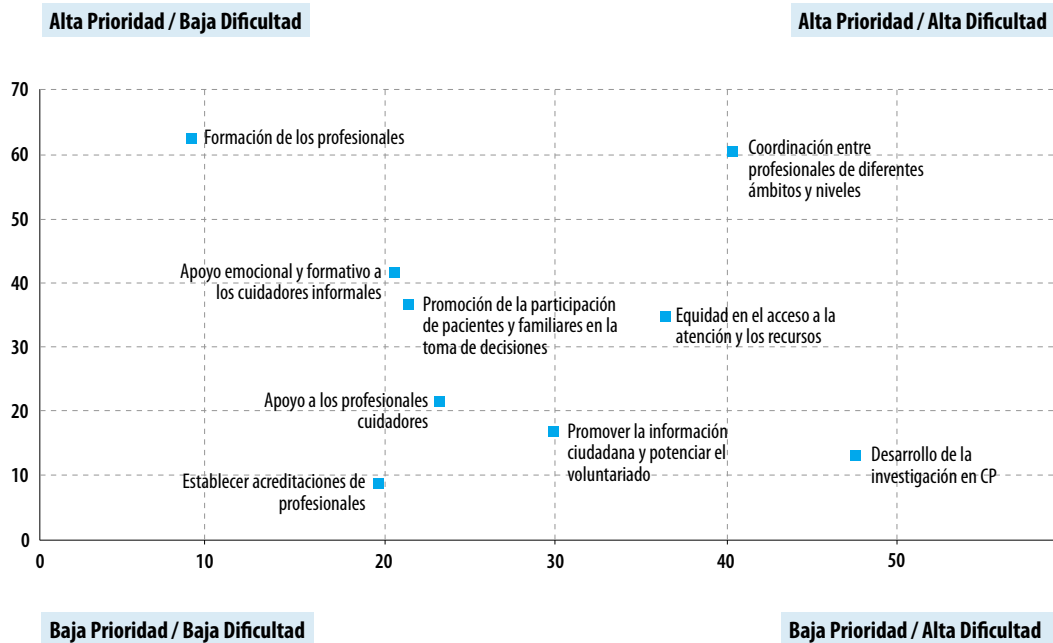
- formación con alta prioridad y baja dificultad
- coordinación con alta prioridad y alta dificultad
- Investigación con alta dificultad y baja prioridad y
- Acreditación con baja dificultad pero también con baja prioridad



Aunque hay algunos cambios y más variabilidad en la consideración del resto de las líneas de acción, por ejemplo:

- La equidad en el acceso a la atención y a los recursos se encuentra en un punto intermedio de prioridad aunque está considerado de alta dificultad, a diferencia de lo considerado en Atención Primaria.
- El apoyo emocional y formativo a personas cuidadoras informales pasa al cuadrante de alta prioridad y baja dificultad, aunque se mantiene cerca del eje de coordenadas.

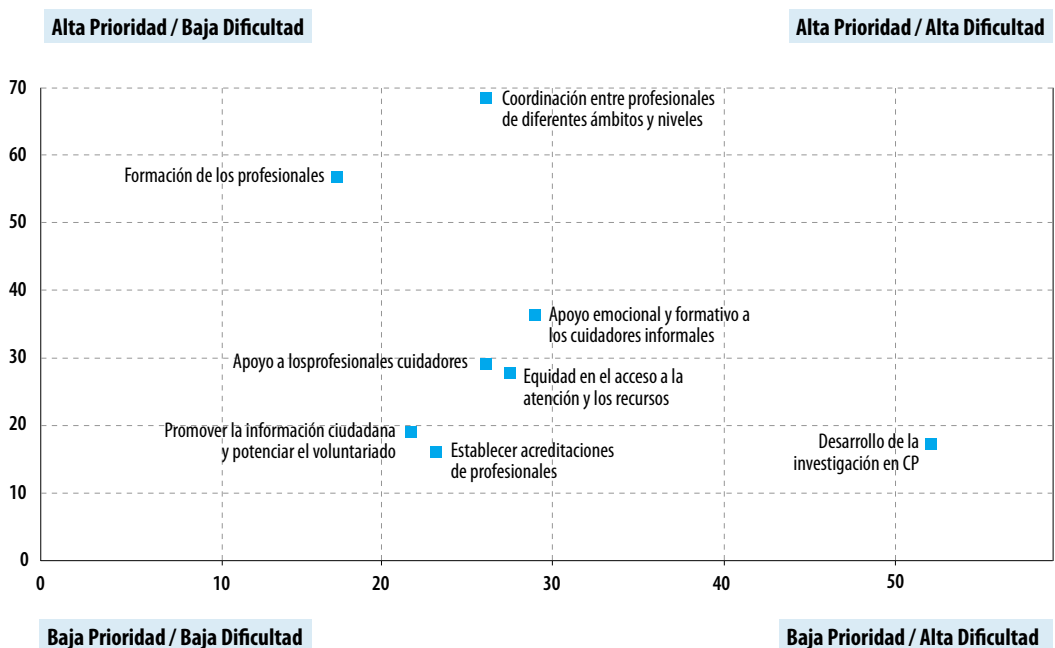
**FIGURA 21** Cruces entre Prioridad y Dificultad de las Líneas de Acción del Plan en el ámbito hospitalario



La relación entre dificultad y prioridad analizada desde los **Profesionales de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos**, es curiosa porque es la que más cambia las posiciones de las líneas de acción en el gráfico:

- La **formación** de profesionales sigue estando en el cuadrante de **baja dificultad y alta prioridad**, pero se mueve algo hacia el centro, es decir, no es tan contundente como resultado.
- La **coordinación** entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles es considerada de alta prioridad, pero no de alta dificultad sino que se sitúa casi en el punto medio de la dificultad. Esto da a entender que estos/as profesionales **consideran la coordinación como mucho más factible que otros/as**.
- **Promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado** es percibida de **baja dificultad aunque también de baja prioridad**, mientras que otros grupos la consideraban de alta dificultad.
- El **desarrollo de la investigación** en CP es considerada por el personal entrevistado de recursos avanzados de CP, como una línea **poco prioritaria** y además **de gran dificultad** en su puesta en marcha. **Este resultado es unánime** entre todos los grupos.

**FIGURA 22** Cruces entre Prioridad y Dificultad de las Líneas de Acción del Plan desde Profesionales de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos



#### 4.1.5. Implantación del Plan de Cuidados Paliativos

En cuanto a la aplicación del Plan de Cuidados Paliativos, se cita **espontáneamente** como principal dificultad, la **falta de recursos económicos y materiales** por una de cada cuatro personas entrevistadas (26,5%). Este es un aspecto especialmente mencionado en los **centros hospitalarios** (34,2%), frente a los centros de salud (22,6%).

Destaca, además, un mayor número de menciones entre **profesionales** en general (28,1%) y, especialmente, entre los/as trabajadores/as de **urgencias hospitalarias** (34,8%).

Se resalta además la **escasez de profesionales** (22,5%), y la falta de **organización** (19,2%) y **formación** de los/as mismos/as (18%). **Estas dos últimas coinciden con las líneas identificadas como prioritarias entre las sugeridas del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos.**

*“Sobre todo un equipo completo y no solo con medico y enfermero sino una ubicación fuera del hospital, talleres ocupacionales, rehabilitación, psicólogos, crear una buena infraestructura.”*

*“No hay ampliación de recursos, en cuanto hay algo nuevo siempre se atan a los recursos que ya tienen establecidos”*

*“Tener un personal más cualificado y dedicación exclusiva, por falta de tiempo y de plantilla”*

*“Sobre todo un equipo completo y no sólo con médico y enfermero sino una ubicación fuera del hospital, talleres ocupacionales, rehabilitación, psicólogos, crear una buena infraestructura.”*

**En concordancia con las 4 dificultades más citadas**, se citan de forma espontánea, como acciones concretas para superarlas, un **mayor número** de profesionales (31,7%), **mejor formación** (30,6%), aumento de **recursos económicos y materiales** (25,9%) y una **mejora de la coordinación** de profesionales (23,2%).

*“Mayores recursos humanos. Ampliar la sensibilización y formación básica a todo el personal sanitario. Incentivación de cada gerente de cada área u hospital a sus profesionales que tienen a cargo y unificación en los criterios. Unificar los temas organizativos como el sueldo, la labor, la organización también de los equipos. Promover la acreditación.”*

En los hospitales, se menciona como acción concreta, en mayor medida que en los centros de salud, el **aumento de profesionales** (38,8%) y una **mayor asignación** de recursos económicos y materiales (32,2%). Ese aumento de personal sanitario se destaca en mayor medida por profesionales de **urgencias hospitalarias** (42,9%), mientras el aumento de los recursos lo reclaman cuatro de cada diez **profesionales de hospital** (40%).

Es reseñable además, la mención como acción concreta por prácticamente una de cada dos personas entrevistadas con **experiencia menor a tres años** en el campo de los Cuidados Paliativos, de **mayor conocimiento e información** en este ámbito (46,2%)

Como **principales aportaciones o beneficios del PACPA**, la mitad de las personas entrevistadas citan espontáneamente una **mejor atención y cuidados del/a paciente y familiares** (50,1%) y un tercio espera que contribuirá a **mejorar la calidad de vida o ayudar a tener una muerte digna** (35,7%). Estas menciones coinciden con la principal razón argüida por quienes consideraban que la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía es hoy día buena o muy buena, “la mejor atención o trato”, lo que puede indicarnos que **las acciones emprendidas están yendo por el camino correcto**.

*“Dignificación y humanización, la implicación de los profesionales y de los familiares, apoyo sociosanitario, hacer mas fácil esos momentos finales”*

Quienes mencionan en mayor medida la mejora de la calidad de vida, son los/as trabajadores/as de los **centros de salud** (40,3%) o aquellos/as con una experiencia laboral en cuidados paliativos de **más de diez años** (40,2%)

Por último, la **previsión de que el Plan modifique la situación de los cuidados paliativos en la Comunidad Autónoma es positiva**: hasta un 43,7% opina que la situación mejorará mucho. Tan sólo un 1,6% cree que seguirá igual y un 0,5% asegura que empeorará. Los/as más optimistas son los/as trabajadores/as con menos de tres años de experiencia (59,3% dicen que mejorará mucho). En cuanto al lugar de trabajo, los/as profesionales de los Centros de Salud se muestran ligeramente más optimistas (el 97% opina que mejorará algo o mucho, frente al 92% de los/as trabajadores/as de centros hospitalarios que opina lo mismo).

#### **4.1.6. Satisfacción con la profesión y valoración del SSPA**

Fuera ya de la vinculación profesional con Cuidados Paliativos, **una de cada cuatro personas entrevistadas se muestra “muy satisfecho/a” con el ejercicio de su profesión** (26,2%). En términos generales, dicha satisfacción **aumenta a menor experiencia** en el ámbito de los cuidados paliativos (94,3% se muestran satisfechos/as o muy satisfechos/as) y es mayor en los **centros de salud** (86,5%), en concreto destacan los/as trabajadores/as de enfermería de Atención Primaria (94%). Una de cada cinco personas entrevistadas se muestra **insatisfecho/a en el ámbito hospitalario** (20,4% se declara insatisfecho/a o muy insatisfecho/a), siendo esta percepción algo mayor entre los/as trabajadores/as de **urgencias hospitalarias** (28,3%).

También prácticamente **uno/a de cada cuatro** (23,6%) **valora la atención del Sistema Sanitario Público Andaluz a la ciudadanía como muy buena** (23,6%). Destaca también una percepción más positiva entre quienes cuentan con menor experiencia en Cuidados Paliativos (hasta el 96,7% opina que es buena o muy buena) y entre los/as trabajadores/as de Centros de Salud (93,3%).

Aquellos/as que se muestran más satisfechos/as en el ejercicio de su profesión, así como quienes valoran mejor la atención sanitaria de la región, califican más positivamente la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía.

RECURSOS MATERIALES

INFORMACIÓN ÚTIL

Aumento de plantillas

Profesionales

El Plan

Sistema Sanitario Público de Andalucía

TRANSICIÓN

Líneas prioritarias

CUIDADOS PALIATIVOS

Coordinación

CONCLUSIONES

Expectativas

Mejorará en el futuro

ENTREVISTADOS/AS

recursos económicos

PASADO

Investigación

Resultados

Formación

POSITIVA

ANÁLISIS DETALLADO

INFLUENCIA DEL PLAN

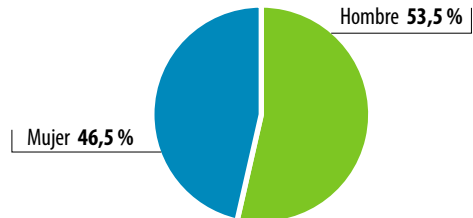
## anexo 1\_perfil de las personas entrevistadas

En las siguientes tablas se presenta la distribución de la muestra teniendo en cuenta distintas variables como son: **lugar de trabajo** (Hospital regional, comarcal o provincial, Centro de Salud/ Atención Primaria, Centro de Salud/ Distrito o AGS, EPE), **sexo** (hombre o mujer), **años de experiencia en cuidados paliativos** (menos de 3 años, entre 3 y 5 años, entre 6 y 10 años, más de 10 años) y **provincia** (Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla).

### LUGAR DE TRABAJO:

Hospital regional	■ 3,9 %
Hospital provincial	■ 12,6 %
Hospital Comarcal	■ 13,5 %
Centro de Salud/ Atención Primaria	■ 51,0 %
Centro de Salud/Distrito o AGS	■ 17,0 %
EPEs	■ 2,1 %

### SEXO:



La mayor parte de las entrevistas (51%) tienen lugar en los Centros de Salud/Atención Primaria de Andalucía, seguidas del 12,6% que son realizadas a profesionales y gestores/as de los distintos Hospitales Comarcales de la comunidad autónoma.

La proporción de mujeres frente a hombres está muy igualada, siendo el 46,5% de las personas entrevistadas mujeres y el 53,5% hombres.

## PROVINCIA:

Almería	8,3 %
Cádiz	16,8 %
Córdoba	11,5 %
Granada	6,7 %
Huelva	8,7 %
Jaén	13,7 %
Málaga	23,1 %
Sevilla	11,2 %

Respecto a la variable **provincia**, observamos como Málaga es la provincia donde se han realizado más entrevistas (23,1%) y la menor cantidad de ellas se hicieron en Almería (8,3%).

## PERFIL LABORAL:

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de profesionales y gestores/as entrevistados/as atendiendo a sus distintos perfiles laborales. Como se puede ver en la gráfica, del total de la muestra obtenida, un 83,3% son profesionales, mientras que los y las gestores/as constituyen el 11,7% de la muestra. El mayor porcentaje de personas entrevistadas entre los distintos perfiles profesionales ha sido el de enfermería de AP. Entre gestores y gestoras, de la misma manera, también son más numerosos los/as de AP (32,1 % y 10,4% respectivamente).

Especialistas Hosp.	11,0 %	<b>PROFESIONALES</b> 88,3 %
Paliativistas Hosp.	2,0 %	
Urgencias Hosp.	16,1 %	
Urgencias DCCU	5,4 %	
Médicos AP	20,0 %	
Enfermeras AP	32,1 %	
Profesionales EPES	1,7 %	<b>GESTORES</b> 11,7 %
Gestores Hosp.	0,9 %	
Gestores AP	10,4 %	
Gestores EPES	0,4 %	



## anexo 2\_entrevistas realizadas y tamaños poblacionales

En las siguientes tablas se muestran las entrevistas realizadas a profesionales, especificando los perfiles seleccionados y si fueron efectuadas en Primaria o Hospitalaria:

<b>HOSPITALES</b>	<b>Profesionales</b>	Oncología Médica	1	<b>60</b>
		Oncología pediátrica	1	
		Oncología radioterápica	4	
		Radioterapia	1	
		Radiodiagnóstico	9	
		Medicina Interna	10	
		Ginecología	10	
		Cardiología	7	
		Neumología	8	
		Neurología	1	
		Neurocirugía	1	
		Digestivo	1	
		Nefrología	2	
		Urología	4	
	<b>Enfermería gestora de casos</b>	4	<b>4</b>	
<b>Recursos avanzados de CP (equipos de soporte y unidades de cuidados paliativos)</b>	Médicos/as	14	<b>69</b>	
	Enfermeros/as	28		
	Auxiliares clínica	7		
	Voluntariado	14		
	Trabajadores/as sociales	2		
	Pastoral sanitaria	1		
	Psicólogos/as	3		
<b>Urgencias hospitalarias</b>	Médicos/as de urgencias Hospitalarias	16	<b>46</b>	
	Enfermeros/as urgencias hospitalarias	30		

<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b> (en Centros de Salud)	Médico/a de Familia	58	<b>141</b>
	Enfermería	68	
	Enfermería Enlace (gestora de casos)	15	
<b>Urgencias en Atención Primaria</b> (DCCU: Dispositivo de cuidados críticos y urgencias)	Médicos/as DCCU	25	<b>55</b>
	Enfermeros/as DCCU	30	
<b>EPES (Empresa Pública Emergencias Sanitarias)</b>	Médicos/as	6	<b>13</b>
	Enfermeros/as	7	

A continuación, la siguiente tabla muestra el número de entrevistas realizadas a gestores/as según los diferentes perfiles seleccionados:

<b>Hospital</b>	<b>Gerencia</b>	3	20	<b>39</b>	
	<b>Subgerencia</b>	1			
	<b>Dirección médica</b>	4			
	<b>Subdirección médica</b>	5			
	<b>Dirección enfermería</b>	4			
	<b>Subdirección médica</b>	3			
	<b>Jefatura de servicio o Dirección de UGC</b>	Oncología médica	3		19
		Oncología pediátrica	1		
		Ginecología	5		
		Medicina Interna	3		
Cardiología		1			
Neurología		2			
Neurocirugía		1			
Digestivo		1			
Urología	2				
<b>Atención Primaria</b>	<b>Distrito y AGS (Área de Gestión Sanitaria)</b>	Dirección Gerencia	3	5	
		Dirección de Salud	2		
	<b>Centro Salud</b>	Dirección ZBS/ CS/ UGC (Zona Básica de Salud, Centro de Salud, Unidad de Gestión Clínica)	33	65	
		Adjuntos/as de enfermería	32		
		Coordinación de Cuidados UGS			
<b>EPES (Empresa Pública Emergencias Sanitarias)</b>	Gerencia	1	3	<b>3</b>	
	Coordinación asistencial	1			
	Coordinación de Cuidados y Servicios	1			

En los cuadros siguientes se muestran, en este orden, el total de personas de cada uno de los perfiles en Andalucía (Universo), la distribución de la muestra proporcional y de la fija (con un mínimo de entrevistas por perfil), el total de las entrevistas realizadas y la diferencia de las mismas con los dos tipos de muestra. Estos datos nos permitieron ajustar la muestra según perfil profesional con el fin de ganar representatividad en los resultados de la muestra con respecto a la población objetivo de la que se extrajo.

	Universo	Distribución proporcional (a)	Muestra teórica (b)	Muestra real (c)	Diferencia D. proporcional (c-a)	Diferencia M. teórica (c-b)
Oncología Médica	46	1	1	1	0	0
Oncología Pediátrica	5	0	1	1	1	0
Oncología Radioterápica	36	1	1	4	3	3
Radioterapia	49	1	1	1	0	0
Radiodiagnóstico	343	7	9	9	2	0
Medicina Interna	358	7	9	10	3	1
Ginecología	431	8	10	10	2	0
Cardiología	254	5	7	7	2	0
Neumología	143	3	4	8	5	4
Neurología	160	3	4	1	-2	-3
Neurocirugía	66	1	2	1	0	-1
Digestivo	257	5	7	1	-4	-6
Nefrología	116	2	3	4	2	1
Urología	203	4	5	2	-2	-3
Enfermera gestora de casos	147	3	2	4	1	2
	<b>2.614</b>	<b>50</b>	<b>66</b>	<b>64</b>	<b>14</b>	<b>-2</b>

	Universo	Distribución proporcional (a)	Muestra teórica (b)	Muestra real (c)	Diferencia D. proporcional (c-a)	Diferencia M. teórica (c-b)
Médico/médica de recursos avanzados de CP	81	2	12	14	12	2
Enfermero/a de recursos avanzados de CP	145	3	22	28	25	6
Auxiliar de clínica de recursos avanzados de CP	99	2	14	7	5	-7
Voluntario/a de recursos avanzados de CP	98	2	14	14	12	0
Trabajador/a de recursos avanzados de CP	10	0	1	2	2	1
Pastoral sanitaria	10	0	1	1	1	0
Psicólogo/a de recursos avanzados de CP	14	0	3	3	3	0
	<b>457</b>	<b>9</b>	<b>66</b>	<b>69</b>	<b>60</b>	<b>3</b>
Médico/a de Familia de EBAP	4.771	91	75	58	-33	-17
Enfermero/a EBAP	7.344	140	92	68	-72	-24
Enfermera gestora de casos	299	6	8	15	9	7
	<b>12.414</b>	<b>236</b>	<b>175</b>	<b>141</b>	<b>-95</b>	<b>-34</b>
Médico/a DCCU	698	13	22	25	12	3
Enfermero/a DCCU	583	11	22	30	19	8
Médico/a de S. de urgencias hospitalarias	996	19	10	16	-3	6
Enfermero/a de S. de urgencias hospitalarias	2.836	54	23	30	-24	7
	<b>5.113</b>	<b>97</b>	<b>77</b>	<b>101</b>	<b>4</b>	<b>24</b>
Médico/a de EPES	230	4	8	6	2	-2
Enfermera/o de EPES	198	4	8	7	3	-1
	<b>428</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>-3</b>

	Universo	Distribución proporcional (a)	Muestra teórica (b)	Muestra real (c)	Diferencia D. proporcional (c-a)	Diferencia M. teórica (c-b)
Hospital: Gerencia	32	3	5	3	0	-2
Hospital: Subgerencia	10	1	2	1	0	-1
Hospital: Dirección médica	26	2	4	4	2	0
Hospital: Subdirección médica	16	2	3	5	3	2
Hospital: Dirección enfermería	29	3	5	4	1	-1
Hospital: Subdirección enfermería	15	1	2	3	2	1
	<b>128</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>-1</b>
Hospital: Jefatura de Oncología Médica	15	1	1	3	2	2
Hospital: Jefatura de Oncología radioterapia	10	1	1	1	0	0
Hospital: Jefatura de oncología médica y radioterapia	2	0	1	0	0	-1
Hospital: Jefatura de Ginecología	15	1	1	5	4	4
Hospital: Jefatura de Medicina Interna	20	2	2	3	1	1
Hospital: Jefatura de Cardiología	6	1	1	1	0	0
Hospital: Jefatura de Neurología	5	0	1	2	2	1
Hospital: Jefatura de Neurocirugía	4	0	1	1	1	0
Hospital: Jefatura de Digestivo	7	1	1	1	0	0
Hospital: Jefatura de Urología	10	1	1	2	1	1
Hospital: Responsable de UCP	4	0	1	0	0	-1
	<b>98</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>7</b>

	Universo	Distribución proporcional (a)	Muestra teórica (b)	Muestra real (c)	Diferencia D. proporcional (c-a)	Diferencia M. teórica (c-b)
Atención Primaria Distrito y AGS: Dirección Gerencia	33	3	2	3	0	1
Atención Primaria Distrito y AGS: Dirección de salud	33	3	2	2	-1	0
Atención Primaria Centro Salud: Dirección ZBS/CS/UGC	379	36	27	33	-3	6
Atención Primaria Centro Salud: Adjuntos/as enfermería Coordinación de cuidados: ZBS/CS/UGC	379	36	28	32	-4	4
	<b>824</b>	<b>78</b>	<b>59</b>	<b>70</b>	<b>-8</b>	<b>11</b>
EPES: Gerencia	1	0	1	1	1	0
EPES: Subgerencia	1	0	1	0	0	-1
EPES: Coordinación asistencial	5	0	3	1	1	-2
EPES: Coordinación de cuidados y servicios	5	0	3	1	1	-2
	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>-5</b>

## anexo 3\_trabajo de campo

El trabajo de campo preliminar para pilotar el cuestionario se realizó en octubre y el definitivo entre Noviembre y Diciembre de 2008.

### **a) PROGRAMACIÓN DEL CUESTIONARIO:**

La programación del cuestionario CATI (Computer Assisted Telephone Interview) ha incluido los filtros y controles de consistencia/inconsistencia para su correcta aplicación. Entre otros elementos de validación, se incluyen una amplia batería de controles de consistencia que avisan a la persona entrevistadora de posibles deficiencias en la cumplimentación del cuestionario en el momento mismo que se introduce la información (entre otras cosas se asegura que no existan preguntas sin respuesta).

El programa permite reforzar el control de ejecución de las entrevistas al admitir la audición de las entrevistas simultáneamente a su realización, al mismo tiempo de permitir la grabación imperceptible y aleatoria de un porcentaje de las entrevistas realizadas. Facilita a su vez el acceso, de forma automática, al estado de recogida de la información-cumplimentación de la muestra de estudio, al nivel de detalle de las cuotas empleadas. Además muestra el detalle de todos los contactos efectuados y los resultados de los mismos (encuestados o no), además de las posibles incidencias derivadas de los mismos.

Antes de iniciar el trabajo de campo, se llevó a cabo un estudio piloto con el objetivo de verificar el correcto funcionamiento del cuestionario y, en general, de los sistemas de seguimiento y control de los trabajos de campo y del fichero de datos, además de comprobar la correcta comprensión de las preguntas por parte de las personas entrevistadas potenciales. Se realizaron 10 entrevistas dentro de este test, repartidas entre los distintos colectivos a encuestar del público objetivo del estudio.

## **b) FORMACIÓN Y PERFIL DEL PERSONAL DE CAMPO:**

En este estudio se ha dado gran importancia a la **fase de trabajo de campo**, puesto que de la misma dependía la validez del resultado final del estudio. Para el mismo se ha contado con personal de TNS Demoscopia con suficiente **formación** en la realización de entrevistas telefónicas. Además, las personas responsables del trabajo de campo, los/as entrevistadores/as y la dirección de los procesos de inspección y control, han asistido a un **briefing específico** sobre el estudio, donde se ha incidido en las características específicas del mismo.

Todo el personal implicado ha recibido además **instrucciones escritas** en las que se han incluido definiciones de conceptos básicos, descripción del planteamiento metodológico y aclaraciones de posibles dudas en la comprensión del cuestionario.

## **c) PROCESO DE CAMPO:**

La **dispersión geográfica** de los lugares de trabajo de los diferentes perfiles profesionales vinculados a los cuidados paliativos, así como la necesidad de que fueran cubiertos **todos los tipos de centros sanitarios**, requería que se utilizase una herramienta de encuestación adecuada: el sistema **CATI**.

La **imposibilidad de poder contar con un marco muestral o listado de contactos accesible, con alta cobertura, actualizado y depurado** de los perfiles concretos a entrevistar, es decir, contando con nombre y apellidos, ha requerido un trabajo intenso de contactación por parte del equipo de campo.

Se partió de una muestra censal a nivel de centros asistenciales, es decir, se han incluido como puntos de muestreo la totalidad de los centros de atención sanitaria pública existentes en Andalucía.

Se realizó una **comunicación previa** a responsables de los centros incluidos en el estudio (por correo, e-mail o ambos) explicando las características del estudio y su importancia, así como la invitación a participar en el mismo, solicitando una persona **“coordinadora”** en cada centro que facilitase el contacto con los/as entrevistados/as potenciales. También se ofreció un teléfono de contacto para ampliar información sobre el estudio a personas interesadas.

Así pues, en cada centro, una vez contactado, se determinó la existencia de una persona coordinadora por parte de los equipos directivos del mismo. A estas personas coordinadoras se les solicitó un listado aleatorio de posibles profesionales y gestores/as a entrevistar.

A partir de un grid de cuotas, en el que se han cruzado las variables perfil profesional, provincia y tipo de centro, el equipo de trabajo de campo asignado a este estudio determinó el perfil laboral de las personas que deberían responder a las entrevistas en cada centro, con el fin de que en cada uno de ellos, y teniendo en cuenta la provincia, se encontrara la suficiente variabilidad de perfiles profesionales.

Se realizaron una media de 5 intentos de contacto con cada uno de los y las profesionales incluidos en el listado de contactos del estudio, a diferentes horas y en diferentes días, teniendo en cuenta el timing previsto para el trabajo de campo, antes de pasar a otro contacto susceptible de ser entrevistado/a.

#### **d) CONTROLES DE CALIDAD**

La propia metodología en la que se lleva a cabo el estudio CATI, constituye en sí misma una poderosa herramienta de control de la persona entrevistadora y de consistencia de los datos recogidos.

Además, el trabajo llevado a cabo por la totalidad de los y las entrevistadores/as implicados/as ha sido sometido, a lo largo de todo el proceso de recogida de la información, a la correspondiente supervisión simultánea de escucha a la vez que se está realizando la entrevista.

#### **e) CODIFICACIÓN DE LITERALES**

El propio cuestionario ha incluido siempre que ha sido posible y ayudándonos del estudio piloto efectuado, un listado de posibles respuestas precodificadas a cada pregunta además de una opción “otros, especificar”, de tal modo que la persona entrevistadora podía seleccionar el código correcto en cada una de las preguntas o añadir otra opción diferente si la hubiera. Posteriormente se realizó un plan de codificación para las respuestas de las preguntas abiertas.



## anexo 4\_índice de figuras

A continuación se listan las figuras mostradas en el apartado de resultados.

<b>Figura 1</b>	Valoración global sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía
<b>Figura 2</b>	Situación actual CP: razones de calificación positiva
<b>Figura 3</b>	Situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía: razones de calificación negativa
<b>Figura 4</b>	Situación de los cuidados paliativos hoy Vs. hace cinco años
<b>Figura 5</b>	Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los cuidados paliativos
<b>Figura 6</b>	Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos
<b>Figura 7</b>	Carencias o dificultades entre Personas Cuidadoras Informales
<b>Figura 8</b>	Nivel de Información sobre los contenidos del PACPA
<b>Figura 9</b>	Nivel de información sobre los contenidos del PACPA según valoración de la situación actual de CP
<b>Figura 10</b>	Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del PACPA
<b>Figura 11</b>	Dificultades de Aplicación de las Líneas de Actuación del PACPA
<b>Figura 12</b>	Dificultades de Aplicación del PACPA
<b>Figura 13</b>	Solución de Dificultades: Acciones Concretas
<b>Figura 14</b>	Aportaciones y Beneficios del PACPA
<b>Figura 15</b>	Influencia del PACPA en la Situación de los Cuidados Paliativos
<b>Figura 16</b>	Satisfacción con el ejercicio de su Profesión
<b>Figura 17</b>	Valoración del Sistema Sanitario Público Andaluz
<b>Figura 18</b>	Cruce de resultados de Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía y satisfacción laboral con la Valoración de la situación actual de los Cuidados Paliativos
<b>Figura 19</b>	Cruces entre Prioridad y Dificultad de las Líneas de Acción del Plan
<b>Figura 20</b>	Cruces entre Prioridad y Dificultad de las Líneas de Acción del Plan en el entorno de Atención Primaria
<b>Figura 21</b>	Cruces entre Prioridad y Dificultad de las Líneas de Acción del Plan en el ámbito hospitalario
<b>Figura 22</b>	Cruces entre Prioridad y Dificultad de las Líneas de Acción del Plan desde Profesionales de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos

## anexo 5\_resultados según variables de estratificación

A continuación se muestran los resultados estadísticos descriptivos obtenidos según sexo, años de experiencia en cuidados paliativos, tipo de centro sanitario, rol en el SSPA (profesionales o gestores/as) y perfil laboral. Se facilita igualmente un índice de tablas para su mejor localización.

### > Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b>	Percepción sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. Según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 2.</b>	Percepción sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. Según tipo de centro
<b>Tabla 3.</b>	Percepción sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. Según rol en el SSPA
<b>Tabla 4.</b>	Percepción sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. Según perfil laboral
<b>Tabla 5.</b>	Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva según sexo y años de experiencia.
<b>Tabla 6.</b>	Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva según tipo de centro
<b>Tabla 7.</b>	Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva según rol en el SSPA
<b>Tabla 8.</b>	Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva según perfil laboral
<b>Tabla 9.</b>	Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 10.</b>	Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa según tipo de centro
<b>Tabla 11.</b>	Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa rol en el SSPA
<b>Tabla 12.</b>	Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa según perfil laboral

<b>Tabla 13.</b>	Situación de los cuidados paliativos hoy Vs. Hace cinco años según sexo y años de experiencia.
<b>Tabla 14.</b>	Situación de los cuidados paliativos hoy Vs. Hace cinco años según tipo de centro.
<b>Tabla 15.</b>	Situación de los cuidados paliativos hoy Vs. Hace cinco años según rol en el SSPA
<b>Tabla 16.</b>	Situación de los cuidados paliativos hoy Vs. Hace cinco años según perfil laboral
<b>Tabla 17.</b>	Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 18.</b>	Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según tipo de centro
<b>Tabla 19.</b>	Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según rol en el SSPA
<b>Tabla 20.</b>	Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según perfil laboral
<b>Tabla 21.</b>	Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 22.</b>	Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según tipo de centro
<b>Tabla 23.</b>	Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según rol en el SSPA
<b>Tabla 24.</b>	Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según perfil laboral
<b>Tabla 25.</b>	Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras Informales según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 26.</b>	Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras Informales según tipo de centro
<b>Tabla 27.</b>	Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras Informales según rol en el SSPA
<b>Tabla 28.</b>	Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras Informales según perfil laboral
<b>Tabla 29.</b>	Nivel de Información Sobre los Contenidos del Plan según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 30.</b>	Nivel de Información Sobre los Contenidos del Plan según tipo de centro
<b>Tabla 31.</b>	Nivel de Información Sobre los Contenidos del Plan según rol en el SSPA
<b>Tabla 32.</b>	Nivel de Información Sobre los Contenidos del Plan según perfil laboral
<b>Tabla 33.</b>	Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 34.</b>	Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan según tipo de centro
<b>Tabla 35.</b>	Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan según rol en el SSPA
<b>Tabla 36.</b>	Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan según perfil laboral
<b>Tabla 37.</b>	Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del Plan según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 38.</b>	Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del Plan según tipo de centro
<b>Tabla 39.</b>	Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del Plan según rol en el SSPA
<b>Tabla 40.</b>	Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del Plan según perfil laboral
<b>Tabla 41.</b>	Dificultades de Aplicación del Plan según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 42.</b>	Dificultades de Aplicación del Plan según tipo de centro
<b>Tabla 43.</b>	Dificultades de Aplicación del Plan según rol en el SSPA
<b>Tabla 44.</b>	Dificultades de Aplicación del Plan según perfil laboral
<b>Tabla 45.</b>	Solución de Dificultades: Acciones Concretas según sexo y años de experiencia

<b>Tabla 46.</b>	Solución de Dificultades: Acciones Concretas según tipo de centro
<b>Tabla 47.</b>	Solución de Dificultades: Acciones Concretas según rol en el SSPA
<b>Tabla 48.</b>	Solución de Dificultades: Acciones Concretas según perfil laboral
<b>Tabla 49.</b>	Aportaciones y Beneficios del Plan según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 50.</b>	Aportaciones y Beneficios del Plan según tipo de centro
<b>Tabla 51.</b>	Aportaciones y Beneficios del Plan según rol en el SSPA
<b>Tabla 52.</b>	Aportaciones y Beneficios del Plan según perfil laboral
<b>Tabla 53.</b>	Influencia del Plan en la Situación de los CP según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 54.</b>	Influencia del Plan en la Situación de los CP según tipo de centro
<b>Tabla 55.</b>	Influencia del Plan en la Situación de los CP según rol en el SSPA
<b>Tabla 56.</b>	Influencia del Plan en la Situación de los CP según perfil laboral
<b>Tabla 57.</b>	Satisfacción con el Ejercicio de su Profesión según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 58.</b>	Satisfacción con el Ejercicio de su Profesión según tipo de centro
<b>Tabla 59.</b>	Satisfacción con el Ejercicio de su Profesión según rol en el SSPA
<b>Tabla 60.</b>	Satisfacción con el Ejercicio de su Profesión según perfil laboral
<b>Tabla 61.</b>	Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía según sexo y años de experiencia
<b>Tabla 62.</b>	Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía según tipo de centro
<b>Tabla 63.</b>	Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía según rol en el SSPA
<b>Tabla 64.</b>	Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía según perfil laboral

**TABLA 1** \_ Percepción sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. Según sexo y años de experiencia

%	TOTAL	Hombre	Mujer	<3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Muy buena (5)	9,9	6,5	13,8	13,7	8,9	7,0	10,4
Buena (4)	63,0	65,9	59,7	67,0	61,9	59,8	63,6
Regular (3)	11,6	10,6	12,8	12,2	14,6	11,4	10,8
Mala (2)	14,5	15,9	13,0	5,2	11,7	20,9	14,9
Muy mala (1)	0,7	1,0	0,4		2,8	0,8	0,3
NS/NC	0,2	0,0	0,4	1,8			
<b>MUY BUENA+BUENA (5+4)</b>	<b>72,9</b>	<b>72,4</b>	<b>73,5</b>	<b>80,8</b>	<b>70,8</b>	<b>66,8</b>	<b>74,0</b>
<b>MALA+MUY MALA (2+1)</b>	<b>15,3</b>	<b>17,0</b>	<b>13,3</b>	<b>5,2</b>	<b>14,6</b>	<b>21,8</b>	<b>15,3</b>
Media	3,67	3,61	3,74	3,91	3,62	3,51	3,69

**TABLA 2** \_ Percepción sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. Según tipo de centro

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Muy buena (5)	9,9	10,9	9,6	4,3
Buena (4)	63,0	49,7	69,2	54,6
Regular (3)	11,6	17,0	9,4	6,3
Mala (2)	14,5	21,1	11,3	25,1
Muy mala (1)	0,7	1,1	0,6	
NS/NC	0,2	0,1		9,7
<b>MUY BUENA+BUENA (5+4)</b>	<b>72,9</b>	<b>60,6</b>	<b>78,7</b>	<b>58,9</b>
<b>MALA+MUY MALA (2+1)</b>	<b>15,3</b>	<b>22,3</b>	<b>11,9</b>	<b>25,1</b>
Media	3,67	3,48	3,76	3,42

**TABLA 3** Percepción sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. Según rol en el SSPA

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Muy buena (5)	9,9	9,8	10,4
Buena (4)	63,0	62,9	63,8
Regular (3)	11,6	11,7	10,8
Mala (2)	14,5	14,7	13,1
Muy mala (1)	0,7	0,8	
NS/NC	0,2		1,9
MUY BUENA+BUENA (5+4)	72,9	72,7	74,3
MALA+MUY MALA (2+1)	15,3	15,6	13,1
<b>Media</b>	<b>3,67</b>	<b>3,66</b>	<b>3,73</b>

**TABLA 4** Percepción sobre la situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía. Según perfil laboral

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores AP
Muy buena (5)	9,9	1,6	13,0	10,9	17,4	5,1	9,2	10,5
Buena (4)	63,0	65,6	60,9	69,1	37,0	59,0	69,8	65,7
Regular (3)	11,6	17,2	17,4	9,1	17,4	7,7	9,0	11,4
Mala (2)	14,5	12,5	8,7	10,9	28,3	25,6	11,2	12,4
Muy mala (1)	0,7	3,1					0,7	
NS/NC	0,2					2,6		
<b>MUY BUENA+BUENA (5+4)</b>	<b>72,9</b>	<b>67,2</b>	<b>73,9</b>	<b>80,0</b>	<b>54,3</b>	<b>64,1</b>	<b>79,1</b>	<b>76,2</b>
<b>MALA+MUY MALA (2+1)</b>	<b>15,3</b>	<b>15,6</b>	<b>8,7</b>	<b>10,9</b>	<b>28,3</b>	<b>25,6</b>	<b>11,9</b>	<b>12,4</b>
<b>Media</b>	<b>3,67</b>	<b>3,50</b>	<b>3,78</b>	<b>3,8</b>	<b>3,43</b>	<b>3,45</b>	<b>3,76</b>	<b>3,74</b>

**TABLA 5** Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva según sexo y años de experiencia

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Mejor atención/trato	46,5	50,5	42,0	58,9	41,8	47,3	44,1
Buena coordinación/organización	16,5	10,6	23,1	24,6	14,1	20,6	13,5
Creación de unidades de CP	13,4	15,0	11,6	15,2	24,8	9,6	11,5
Mejor atención domiciliaria	13,1	12,3	13,9	15,4	10,9	14,7	12,4
Buen equipo de profesionales	10,8	7,5	14,5	12,9	1,9	15,8	10,7
Mayor implicación/motivación	9,8	8,6	11,3	10,6	3,4	11,7	10,6
Buenos servicios/buen funcionam.	8,9	7,7	10,3	3,7	2,1	14,0	10,2
Aumento de los recursos	6,0	7,6	4,2	1,2		4,8	9,2
Formación del personal	5,9	3,7	8,5	4,1	7,8	6,7	5,7
Creación de Planes/programas	4,7	6,1	3,1	2,2	4,0	3,0	6,1
Otros	3,8	4,1	3,5	0,2	6,6	4,1	4,0
Ns / Nc	1,0	1,9	0,1	0,3	4,0		0,9
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,41</b>	<b>1,36</b>	<b>1,46</b>	<b>1,49</b>	<b>1,22</b>	<b>1,52</b>	<b>1,39</b>

**TABLA 6** Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva según tipo de centro

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
<i>Base: Buena o Muy Buena en P1</i>				
Mejor atención/trato	46,5	49,9	45,4	42,7
Buena coordinación/organización	16,5	12,3	18,1	10,7
Creación de unidades de CP	13,4	21,3	11,0	
Mejor atención domiciliaria	13,1	15,7	11,8	32,0
Buen equipo de profesionales	10,8	6,4	12,5	
Mayor implicación/motivación	9,8	11,3	9,4	7,3
Buenos servicios/buen funcionamiento	8,9	5,2	10,2	10,7
Aumento de los recursos	6,0	5,3	6,1	10,7
Formación del personal	5,9	6,8	5,5	10,7
Creación de Planes/programas	4,7	1,4	5,8	7,3
Otros	3,8	5,6	3,3	
Ns / Nc	1,0	0,2	1,4	
<b>Media</b>	<b>1,41</b>	<b>1,41</b>	<b>1,41</b>	<b>1,32</b>

**TABLA 7\_ Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
<i>Base: Buena o Muy Buena en P1</i>			
Mejor atención/trato	46,5	46,8	44,3
Buena coordinación/organización	16,5	16,9	13,3
Creación de unidades de CP	13,4	14,9	2,2
Mejor atención domiciliaria	13,1	13,4	10,8
Buen equipo de profesionales	10,8	10,6	12,2
Mayor implicación/motivación	9,8	9,8	10,1
Buenos servicios/buen funcionamiento	8,9	8,1	15,4
Aumento de los recursos	6,0	6,5	2,5
Formación del personal	5,9	6,4	2,8
Creación de Planes/programas	4,7	4,4	7,2
Otros	3,8	3,2	8,8
Ns / Nc	1,0	1,2	
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,41</b>	<b>1,42</b>	<b>1,30</b>

**TABLA 8\_ Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Positiva según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
<i>Base: Buena o Muy Buena</i>								
Mejor atención/trato	46,5	44,2	49,0	52,3	56,0	32,0	44,6	46,2
Buena coordinación / organización	16,5	18,6	5,9	18,2	8,0	12,0	18,9	13,7
Creación de unidades de CP	13,4	23,3	3,9	11,4	24,0		12,6	2,5
Mejor atención domiciliaria	13,1	18,6	2,0	11,4	16,0	8,0	11,9	11,3
Buen equipo de profesionales	10,8	7,0	15,7	11,4	4,0	12,0	12,6	12,5
Mayor implicación / motivación	9,8	11,6	9,8	11,4	12,0		9,1	10,0
Buenos servicios/buen funcionamiento	8,9	4,7	7,8	20,5	4,0	24,0	8,1	15,1
Aumento de los recursos	6,0	11,6	5,9	4,5		4,0	7,0	2,5
Formación del personal	5,9		9,8	2,3	12,0	8,0	6,5	2,5
Creación de Planes/ programas	4,7		7,8	2,3		24,0	6,3	5,0
Otros	3,8	7,0	5,9		4,0	12,0	2,6	8,7
Ns / Nc	1,0		2,0				1,8	
<b>Media</b>	<b>1,41</b>	<b>1,47</b>	<b>1,26</b>	<b>1,45</b>	<b>1,40</b>	<b>1,36</b>	<b>1,43</b>	<b>1,30</b>



**TABLA 9\_ Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
<i>Base: Regular, Mala o Muy Mala en P1</i>							
Falta de medios	26,7	28,7	24,3	20,5	39,3	30,9	22,0
Falta de personal	22,6	13,2	33,9	21,4	27,5	24,7	20,2
Falta de formación/información	20,0	21,7	18,0	22,9	24,6	25,8	15,3
Poca cobertura/asistencia rural	14,0	16,0	11,7	17,1	17,5	17,5	10,8
Falta de organización	12,5	11,2	14,0			5,8	21,5
Falta de tiempo	10,5	6,7	15,1		22,4	2,5	12,8
Faltan centros/unidades de CP	10,4	12,5	8,0	1,1	17,8	4,9	12,6
Otros	7,7	7,9	7,4	18,3	2,4	6,8	8,0
Media de Menciones	1,2	1,2	1,3	1,0	1,5	1,2	1,2

**TABLA 10\_ Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa según tipo de centro**

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
<i>Base: Regular, Mala o Muy Mala en P1</i>				
Falta de medios	26,7	35,4	18,2	60,0
Falta de personal	22,6	23,0	22,4	20,0
Falta de formación/información	20,0	10,2	28,0	20,0
Poca cobertura/poca asistencia en medio rural	14,0	18,3	11,2	
Falta de organización	12,5	12,3	13,2	
Falta de tiempo	10,5	11,8	9,9	
Faltan centros/unidades de CP	10,4	9,7	11,5	
Otros	7,7	3,6	9,6	40,0
Media	1,24	1,24	1,24	1,40

**TABLA 11\_ Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
<i>Base: Regular, Mala o Muy Mala en P1</i>			
Falta de medios	26,7	27,2	22,8
Falta de personal	22,6	24,7	4,3
Falta de formación/información	20,0	19,6	23,9
Poca cobertura/poca asistencia en medio rural	14,0	14,8	7,2
Falta de organización	12,5	12,2	15,2
Falta de tiempo	10,5	10,5	10,7
Faltan centros/unidades de CP	10,4	9,5	18,5
Otros	7,7	6,8	15,2
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>

**TABLA 12\_ Situación actual de los cuidados paliativos en Andalucía: Razones de Calificación Negativa según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
<i>Base: Regular, Mala o Muy Mala</i>								
Falta de medios	26,7	38,1	38,9	27,3	33,3	46,2	17,0	19,9
Falta de personal	22,6	9,5	27,8		28,6	38,5	29,7	
Falta de formación/información	20,0	9,5	16,7	45,5	9,5	23,1	27,2	24,0
Poca cobertura/poca asistencia en medio rural	14,0	9,5	11,1		23,8		13,1	8,0
Falta de organización	12,5	9,5	5,6		14,3	7,7	13,8	16,1
Falta de tiempo	10,5	9,5		9,1	14,3		9,5	12,0
Faltan centros/unidades de CP	10,4	28,6	16,7	9,1		7,7	9,9	19,9
Otros	7,7	9,5	11,1	27,3		7,7	6,3	16,1
<b>Media</b>	<b>1,24</b>	<b>1,24</b>	<b>1,28</b>	<b>1,18</b>	<b>1,24</b>	<b>1,31</b>	<b>1,26</b>	<b>1,16</b>

**TABLA 13\_ Situación de los cuidados paliativos hoy Vs. Hace cinco años según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Mucho mejor (5)	24,4	24,0	24,9	36,2	19,2	16,9	26,0
Mejor (4)	67,3	68,7	65,6	55,4	75,1	66,8	68,3
Igual (3)	5,5	5,4	5,7	5,1	1,1	12,9	3,8
Peor (2)	1,2	1,5	0,8		0,7	2,0	1,3
Mucho peor (1)	0,4		0,8				0,7
NS/NC	1,2	0,3	2,3	3,3	3,8	1,4	
<b>MEJOR (5+4)</b>	<b>91,7</b>	<b>92,8</b>	<b>90,5</b>	<b>91,5</b>	<b>94,4</b>	<b>83,7</b>	<b>94,2</b>
<b>PEOR (2+1)</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>		<b>0,7</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>
Media	4,16	4,16	4,16	4,32	4,17	4,00	4,18

**TABLA 14\_ Situación de los cuidados paliativos hoy Vs. Hace cinco años según tipo de centro**

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Mucho mejor (5)	24,4	22,0	26,0	6,3
Mejor (4)	67,3	65,8	67,7	74,9
Igual (3)	5,5	7,7	4,3	12,6
Peor (2)	1,2	2,0	0,9	
Mucho peor (1)	0,4	1,2		
NS/NC	1,2	1,2	1,1	6,3
<b>MEJOR (5+4)</b>	<b>91,7</b>	<b>87,9</b>	<b>93,7</b>	<b>81,2</b>
<b>PEOR (2+1)</b>	<b>1,5</b>	<b>3,2</b>	<b>0,9</b>	
Media	4,16	4,07	4,20	3,93

**TABLA 15\_ Situación de los cuidados paliativos hoy Vs. Hace cinco años según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Mucho mejor (5)	24,4	24,3	25,5
Mejor (4)	67,3	67,8	63,5
Igual (3)	5,5	4,8	11,0
Peor (2)	1,2	1,3	
Mucho peor (1)	0,4	0,4	
NS/NC	1,2	1,4	
<b>MEJOR (5+4)</b>	<b>91,7</b>	<b>92,1</b>	<b>89,0</b>
<b>PEOR (2+1)</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	
Media	4,16	4,16	4,15

**TABLA 16\_ Situación de los cuidados paliativos hoy Vs. Hace cinco años según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
<i>Base: Total</i>								
Mucho mejor (5)	24,4	18,8	24,6	34,5	23,9	23,1	25,0	26,6
Mejor (4)	67,3	64,1	62,3	56,4	67,4	66,7	70,0	62,0
Igual (3)	5,5	9,4	7,2	5,5	6,5	10,3	2,8	11,4
Peor (2)	1,2	4,7	4,3	3,6			0,7	
Mucho peor (1)	0,4				2,2			
NS/NC	1,2	3,1	1,4				1,4	
<b>MEJOR (5+4)</b>	<b>91,7</b>	<b>82,8</b>	<b>87,0</b>	<b>90,9</b>	<b>91,3</b>	<b>89,7</b>	<b>95,0</b>	<b>88,6</b>
<b>PEOR (2+1)</b>	<b>1,5</b>	<b>4,7</b>	<b>4,3</b>	<b>3,6</b>	<b>2,2</b>		<b>0,7</b>	
Media	4,16	4,00	4,09	4,22	4,11	4,13	4,21	4,15

**TABLA 17\_ Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según sexo y años de experiencia**

% TOTAL MENCIONES	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Creación de unidades de CP	21,6	18,3	25,4	22,2	19,2	18,9	23,1
Coordinación entre profesionales de CP	15,7	13,3	18,3	30,8	9,9	10,4	15,7
Accesibilidad del paciente	15,4	14,1	17,0	11,6	23,8	25,1	10,3
Actitud positiva/convicción de los profesionales	13,5	12,8	14,2	11,7	20,7	4,1	15,8
Formación de los profesionales	10,1	12,7	7,1	8,9	6,6	10,9	11,0
Mejora de la atención	9,7	10,5	8,7	11,7	11,5	7,1	9,7
Apoyo a desarrollo de CP desde la Admón Pública	8,0	7,3	8,9	4,8	7,8	6,7	9,4
Disponibilidad de medios	6,9	8,1	5,5	17,3	0,4	2,8	7,8
Atención domiciliaria	5,0	3,3	7,1	0,8	9,2	3,1	5,7
Acceso a tratamientos	5,0	7,0	2,7	1,6	0,2	7,2	6,2
Apoyo a los familiares	3,7	4,5	2,8	2,1	9,2	2,4	3,2
Herramientas para resolver incidencias CP	3,0	4,5	1,3	2,8		3,4	3,8
Desarrollo de un programa de CP de calidad	2,8	2,8	2,8		2,6	3,5	3,2
Existencia de un equipo técnico central en el SAS	2,7	2,5	3,0		5,6	3,3	2,4
Actitud positiva/convicción de equipos directivos	2,1	2,8	1,3	3,5	1,5	1,6	2,1
Definición clara de las funciones de su centro	1,0	0,4	1,7			4,5	0,0
Estabilidad profesional de los equipos de CP	0,7	0,9	0,5		3,6		0,4
Definición clara funciones de profesionales	0,6	1,0	0,2			1,4	0,7
Otros	5,3	7,7	2,6	3,6	7,8	4,7	5,3
Ninguna	10,0	9,1	11,0	3,4	11,3	13,8	9,7
NS/NC	4,4	3,2	5,8	6,3	3,4	5,3	3,9
Media de Menciones	1,55	1,53	1,58	1,48	1,64	1,50	1,57

**TABLA 18\_ Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según tipo de centro**

% TOTAL MENCIONES	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Creación de unidades de CP	21,6	22,7	21,4	12,6
Coordinación entre profesionales de CP	15,7	12,1	17,2	16,9
Accesibilidad del paciente	15,4	10,4	18,1	
Actitud positiva/convicción de los profesionales	13,5	17,2	11,8	12,6
Formación de los profesionales	10,1	6,7	11,9	
Mejora de la atención	9,7	10,0	9,6	6,3
Apoyo al desarrollo de los CP desde la Admón Pública	8,0	6,2	8,8	10,6
Disponibilidad de medios	6,9	8,1	6,5	4,3
Atención domiciliaria	5,0	4,3	5,1	12,6
Acceso a tratamientos	5,0	4,8	5,2	
Apoyo a los familiares	3,7	5,1	3,2	
Existencia de herramientas para resolver incidencias en CP	3,0	3,8	2,6	6,3
Desarrollo de un programa de CP de calidad	2,8	2,5	2,7	10,6
Existencia de un equipo técnico central en el SAS	2,7	1,6	3,1	6,3
Actitud positiva/convicción de los equipos directivos	2,1	3,3	1,6	
Definición clara de las funciones de su centro	1,0	0,7	1,1	
Estabilidad profesional de los equipos de CP	0,7	0,2	0,8	6,3
Definición clara de las funciones de los profesionales	0,6	0,7	0,7	
Otros	5,3	6,6	4,9	
Ninguna	10,0	12,9	8,4	18,8
NS/NC	4,4	5,8	3,5	14,0
<b>Media</b>	<b>1,55</b>	<b>1,56</b>	<b>1,55</b>	<b>1,57</b>

**TABLA 19\_ Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según rol en el SSPA**

<b>% TOTAL DE MENCIONES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Profesionales</b>	<b>Gestores/as</b>
Creación de unidades de CP	21,6	22,2	17,2
Coordinación entre profesionales de CP	15,7	15,2	19,3
Accesibilidad del paciente	15,4	15,2	17,3
Actitud positiva/convicción de los profesionales	13,5	13,4	14,1
Formación de los profesionales	10,1	9,2	16,9
Mejora de la atención	9,7	9,7	9,5
Apoyo al desarrollo de los CP desde la Administración Pública	8,0	8,6	3,7
Disponibilidad de medios	6,9	6,9	6,6
Atención domiciliaria	5,0	5,0	5,2
Acceso a tratamientos	5,0	4,6	7,9
Apoyo a los familiares	3,7	3,6	4,8
Existencia de herramientas para resolver incidencias en CP	3,0	2,7	5,5
Desarrollo de un programa de CP de calidad	2,8	1,9	9,2
Existencia de un equipo técnico central en el SAS	2,7	3,0	0,6
Actitud positiva/convicción de los equipos directivos	2,1	2,4	0,2
Definición clara de las funciones de su centro	1,0	1,1	0,2
Estabilidad profesional de los equipos de CP	0,7	0,8	0,2
Definición clara de las funciones de los profesionales	0,6	0,7	0,2
Otros	5,3	5,4	4,8
NINGUNA	10,0	10,7	4,4
NS/NC	4,4	4,5	3,5
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,55</b>	<b>1,55</b>	<b>1,56</b>

**TABLA 20\_ Fortalezas y facilidades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
Creación unidades de CP	21,6	20,3	7,2	14,5	26,1	25,6	22,9	17,1
Coordinación entre profesionales de CP	15,7	10,9	11,6	14,5	13,0	10,3	16,9	20,0
Accesibilidad del paciente	15,4	9,4	10,1	14,5	10,9	15,4	18,5	18,1
Actitud positiva/convicción de los profesionales	13,5	17,2	15,9	9,1	17,4	17,9	11,6	14,3
Formación de los profesionales	10,1	3,1	8,7	12,7	8,7	10,3	10,6	18,1
Mejora de la atención	9,7	10,9	14,5	12,7	8,7	12,8	9,3	9,5
Apoyo al desarrollo de los CP desde la Admón Pública	8,0	10,9	13,0	9,1	2,2	5,1	9,9	2,9
Disponibilidad de medios	6,9	1,6	2,9	7,3	13,0	10,3	6,5	5,7
Atención domiciliaria	5,0	4,7	2,9	5,5	4,3	2,6	5,0	5,7
Acceso a tratamientos	5,0	3,1	1,4	10,9	6,5	2,6	4,0	8,6
Apoyo a los familiares	3,7	1,6	11,6	3,6	6,5	7,7	2,9	4,7
Existencia de herramientas para resolver incidencias en CP	3,0	3,1	2,9	1,8	4,3	5,1	2,1	5,7
Desarrollo de un programa de CP de calidad	2,8	4,7	7,2	3,6		10,3	1,4	8,6
Existencia de un equipo técnico central en el SAS	2,7	3,1	2,9	3,6		7,7	3,7	
Actitud positiva/convicción de los equipos directivos	2,1	1,6	4,3		4,3	2,6	2,1	
Definición clara de las funciones de su centro	1,0	1,6				2,6	1,5	
Estabilidad profesional de los equipos de CP	0,7		1,4	3,6		2,6	0,7	
Definición clara de las funciones de los profesionales	0,6	1,6		1,8		2,6	0,7	
Otros	5,3	12,5	8,7	3,6	2,2	7,7	5,1	4,7
NINGUNA	10,0	17,2	10,1	10,9	10,9	2,6	8,9	4,8
NS/NC	4,4	4,7	7,2		6,5	2,6	4,4	0,9
Media	1,55	1,56	1,54	1,49	1,55	1,70	1,56	1,53



**TABLA 21\_ Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según sexo y años de experiencia**

% TOTAL MENCIONES	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
<i>Base: Profesional o Gestor 1 año o más exp.</i>							
Falta de formación de los profesionales	19,2	18,6	19,9	25,5	21,0	15,1	18,9
Pocos profesionales/personal sanitario	19,1	16,8	21,8	19,1	16,9	19,1	19,7
Falta organización/coordinación de profesionales	17,6	19,3	15,6	7,5	15,3	16,8	20,7
Lentitud en la gestión de los casos	15,9	15,8	16,1	11,4	17,6	15,1	16,8
Falta de recursos materiales	15,6	14,5	16,7	12,9	15,6	21,4	13,8
Desconocimiento/falta de información sobre CP	9,0	6,4	12,0	5,8	16,5	8,9	7,9
Deficiencias en acceso al tratamiento	6,8	9,1	4,3	8,3	4,8	7,2	6,9
Falta de centros/hospitales específicos	6,1	6,7	5,5	4,3	4,1	10,1	5,5
Soporte domiciliario	5,6	8,1	2,7	4,5	0,4	5,1	7,4
Dificultades en la atención	4,9	5,7	4,0	4,1	3,4	8,9	3,9
Sobrecarga laboral	3,8	5,0	2,4	3,2	3,1	4,9	3,7
Falta de psicólogos/apoyo psicológico	3,5	3,0	4,0	6,3	1,5	1,6	4,2
Falta de formación de personas cuidadoras informales	3,4	4,1	2,5	6,3	2,8	2,1	3,3
Falta de camas/de habitaciones	3,2	2,8	3,7		5,3	3,8	3,2
Desigualdades distribución recursos rural y urbano	2,8	2,9	2,6	1,1	3,6	0,1	3,9
Continuidad/seguimiento de pacientes	2,4	1,5	3,5		7,6	4,5	0,8
Falta de recursos económicos	1,9	1,7	2,1	0,8	5,6	1,1	1,5
Barreras culturales profesionales y pacientes/fam	0,4		0,9			1,4	0,2
Pocos voluntarios	0,2		0,4				0,3
Otros	2,9	3,0	2,8	3,0	6,2	0,1	3,2
Actualmente no tiene vinculación con CP	0,3	0,6		1,5		0,8	
Ninguna	12,7	9,9	15,8	16,8	11,2	9,0	13,6
NS/NC	3,5	4,1	2,7	0,2	10,4	1,8	3,0
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,73</b>	<b>1,70</b>	<b>1,76</b>	<b>1,52</b>	<b>1,93</b>	<b>1,67</b>	<b>1,75</b>

**TABLA 22\_ Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según tipo de centro**

% TOTAL MENCIONES (1/2)	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
<i>Base: Profo Gestor con 1 año o más de experiencia</i>				
Falta de formación de los profesionales	19,2	16,1	20,2	32,6
Pocos profesionales/personal sanitario	19,1	26,9	16,0	7,0
Falta de organización/coordinación de profesionales	17,6	19,6	16,4	25,6
Lentitud en la gestión de los casos	15,9	12,1	17,7	13,9
Falta de recursos materiales	15,6	13,6	16,2	25,6
Desconocimiento/falta de información sobre los CP	9,0	8,9	8,4	32,6
Deficiencias en acceso al tratamiento	6,8	2,6	8,7	7,0
Falta de centros/hospitales específicos	6,1	12,1	3,7	
Soporte domiciliario	5,6	7,3	4,8	7,0
Dificultades en la atención	4,9	5,6	4,2	18,7
Sobrecarga laboral	3,8	3,8	3,7	7,0
Falta de psicólogos/apoyo psicológico	3,5	5,9	2,5	
Falta de formación de personas cuidadoras informales	3,4	1,4	4,1	7,0
Falta de camas/de habitaciones	3,2	7,5	1,4	
Desigualdades distribución de recursos en ámbitos rural y urbano	2,8	1,6	3,3	
Continuidad/seguimiento de pacientes	2,4	2,7	2,4	
Falta de recursos económicos	1,9	2,0	1,9	
Barreras culturales entre profesionales y pacientes/familiares	0,4	0,7	0,3	
Pocos voluntarios	0,2	0,6		
Otros	2,9	4,5	2,3	
Actualmente no tiene vinculación con cuidados paliativos	0,3	1,2		
Ninguna	12,7	8,1	15,0	
NS/NC	3,5	5,4	2,4	11,7
Media	1,73	1,82	1,68	2,08

**TABLA 23\_ Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
<i>Base: Profesional o Gestor con 1 año o más de experiencia</i>			
Falta de formación de los profesionales	19,2	18,4	25,9
Pocos profesionales/personal sanitario	19,1	18,7	22,9
Falta de organización/coordinación de profesionales	17,6	18,5	9,9
Lentitud en la gestión de los casos	15,9	16,8	9,3
Falta de recursos materiales	15,6	16,3	9,8
Desconocimiento/falta de información sobre los CP	9,0	9,3	6,7
Deficiencias en acceso al tratamiento	6,8	6,6	8,9
Falta de centros/hospitales específicos	6,1	6,0	7,0
Soporte domiciliario	5,6	5,8	4,0
Dificultades en la atención	4,9	5,1	3,8
Sobrecarga laboral	3,8	3,8	3,7
Falta de psicólogos/apoyo psicológico	3,5	3,7	1,8
Falta de formación de personas cuidadoras informales	3,4	3,6	1,1
Falta de camas/de habitaciones	3,2	3,5	1,1
Desigualdades en la distribución de recursos en ámbitos rural y urbano	2,8	2,5	5,0
Continuidad/seguimiento de pacientes	2,4	2,7	
Falta de recursos económicos	1,9	1,9	2,0
Barreras culturales entre profesionales y pacientes/familiares	0,4	0,3	0,9
Pocos voluntarios	0,2	0,2	
Otros	2,9	2,6	5,9
Actualmente no tiene vinculación con cuidados paliativos	0,3	0,4	
NINGUNA	12,7	11,9	18,7
NS/NC	3,5	3,4	3,5
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,73</b>	<b>1,73</b>	<b>1,67</b>

**TABLA 24\_ Carencias o Dificultades en el ejercicio de los Cuidados Paliativos según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
<i>Base: Profesional o Gestor 1 año o más de experiencia</i>								
Falta de formación de los profesionales	19,2	10,9	20,3	20,0	19,6	6,9	18,9	26,8
Pocos profesionales/personal sanitario	19,1	20,3	33,3	18,2	30,4	31,0	14,5	22,8
Falta de organización/coordinación profesionales	17,6	28,1	23,2	9,1	13,0	27,6	18,8	7,9
Lentitud en la gestión de los casos	15,9	7,8	13,0	16,4	15,2	3,4	19,3	9,9
Falta de recursos materiales	15,6	10,9	27,5	14,5	13,0	27,6	17,9	7,9
Desconocimiento/falta de información sobre los CP	9,0	12,5	8,7	18,2	6,5	6,9	7,9	5,9
Deficiencias en acceso al tratamiento	6,8	3,1		7,3	2,2	10,3	8,8	8,9
Falta de centros/hospitales específicos	6,1	14,1	11,6	5,5	10,9	10,3	2,9	6,9
Soporte domiciliario	5,6	7,8	5,8		6,5	20,7	5,7	3,0
Dificultades en la atención	4,9	1,6	2,9	5,5	8,7	3,4	4,4	3,0
Sobrecarga laboral	3,8	6,3	4,3		2,2		4,1	4,0
Falta de psicólogos/apoyo psicológico	3,5	7,8	10,1	7,3	4,3		2,1	2,0
Falta de formación de personas cuidadoras informales	3,4		2,9		2,2	3,4	5,1	1,0
Falta de camas/de habitaciones	3,2	6,3	5,8	1,8	8,7	3,4	1,5	1,0
Desigualdades distribución recursos ámbitos rural urbano	2,8	3,1	4,3	5,5		6,9	2,8	5,0
Continuidad/seguimiento de pacientes	2,4	3,1	5,8	1,8	2,2		2,9	
Falta de recursos económicos	1,9	1,6	2,9	5,5	2,2	3,4	1,5	2,0
Barreras culturales entre profesionales y pacientes/familiares	0,4	1,6	1,4	1,8				1,0
Pocos voluntarios	0,2	1,6						
Otros	2,9	7,8	4,3	3,6	2,2	6,9	1,5	5,9
Actualmente no tiene vinculación con CP	0,3	3,1						
NINGUNA	12,7	6,3	14,5	21,8	8,7	6,9	13,4	19,8
NS/NC	3,5	4,7	1,4	3,6	6,5		2,1	3,0
<b>Media</b>	<b>1,73</b>	<b>1,82</b>	<b>2,24</b>	<b>1,90</b>	<b>1,77</b>	<b>1,85</b>	<b>1,67</b>	<b>1,62</b>

**TABLA 25\_ Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras Informales según sexo y años de experiencia**

%TOTAL MENCIONES	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Falta de formación de personas cuidadoras informales	41,8	43,4	39,9	40,7	42,5	36,1	44,0
Desconocimiento/falta información sobre CP	27,1	27,9	26,3	26,4	24,5	30,7	26,6
Falta de psicólogos/apoyo psicológico	26,6	22,9	30,8	16,3	34,1	17,2	30,8
Sobrecarga de trabajo/agotamiento	15,1	16,0	14,2	15,6	21,0	12,1	14,7
Falta de tiempo	8,8	8,1	9,7	5,1	11,7	9,3	8,8
Falta de recursos materiales	6,2	5,3	7,2	4,8	8,4	6,4	5,9
Falta de formación de profesionales	4,7	4,9	4,4	6,1	9,5	4,0	3,4
Falta de recursos económicos	3,6	4,8	2,3	2,0	3,5	2,3	4,6
Falta de apoyo sanitario	3,6	2,4	4,9	0,4	2,8	9,3	2,2
Pocos profesionales/personal sanitario	3,0	1,5	4,8	0,6	7,9	1,4	3,0
Dificultad de acceso	2,1	1,6	2,8	3,3	1,9	2,2	1,9
Barreras culturales profesionales y pacientes/fam	2,1	1,7	2,6		2,7	3,6	1,8
Falta organización/coordiación de profesionales	1,6	1,5	1,7			0,6	2,7
Falta de centros/hospitales específicos	1,4	2,2	0,5	0,8	1,5	4,4	0,3
Pocos voluntarios	1,2	0,3	2,3	2,8	2,6	1,0	0,7
Lentitud en la gestión de los casos	0,9	0,3	1,6	1,4	2,5	1,9	
Desigualdades distribución recursos rural y urbano	0,2	0,2	0,1	1,0			0,1
Otros	4,1	4,1	4,1	6,4	3,0	1,7	4,9
Ninguna	4,6	3,5	5,9	11,4	0,4	3,6	4,6
NS/NC	4,8	5,2	4,4	7,9	2,2	6,0	4,3
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,70</b>	<b>1,63</b>	<b>1,79</b>	<b>1,66</b>	<b>1,85</b>	<b>1,59</b>	<b>1,72</b>

**Tabla 26\_ Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras Informales según tipo de centro**

% TOTAL MENCIONES	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Falta de formación de personas cuidadoras informales	41,8	38,6	42,8	54,6
Desconocimiento/falta de información sobre los CP	27,1	26,6	26,7	48,3
Falta de psicólogos/apoyo psicológico	26,6	23,7	28,3	10,6
Sobrecarga de trabajo/agotamiento	15,1	18,7	13,5	18,8
Falta de tiempo	8,8	8,7	9,0	6,3
Falta de recursos materiales	6,2	6,9	5,5	18,8
Falta de formación de profesionales	4,7	3,7	4,9	12,6
Falta de recursos económicos	3,6	6,9	2,3	
Falta de apoyo sanitario	3,6	4,4	3,1	6,3
Pocos profesionales/personal sanitario	3,0	1,0	3,8	6,3
Dificultad de acceso	2,1	1,2	2,4	6,3
Barreras culturales entre profesionales y pacientes/familiares	2,1	0,3	3,0	
Falta de organización/coordiación de profesionales	1,6	2,1	1,0	12,6
Falta de centros/hospitales específicos	1,4	2,2	1,1	
Pocos voluntarios	1,2	4,1		
Lentitud en la gestión de los casos	0,9	1,9	0,5	
Desigualdades en distribución recursos ámbitos rural y urbano	0,2	0,2	0,1	
Otros	4,1	2,0	5,2	
Ninguna	4,6	4,7	4,8	
NS/NC	4,8	9,4	2,7	9,7
<b>Media</b>	<b>1,70</b>	<b>1,78</b>	<b>1,65</b>	<b>2,23</b>

**Tabla 27\_ Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras Informales según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Falta de formación de personas cuidadoras informales	41,8	39,7	57,4
Desconocimiento/falta de información sobre los CP	27,1	27,6	23,8
Falta de psicólogos/apoyo psicológico	26,6	27,4	20,4
Sobrecarga de trabajo/agotamiento	15,1	14,9	16,9
Falta de tiempo	8,8	9,1	6,7
Falta de recursos materiales	6,2	5,9	8,7
Falta de formación de profesionales	4,7	4,6	5,5
Falta de recursos económicos	3,6	3,4	5,7
Falta de apoyo sanitario	3,6	3,3	5,3
Pocos profesionales/personal sanitario	3,0	3,1	2,7
Dificultad de acceso	2,1	1,9	4,0
Barreras culturales entre profesionales y pacientes/familiares	2,1	2,4	
Falta de organización/coordiación de profesionales	1,6	1,4	3,1
Falta de centros/hospitales específicos	1,4	1,5	0,8
Pocos voluntarios	1,2	1,4	
Lentitud en la gestión de los casos	0,9	1,0	
Desigualdades distribución recursos ámbitos rural y urbano	0,2	0,1	0,8
Otros	4,1	4,6	0,4
NINGUNA	4,6	4,7	4,2
NS/NC	4,8	4,9	4,2
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,70</b>	<b>1,69</b>	<b>1,77</b>

**Tabla 28\_ Carencias o Dificultades entre Personas Cuidadoras Informales según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
Falta de formación de personas cuidadoras informales	41,8	42,2	26,1	49,1	37,0	51,3	38,8	59,2
Desconocimiento/falta de información sobre los CP	27,1	25,0	23,2	29,1	28,3	23,1	27,1	23,9
Falta de psicólogos/ apoyo psicológico	26,6	20,3	23,2	20,0	26,1	23,1	30,9	20,0
Sobrecarga de trabajo/ agotamiento	15,1	9,4	8,7	7,3	26,1	20,5	13,4	17,1
Falta de tiempo	8,8	6,3	4,3	16,4	10,9	10,3	8,7	6,7
Falta recursos materiales	6,2	6,3	11,6	10,9	6,5	12,8	4,3	8,6
Falta de formación profesionales	4,7	6,3	1,4	3,6	2,2	5,1	4,9	5,7
Falta recursos económicos	3,6	6,3	13,0	10,9	6,5	7,7	0,7	5,7
Falta de apoyo sanitario	3,6	1,6	4,3		6,5	2,6	2,9	5,7
Pocos profesionales/ personal sanitario	3,0	1,6	5,8	1,8		2,6	4,2	2,9
Dificultad de acceso	2,1	1,6	5,8	1,8		7,7	2,2	3,8
Barreras culturales entre profesionales y pacientes/ familiares	2,1		4,3	3,6			3,5	
Falta de organización/ coordinación de profesionales	1,6	1,6	1,4		2,2	7,7	0,7	2,9
Falta de centros/ hospitales específicos	1,4	4,7	2,9			10,3	1,4	
Pocos voluntarios	1,2	4,7	1,4		4,3			
Lentitud en gestión casos	0,9	1,6	2,9		2,2		0,7	
Desigualdades distribución recursos ámbitos rural urbano	0,2		2,9					0,9
Otros	4,1	1,6	1,4	1,8	2,2	5,1	6,6	
NINGUNA	4,6	4,7	10,1	3,6	4,3		4,9	4,7
NS/NC	4,8	14,1	5,8	1,8	6,5	10,3	2,9	1,9
<b>Media</b>	<b>1,70</b>	<b>1,73</b>	<b>1,72</b>	<b>1,65</b>	<b>1,80</b>	<b>2,11</b>	<b>1,64</b>	<b>1,75</b>



**Tabla 29\_ Nivel de Información sobre los Contenidos del Plan según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Muy informado (4)	7,9	8,6	7,2	6,3	1,0	6,5	10,7
Bastante informado (3)	45,0	44,2	46,0	27,2	45,0	51,5	46,7
Poco informado (2)	43,1	43,9	42,2	62,9	53,3	36,8	38,2
Nada informado (1)	3,9	3,3	4,6	3,5	0,7	5,2	4,3
<b>INFORMADO (4+3)</b>	<b>53,0</b>	<b>52,8</b>	<b>53,2</b>	<b>33,5</b>	<b>46,0</b>	<b>57,9</b>	<b>57,4</b>
<b>NO INFORMADO (2+1)</b>	<b>47,0</b>	<b>47,2</b>	<b>46,8</b>	<b>66,5</b>	<b>54,0</b>	<b>42,1</b>	<b>42,6</b>
Media	2,57	2,58	2,56	2,36	2,46	2,59	2,64

**Tabla 30\_ Nivel de Información sobre los Contenidos del Plan según tipo de centro**

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Muy informado (4)	7,9	5,9	8,9	4,3
Bastante informado (3)	45,0	43,1	46,7	18,8
Poco informado (2)	43,1	47,2	41,0	54,6
Nada informado (1)	3,9	3,8	3,4	22,3
<b>INFORMADO (4+3)</b>	<b>53,0</b>	<b>49,0</b>	<b>55,6</b>	<b>23,1</b>
<b>NO INFORMADO (2+1)</b>	<b>47,0</b>	<b>51,0</b>	<b>44,4</b>	<b>76,9</b>
Media	2,57	2,51	2,61	2,05

**Tabla 31\_ Nivel de Información sobre los Contenidos del Plan según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Muy informado (4)	7,9	7,4	12,3
Bastante informado (3)	45,0	44,9	46,3
Poco informado (2)	43,1	44,4	33,1
Nada informado (1)	3,9	3,3	8,3
<b>INFORMADO (4+3)</b>	<b>53,0</b>	<b>52,2</b>	<b>58,7</b>
<b>NO INFORMADO (2+1)</b>	<b>47,0</b>	<b>47,8</b>	<b>41,3</b>
Media	2,57	2,56	2,63

**Tabla 32\_ Nivel de Información sobre los Contenidos del Plan según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
Muy informado (4)	7,9	6,3	29,0	9,1	2,2	17,9	8,4	11,4
Bastante informado (3)	45,0	39,1	46,4	47,3	45,7	41,0	46,2	48,5
Poco informado (2)	43,1	48,4	23,2	32,7	50,0	33,3	43,3	33,4
Nada informado (1)	3,9	6,3	1,4	10,9	2,2	7,7	2,0	6,7
<b>INFORMADO (4+3)</b>	<b>53,0</b>	<b>45,3</b>	<b>75,4</b>	<b>56,4</b>	<b>47,8</b>	<b>59,0</b>	<b>54,7</b>	<b>59,9</b>
<b>NO INFORMADO (2+1)</b>	<b>47,0</b>	<b>54,7</b>	<b>24,6</b>	<b>43,6</b>	<b>52,2</b>	<b>41,0</b>	<b>45,3</b>	<b>40,1</b>
Media	2,57	2,45	3,03	2,55	2,48	2,69	2,61	2,65

**Tabla 33\_ Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Coord. profesionales diferentes ámbitos y niveles	65,5	67,2	63,5	58,8	69,6	59,2	68,5
Formación de profesionales	58,7	59,7	57,6	70,4	63,7	53,2	56,8
Apoyo emocional y formativo a personas cuidadoras informales	45,2	44,2	46,3	41,2	52,2	44,7	44,4
Promoción particip. pacientes y fam. en toma decisiones	37,6	34,6	41,1	38,8	39,8	42,3	34,9
Equidad en el acceso a la atención y los recursos	32,0	38,4	24,7	30,0	29,3	30,1	34,0
Apoyo profesionales cuidadores (desgaste prof)	27,0	22,1	32,6	24,6	21,3	31,4	27,3
Promover información ciudadana y voluntariado	12,8	12,1	13,6	7,2	7,4	17,9	13,4
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	10,3	8,6	12,3	15,0	7,0	14,4	8,4
Establecer acreditaciones de profesionales	8,7	9,4	7,9	12,2	6,2	5,0	10,0
NS/NC	0,1	0,2			0,7		
<b>Media de Menciones</b>	<b>2,98</b>	<b>2,97</b>	<b>3,00</b>	<b>2,98</b>	<b>2,99</b>	<b>2,98</b>	<b>2,98</b>

**Tabla 34\_ Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan según tipo de centro**

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles	65,5	60,2	67,0	93,7
Formación de profesionales	58,7	62,4	57,6	42,0
Apoyo emocional y formativo a personas cuidadoras informales	45,2	41,7	47,0	35,7
Promoción de la participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones	37,6	36,6	37,6	51,7
Equidad en el acceso a la atención y los recursos	32,0	34,6	31,0	28,6
Apoyo profesionales cuidadores (desgaste prof)	27,0	21,5	29,5	25,1
Promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado	12,8	16,9	11,2	6,3
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	10,3	13,0	9,4	
Establecer acreditaciones de profesionales	8,7	8,9	8,4	16,9
NS/NC	0,1		0,1	
Media	2,98	2,96	2,99	3,00

**Tabla 35\_ Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles	65,5	64,9	69,9
Formación de profesionales	58,7	58,9	57,1
Apoyo emocional y formativo a las personas cuidadoras informales	45,2	44,5	49,9
Promoción participación pacientes y familiares en la toma de decisiones	37,6	38,4	31,5
Equidad en el acceso a la atención y los recursos	32,0	31,3	37,2
Apoyo a profesionales cuidadores (síndrome desgaste profesional)	27,0	27,9	19,8
Promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado	12,8	13,3	9,0
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	10,3	10,3	9,9
Establecer acreditaciones de profesionales	8,7	8,7	9,2
NS/NC	0,1		0,8
<b>Media de Menciones</b>	<b>2,98</b>	<b>2,98</b>	<b>2,96</b>

**Tabla 36\_ Identificación de Prioridades de las Líneas de Actuación del Plan según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
Coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles	65,5	70,3	68,1	67,3	52,2	61,5	66,4	69,5
Formación de profesionales	58,7	53,1	56,5	65,5	69,6	59,0	56,7	58,2
Apoyo emocional y formativo a las personas cuidadoras informales	45,2	28,1	36,2	56,4	52,2	33,3	44,9	52,4
Promoción participación de pacientes y familiares en toma de decisiones	37,6	34,4	29,0	23,6	39,1	35,9	40,7	29,5
Equidad en el acceso a la atención y los recursos	32,0	50,0	27,5	21,8	23,9	53,8	31,1	35,2
Apoyo a los profesionales cuidadores (síndrome de desgaste profesional)	27,0	23,4	29,0	21,8	19,6	15,4	32,0	20,9
Promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado	12,8	12,5	18,8	21,8	19,6	17,9	10,6	8,6
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	10,3	9,4	17,4	9,1	15,2	7,7	9,2	10,5
Establecer acreditaciones de profesionales	8,7	10,9	15,9	7,3	6,5	10,3	8,5	8,6
NS/NC	0,1							0,9
<b>Media</b>	<b>2,98</b>	<b>2,92</b>	<b>2,99</b>	<b>2,95</b>	<b>2,98</b>	<b>2,95</b>	<b>3,00</b>	<b>2,96</b>

**Tabla 37\_ Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del Plan según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	42,4	39,9	45,3	44,9	51,7	41,6	39,8
Promover inf. ciudadana y potenciar el voluntariado	39,2	40,9	37,3	56,0	41,8	35,1	36,2
Coord. profesionales diferentes ámbitos y niveles	34,6	35,5	33,7	40,7	34,6	37,0	32,3
Apoyo emocional y formativo a personas cuidadoras informales	26,4	24,6	28,5	21,1	23,8	28,1	27,7
Promoción particip. pacientes y fam en toma decisiones	24,8	22,4	27,5	19,8	25,6	22,3	26,7
Equidad en el acceso a la atención y los recursos	23,0	24,6	21,2	23,6	15,6	28,9	22,5
Apoyo emocional y formativo a los cuidadores inf.	23,0	27,3	18,1	13,4	30,1	17,5	25,7
Establecer acreditaciones de profesionales	18,0	19,4	16,2	21,9	13,8	16,8	18,6
Formación de profesionales	13,8	16,3	10,9	15,6	12,1	15,4	13,2
Ninguna	2,9	1,2	4,8	0,6	2,6	3,5	3,2
NS/NC	0,4		0,8			1,8	
<b>Media de Menciones</b>	<b>2,54</b>	<b>2,54</b>	<b>2,53</b>	<b>2,59</b>	<b>2,56</b>	<b>2,56</b>	<b>2,51</b>

**Tabla 38\_ Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del Plan según tipo de centro**

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	42,4	47,5	39,5	67,1
Promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado	39,2	29,9	43,0	50,3
Coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles	34,6	40,4	32,5	22,3
Apoyo emocional y formativo a personas cuidadoras informales	26,4	23,3	27,7	28,6
Promoción particip. pacientes y fam en toma decisiones	24,8	21,5	26,2	25,1
Equidad en el acceso a la atención y los recursos	23,0	35,8	17,2	29,4
Apoyo emocional y formativo a personas cuidadoras informales	23,0	20,6	23,9	29,4
Establecer acreditaciones de profesionales	18,0	19,7	17,5	6,3
Formación de profesionales	13,8	8,8	16,4	
Ninguna	2,9	1,4	3,5	4,3
NS/NC	0,4		0,6	
<b>Media</b>	<b>2,54</b>	<b>2,51</b>	<b>2,54</b>	<b>2,70</b>

**Tabla 39\_ Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del Plan según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	42,4	43,1	37,6
Promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado	39,2	39,2	39,4
Coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles	34,6	35,9	25,3
Apoyo a los profesionales cuidadores (síndrome de desgaste profesional)	26,4	26,0	29,2
Promoción participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones	24,8	25,5	19,5
Equidad en el acceso a la atención y los recursos	23,0	23,5	19,9
Apoyo emocional y formativo a las personas cuidadoras informales	23,0	22,3	28,8
Establecer acreditaciones de profesionales	18,0	17,3	23,2
Formación de profesionales	13,8	13,3	17,3
Ninguna	2,9	2,9	2,7
NS/NC	0,4	0,4	
<b>Media de Menciones</b>	<b>2,54</b>	<b>2,54</b>	<b>2,47</b>

**Tabla 40\_ Dificultades de Aplicación en las Líneas de Actuación del Plan según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	42,4	46,9	52,2	30,9	47,8	38,5	40,6	38,1
Promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado	39,2	23,4	21,7	40,0	34,8	38,5	43,7	40,9
Coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles	34,6	29,7	26,1	36,4	50,0	30,8	33,8	23,8
Apoyo profesionales cuidadores (síndrome de desgaste profesional)	26,4	34,4	26,1	34,5	15,2	25,6	26,8	28,6
Promoción participación de pacientes y familiares en toma decisiones	24,8	32,8	26,1	27,3	13,0	23,1	27,4	19,9
Equidad en el acceso a la atención y los recursos	23,0	20,3	27,5	16,4	47,8	28,2	16,9	19,0
Apoyo emocional y formativo a las personas cuidadoras informales	23,0	28,1	29,0	29,1	13,0	43,6	22,6	27,7
Establecer acreditaciones de profesionales	18,0	18,8	23,2	14,5	19,6	25,6	16,6	23,8
Formación de profesionales	13,8	10,9	17,4	14,5	6,5	5,1	16,1	19,1
Ninguna	2,9		2,9		2,2	2,6	4,1	1,9
NS/NC	0,4						0,7	
<b>Media</b>	<b>2,54</b>	<b>2,45</b>	<b>2,57</b>	<b>2,44</b>	<b>2,53</b>	<b>2,66</b>	<b>2,57</b>	<b>2,46</b>

**Tabla 41\_ Dificultades de Aplicación del Plan según sexo y años de experiencia**

<b>% TOTAL MENCIONES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>&lt; 3 años</b>	<b>3-5 años</b>	<b>6-10 años</b>	<b>+ 10 años</b>
Falta recursos económicos y materiales	26,5	26,6	26,5	15,2	31,2	23,4	29,3
Pocos profesionales/personal sanitario	22,5	21,6	23,7	18,6	29,4	19,4	22,9
Falta organización/coordinación de profesionales	19,2	18,1	20,5	19,6	21,1	18,5	18,9
Falta de formación de profesionales	18,0	18,2	17,7	24,1	22,6	10,5	18,3
Falta de tiempo (para dedicar a pacientes)	15,5	17,6	13,1	9,2	15,4	15,0	17,3
Desgaste o sobrecarga de profesionales	13,0	12,3	13,9	4,0	22,8	12,6	12,8
Falta de recursos y apoyo a pacientes y familias	8,1	9,1	7,0	10,9	9,1	5,7	8,2
Falta de información (a la ciudadanía)	7,6	9,5	5,4	7,9	2,3	5,6	9,7
Equidad/acceso para todos	5,8	4,9	6,7	1,2	12,3	7,6	4,4
Falta de motivación	3,7	3,5	4,0	4,4	6,8	3,5	2,9
Saturación hospitalaria dificulta correcta atención	2,4	1,5	3,5	0,2	1,5	3,0	3,0
Falta de centros/hospitales específicos	2,0	1,5	2,6	0,2	5,8	3,7	0,8
Falta de información sobre el Plan Andaluz de CP	1,6	2,0	1,2	6,8	2,8	1,9	
Falta claridad en la definición de perfiles profesionales	1,6	1,5	1,7		0,7	1,0	2,5
Heterogeneidad aplicación protocolos derivaciones CP	1,5	2,3	0,6	3,9		1,4	1,4
Aislamiento de los equipos de CP	1,4	1,3	1,6		2,5	2,5	1,1
Dificultades para la investigación	1,2	2,0	0,4		0,4	0,8	1,9
Faltan voluntarios	1,2	1,8	0,5			2,7	1,2
Falta de control de profesionales ajenos al SAS	0,5	1,0		1,6			0,7
Otros	2,0	2,7	1,2	1,2	0,6	4,9	1,4
NINGUNA	4,7	5,3	4,1	6,7	0,6	4,4	5,4
NS/NC	8,3	5,4	11,7	10,7	1,6	14,1	7,2
Media de Menciones	1,79	1,78	1,80	1,56	1,92	1,76	1,81
Falta de centros/hospitales específicos	2,0	1,5	2,6	0,2	5,8	3,7	0,8
Falta de información sobre el Plan de CP	1,6	2,0	1,2	6,8	2,8	1,9	
Falta claridad en la definición de perfiles profesionales	1,6	1,5	1,7		0,7	1,0	2,5
Heterogeneidad aplicación protocolos derivaciones CP	1,5	2,3	0,6	3,9		1,4	1,4
Aislamiento de los equipos de CP	1,4	1,3	1,6		2,5	2,5	1,1
Dificultades para la investigación	1,2	2,0	0,4		0,4	0,8	1,9
Faltan voluntarios	1,2	1,8	0,5			2,7	1,2
Falta de control de profesionales ajenos al SAS	0,5	1,0		1,6			0,7
Otros	2,0	2,7	1,2	1,2	0,6	4,9	1,4
NINGUNA	4,7	5,3	4,1	6,7	0,6	4,4	5,4
NS/NC	8,3	5,4	11,7	10,7	1,6	14,1	7,2
Media de Menciones	1,79	1,78	1,80	1,56	1,92	1,76	1,81

**Tabla 42\_ Dificultades de Aplicación del Plan según tipo de centro**

<b>% TOTAL MENCIONES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Hospitales</b>	<b>Centros de Salud</b>	<b>EPES</b>
Falta de recursos económicos y materiales	26,5	34,2	22,6	46,3
Pocos profesionales/personal sanitario	22,5	25,4	21,3	22,3
Falta de organización/coordinación de profesionales	19,2	18,9	19,2	23,1
Falta de formación de profesionales	18,0	16,0	19,0	12,6
Falta de tiempo (para dedicar a pacientes)	15,5	9,7	18,4	6,3
Desgaste o sobrecarga de profesionales	13,0	10,2	14,7	
Falta de recursos y apoyo a pacientes y familias	8,1	7,7	8,6	
Falta de información (a la ciudadanía)	7,6	8,2	7,2	12,6
Equidad/acceso para todos	5,8	8,6	4,3	12,6
Falta de motivación	3,7	4,7	3,2	6,3
Saturación hospitalaria que dificulta una correcta atención	2,4	3,6	2,0	
Falta de centros/hospitales específicos	2,0	2,2	2,0	
Falta de información sobre el Plan Andaluz de CP	1,6	2,6	1,1	6,3
Falta de claridad en la definición de perfiles profesionales	1,6	1,7	1,6	
Heterogeneidad en la aplicación de protocolos y derivaciones a CP	1,5	2,5	1,2	
Aislamiento de los equipos de CP	1,4	0,6	1,9	
Dificultades para la investigación	1,2	0,9	1,5	
Faltan voluntarios	1,2	1,2	1,0	6,3
Falta de control de profesionales ajenos al SAS	0,5	1,2	0,3	
Otros	2,0	1,1	2,5	
NINGUNA	4,7	2,8	5,5	6,3
NS/NC	8,3	8,0	8,7	
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,79</b>	<b>1,80</b>	<b>1,78</b>	<b>1,65</b>



**Tabla 43\_ Dificultades de Aplicación del Plan según rol en el SSPA**

<b>% TOTAL MENCIONES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Profesionales</b>	<b>Gestores/as</b>
Falta de recursos económicos y materiales	26,5	28,1	14,7
Pocos profesionales/personal sanitario	22,5	23,1	18,1
Falta de organización/coordinación de profesionales	19,2	19,7	15,5
Falta de formación de profesionales	18,0	17,4	22,4
Falta de tiempo (para dedicar a pacientes)	15,5	15,1	18,8
Desgaste o sobrecarga de profesionales	13,0	13,1	12,9
Falta de recursos y apoyo a pacientes y familias	8,1	7,3	14,2
Falta de información (a la ciudadanía)	7,6	7,8	6,5
Equidad/acceso para todos	5,8	6,0	4,0
Falta de motivación	3,7	3,8	2,9
Saturación hospitalaria que dificulta una correcta atención	2,4	2,2	4,2
Falta de centros/hospitales específicos	2,0	2,0	2,1
Falta de información sobre el Plan de CP	1,6	1,8	0,2
Falta de claridad en la definición de perfiles profesionales	1,6	1,6	1,7
Heterogeneidad en la aplicación de protocolos y derivaciones a CP	1,5	1,4	2,5
Aislamiento de los equipos de CP	1,4	1,4	1,7
Dificultades para la investigación	1,2	1,2	1,7
Faltan voluntarios	1,2	1,1	1,9
Falta de control de profesionales ajenos al Servicio Andaluz de Salud	0,5	0,4	1,7
Otros	2,0	1,6	4,9
NINGUNA	4,7	5,0	2,7
NS/NC	8,3	8,7	5,3
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,79</b>	<b>1,80</b>	<b>1,66</b>

**Tabla 44\_ Dificultades de Aplicación del Plan según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores AP
Falta de recursos económicos y materiales	26,5	32,8	34,8	21,8	34,8	38,5	24,9	11,4
Pocos profesionales/ personal sanitario	22,5	28,1	17,4	21,8	23,9	35,9	22,4	15,3
Falta organización/ coordinación profesionales	19,2	21,9	15,9	14,5	17,4	15,4	20,5	15,2
Falta de formación de profesionales	18,0	9,4	24,6	16,4	19,6	15,4	18,3	23,8
Falta de tiempo (para dedicar a pacientes)	15,5	6,3	4,3	16,4	13,0	2,6	18,1	20,9
Desgaste o sobrecarga de profesionales	13,0	6,3	13,0	7,3	13,0	2,6	15,5	14,3
Falta recursos y apoyo a pacientes y familias	8,1	6,3	7,2	16,4	8,7	7,7	6,4	15,3
Falta de información (a la ciudadanía)	7,6	9,4	15,9	9,1	6,5	7,7	7,1	6,7
Equidad/acceso para todos	5,8	6,3	2,9	5,5	10,9	7,7	4,3	3,8
Falta de motivación	3,7	4,7	7,2	1,8	4,3	5,1	3,5	2,8
Saturación hosp dificulta correcta atención	2,4	6,3	2,9	1,8	2,2		1,4	4,8
Falta de centros/hospitales específicos	2,0	1,6	4,3		2,2	5,1	2,2	1,9
Falta de información sobre el Plan de CP	1,6	3,1	2,9		2,2	2,6	1,4	
Falta de claridad en la definición de perfiles profesionales	1,6	1,6		1,8	2,2		1,5	1,9
Heterogeneidad en aplicación de protocolos y derivaciones a CP	1,5	6,3	2,9	1,8			0,7	2,9
Aislamiento de los equipos de CP	1,4	1,6					2,1	1,9
Dificultades para la investigación	1,2	1,6	4,3	1,8			1,3	1,9
Faltan voluntarios	1,2	3,1		1,8		2,6	0,7	1,9
Falta de control de profesionales ajenos al SAS	0,5				2,2			1,9
Otros	2,0	1,6	4,3	1,8		7,7	2,1	4,8
Ninguna	4,7	3,1	5,8	3,6	2,2	2,6	6,3	2,9
NS/NC	8,3	10,9	5,8	7,3	6,5	2,6	9,5	5,7
Media de Menciones	1,79	1,84	1,87	1,59	1,79	1,65	1,83	1,68

**Tabla 45\_ Solución de Dificultades: Acciones Concretas según sexo y años de experiencia**

<b>% TOTAL MENCIONES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>&lt; 3 años</b>	<b>3-5 años</b>	<b>6-10 años</b>	<b>+ 10 años</b>
<i>Base: Menciona dificultades</i>							
Aumento de profesionales/personal sanitario	31,7	30,5	33,1	19,9	28,5	35,6	33,8
Mejora de la formación de profesionales	30,6	33,6	27,1	39,6	30,7	29,8	28,9
Mayores recursos económicos y materiales	25,9	28,1	23,3	18,7	13,2	22,0	32,7
Mejora organización/coordinación profesionales	23,2	19,8	27,4	18,6	36,7	19,4	21,8
Mayor conocimiento/información sobre los CP	19,5	19,6	19,5	46,2	10,0	17,7	17,0
Creación de más UCP	7,5	7,6	7,4	4,1	6,7	12,6	6,6
Ayuda/apoyo pacientes y familiares	6,9	7,7	5,8	10,4	12,6	8,9	3,7
Disponer de más tiempo	6,7	7,1	6,3	2,1	9,3	3,9	8,0
Mejora de la atención (en general)	5,0	2,2	8,5	4,7	2,7	10,9	3,6
Desarrollo correcto del Plan Andaluz de CP	4,6	3,3	6,1	3,7	8,5	0,2	5,2
Aumentar la motivación/incentivar	4,4	4,7	3,9	0,3	4,1	4,6	5,3
Equipos de atención domiciliaria	3,2	3,4	2,9	4,0		2,9	4,0
Fomentar el voluntariado	1,7	1,5	2,0	3,4	4,2	1,3	0,8
Disminución ratio pacientes/profesional	1,7	2,8	0,2		0,7		2,9
Otros	1,1	1,7	0,2				2,0
Ninguno	0,8	0,8	0,9				1,6
NS/NC	1,9	1,9	1,8		2,0	1,7	2,3
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,78</b>	<b>1,78</b>	<b>1,79</b>	<b>1,76</b>	<b>1,71</b>	<b>1,73</b>	<b>1,83</b>

**Tabla 46\_ Solución de Dificultades: Acciones Concretas según tipo de centro**

<b>% TOTAL MENCIONES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Hospitales</b>	<b>Centros de Salud</b>	<b>EPES</b>
<i>Base: Menciona dificultades</i>				
Aumento de profesionales/personal sanitario	31,7	38,8	28,7	23,8
Mejora de la formación de profesionales	30,6	30,0	31,2	21,7
Mayores recursos económicos y materiales	25,9	32,2	22,9	31,4
Mejora de organización/coordinación de profesionales	23,2	23,2	22,4	50,6
Mayor conocimiento/información sobre los CP	19,5	18,7	19,1	46,4
Creación de más UCP	7,5	12,0	5,7	
Ayuda/apoyo pacientes y familiares	6,9	5,4	7,3	13,4
Disponer de más tiempo	6,7	4,9	7,8	
Mejora de la atención (en general)	5,0	5,0	5,2	
Desarrollo correcto del Plan Andaluz de CP	4,6	5,9	4,0	4,6
Aumentar la motivación/incentivar	4,4	5,8	3,6	6,7
Equipos de atención domiciliaria	3,2	3,6	3,1	
Fomentar el voluntariado	1,7	2,1	1,4	6,7
Disminución ratio pacientes por profesional	1,7	1,3	1,9	
Otros	1,1		1,6	
Ninguno	0,8	0,1	1,2	
NS/NC	1,9	2,0	1,8	
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,78</b>	<b>1,93</b>	<b>1,71</b>	<b>2,05</b>

**Tabla 47\_ Solución de Dificultades: Acciones Concretas según rol en el SSPA**

<b>% TOTAL MENCIONES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Profesionales</b>	<b>Gestores/as</b>
<i>Base: Menciona dificultades</i>			
Aumento de profesionales/personal sanitario	31,7	31,3	34,0
Mejora de la formación de profesionales	30,6	30,1	34,4
Mayores recursos económicos y materiales	25,9	26,7	20,3
Mejora de organización/coordinación de profesionales	23,2	23,4	22,3
Mayor conocimiento/información sobre los CP	19,5	19,6	19,0
Creación de más UCP	7,5	7,6	7,1
Ayuda/apoyo pacientes y familiares	6,9	6,4	9,9
Disponer de más tiempo	6,7	7,0	4,8
Mejora de la atención (en general)	5,0	5,5	1,4
Desarrollo correcto del Plan Andaluz de CP	4,6	4,6	4,2
Aumentar la motivación/incentivar	4,4	4,2	5,5
Equipos de atención domiciliaria	3,2	3,2	3,2
Fomentar el voluntariado	1,7	2,0	
Disminución ratio pacientes por profesional	1,7	0,7	8,3
Otros	1,1	1,1	0,9
Ninguno	0,8	0,9	
NS/NC	1,9	1,7	2,8
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,78</b>	<b>1,78</b>	<b>1,80</b>

**Tabla 48\_ Solución de Dificultades: Acciones Concretas según perfil laboral**

% TOTAL MENCIONES (1/2)	TOTAL	Profesionales Hosp	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores AP
<i>Base: Menciona dificultades</i>								
Aumento de profesionales/personal sanitario	31,7	34,5	31,1	22,4	42,9	32,4	28,3	33,4
Mejora de la formación de profesionales	30,6	23,6	37,7	18,4	33,3	27,0	32,1	33,4
Mayores recursos económicos y materiales	25,9	40,0	39,3	22,4	26,2	35,1	23,8	18,8
Mejora de organización/ coordinación de profesionales	23,2	20,0	19,7	14,3	26,2	13,5	23,3	21,9
Mayor conocimiento/ información sobre los CP	19,5	14,5	16,4	16,3	21,4	21,6	20,1	15,6
Creación de más UCP	7,5	9,1	9,8	2,0	14,3	8,1	5,8	7,3
Ayuda/apoyo pacientes y familiares	6,9	5,5	9,8	12,2	4,8	8,1	6,1	10,4
Disponer de más tiempo	6,7	5,5	4,9	10,2	4,8	2,7	8,1	5,2
Mejora de la atención (en general)	5,0	1,8	3,3	8,2	7,1	5,4	5,8	1,0
Desarrollo correcto del Plan Andaluz de CP	4,6	3,6	6,6	4,1	7,1	8,1	4,1	3,1
Aumentar la motivación/ incentivar	4,4	7,3	9,8	2,0	4,8		3,2	6,3
Equipos de atención domiciliaria	3,2	5,5	3,3		2,4	5,4	3,4	3,1
Fomentar el voluntariado	1,7	1,8	1,6	2,0	2,4		1,7	
Disminución ratio pacientes por profesional	1,7			4,1	2,4			9,4
Otros	1,1			2,0			1,7	1,0
Ninguno	0,8		1,6				1,6	
NS/NC	1,9	5,5	1,6	8,2			0,9	3,1
Media de Menciones	1,78	1,83	1,98	1,53	2,00	1,68	1,72	1,75

**Tabla 49\_ Aportaciones y Beneficios del Plan según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Mejor atención y Cuidados paciente/familiares	50,1	53,0	46,8	57,0	49,2	49,9	48,8
Mejorar calidad de vida/ayudar a muerte digna	35,7	32,5	39,3	25,8	33,3	31,8	40,2
Formación de profesionales	6,0	4,2	7,9	2,8	6,3	10,8	4,7
Ahorro de recursos	5,6	5,2	6,1	3,5	3,8	6,6	6,2
Mayor implicación de paciente/familia	5,1	5,9	4,2	7,3	3,0	4,2	5,5
Organización (en general)	4,9	4,3	5,5	3,7	14,8	3,4	3,2
Creación y mejora de funcionam. de UCP	4,4	5,5	3,1	1,4	4,2	4,6	5,1
Incorporación de psicólogo/a	4,3	5,5	2,9	5,0	4,2	4,0	4,3
Ayudar al cuidador/menos desgaste	3,6	1,8	5,6	1,2	3,7	3,3	4,2
Mayor comprensión y concienciación sobre CP	3,4	2,1	4,9	0,2	9,7	4,4	2,2
Orientación en el tratamiento	2,5	2,3	2,6	0,8	2,5	2,3	2,9
Homogeneidad en definición de funciones de prof	2,5	1,8	3,2		4,2	5,3	1,4
Equidad/acceso para todos	2,3	2,2	2,3	6,9	3,2	1,1	1,4
Más información/comunicación	2,2	2,2	2,2	1,8	1,5	5,6	1,2
Cobertura total en zonas rurales y urbanas	1,5	2,6	0,3	0,2	1,1	6,1	0,1
Mas recursos (materiales, económicos, etc.)	1,4	1,1	1,8	2,8		0,8	1,7
Aumento de profesionales/personal sanitario	1,1	1,7	0,4	2,8			1,4
Otros	2,1	0,4	4,1	3,0	4,1	3,1	1,0
Ninguno	1,2	1,0	1,5	0,2	1,7		1,9
NS/NC	2,2	3,4	0,8	1,8	0,2	2,9	2,4
Media de Menciones	1,43	1,40	1,47	1,29	1,51	1,52	1,41

**Tabla 50\_ Aportaciones y Beneficios del Plan según tipo de centro**

<b>% TOTAL MENCIONES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Hospitales</b>	<b>Centros de Salud</b>	<b>EPES</b>
Mejor atención y Cuidados de paciente/familiares	50,1	50,1	49,7	62,3
Mejorar la calidad de vida/garantizar una muerte digna	35,7	26,0	40,3	25,1
Formación de profesionales	6,0	5,5	6,3	
Ahorro de recursos	5,6	8,4	3,8	25,1
Mayor implicación de paciente/familia	5,1	6,7	4,3	6,3
Organización (en general)	4,9	3,7	5,5	
Creación y mejora de funcionamiento de UCP	4,4	6,0	3,8	
Incorporación de psicólogo/a	4,3	7,2	3,2	
Ayudar al cuidador/menos desgaste	3,6	3,4	3,7	
Mayor Comprensión y concienciación sobre los cuidados paliativos	3,4	4,5	3,0	
Orientación en el tratamiento	2,5	2,5	2,5	
Homogeneidad en la definición de las funciones de profesionales	2,5	0,5	3,4	
Equidad/acceso para todos	2,3	5,6	0,9	
Más información/comunicación	2,2	2,9	2,0	
Cobertura total en zonas rurales y urbanas	1,5	2,3	1,2	
Mas recursos (materiales, económicos, etc.)	1,4	3,1	0,5	6,3
Aumento de profesionales/personal sanitario	1,1	2,5	0,5	
Otros	2,1	1,1	2,6	
Ninguno	1,2	0,2	1,7	
NS/NC	2,2	1,5	2,3	6,3
<b>Media</b>	<b>1,43</b>	<b>1,44</b>	<b>1,43</b>	<b>1,34</b>



**Tabla 51\_ Aportaciones y Beneficios del Plan según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Mejor atención y Cuidados de paciente/familiares	50,1	50,0	50,3
Mejorar la calidad de vida/garantizar una muerte digna	35,7	35,4	37,4
Formación de profesionales	6,0	5,7	8,2
Ahorro de recursos	5,6	5,7	4,8
Mayor implicación de paciente/familia	5,1	5,2	4,0
Organización (en general)	4,9	5,0	3,8
Creación y mejora de funcionamiento de unidades de cuidados paliativos	4,4	4,6	3,1
Incorporación de psicólogo/a	4,3	4,6	1,7
Ayudar al cuidador/menos desgaste	3,6	3,7	2,3
Mayor Comprensión y concienciación sobre los cuidados paliativos	3,4	3,6	2,1
Orientación en el tratamiento	2,5	2,7	1,0
Homogeneidad en la definición de las funciones de profesionales	2,5	2,3	3,4
Equidad/acceso para todos	2,3	2,5	0,4
Más información/comunicación	2,2	2,5	0,2
Cobertura total en zonas rurales y urbanas	1,5	1,7	
Más recursos (materiales, económicos, etc.)	1,4	1,5	0,4
Aumento de profesionales/personal sanitario	1,1	1,2	0,2
Otros	2,1	2,4	0,4
Ninguno	1,2	0,9	3,6
NS/NC	2,2	1,9	4,4
<b>Media de Menciones</b>	<b>1,43</b>	<b>1,44</b>	<b>1,35</b>

**Tabla 52\_ Aportaciones y Beneficios del Plan según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores AP
Mejor atención y Cuidados paciente/familiares	50,1	50,0	39,1	49,1	52,2	38,5	49,8	49,5
Mejorar la calidad de vida/garantizar una muerte digna	35,7	29,7	23,2	43,6	23,9	23,1	40,0	40,0
Formación de profesionales	6,0	6,3	10,1	7,3	4,3	7,7	5,8	8,6
Ahorro de recursos	5,6	9,4	1,4	3,6	8,7	7,7	3,6	4,7
Mayor implicación del paciente/familia	5,1		10,1	5,5	10,9	7,7	4,3	3,8
Organización (en general)	4,9	4,7	10,1	1,8	2,2	5,1	6,3	3,8
Creación y mejora de funcionamiento de UCP	4,4	7,8	8,7	1,8	4,3	7,7	4,2	2,9
Incorporación de psicólogo/a	4,3	6,3	2,9	1,8	8,7		3,6	1,9
Ayudar al cuidador/menos desgaste	3,6	1,6	4,3	1,8	4,3	7,7	4,3	1,9
Mayor Comprensión y concienciación sobre los cuidados paliativos	3,4	4,7	4,3		4,3	5,1	3,6	1,9
Orientación en el tratamiento	2,5	3,1	1,4	3,6	2,2	2,6	2,7	0,9
Homogeneidad en la definición de las funciones de profesionales	2,5		7,2	1,8			3,5	3,8
Equidad/acceso para todos	2,3	3,1	11,6	3,6	6,5	5,1	0,7	
Más información/comunicación	2,2	3,1	7,2	3,6	2,2	2,6	2,2	
Cobertura total en zonas rurales y urbanas	1,5	1,6	8,7	1,8	2,2		1,4	
Más recursos (materiales, económicos, etc.)	1,4	1,6			4,3	5,1	0,7	
Aumento de profesionales/personal sanitario	1,1	3,1	1,4		2,2	2,6	0,7	
Otros	2,1	1,6	5,8	5,5		5,1	2,9	
Ninguno	1,2		1,4	1,8		2,6	1,3	3,8
NS/NC	2,2	3,1	4,3			2,6	2,1	4,7
<b>Media</b>	<b>1,43</b>	<b>1,42</b>	<b>1,68</b>	<b>1,39</b>	<b>1,43</b>	<b>1,41</b>	<b>1,45</b>	<b>1,35</b>

**Tabla 53\_ Influencia del Plan en la Situación de los CP según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Los mejorará mucho (5)	43,7	44,2	43,2	59,3	39,9	31,7	45,8
Los mejorará algo (4)	51,5	50,4	52,9	39,7	55,1	61,9	49,3
Seguirán igual (3)	1,6	2,2	0,9		3,5	2,5	1,1
Los empeorará algo (2)	0,5	0,3	0,8			2,5	
NS/NC	2,6	2,9	2,3	1,0	1,5	1,4	3,8
MEJORARÁ (5+4)	95,3	94,6	96,1	99,0	95,0	93,6	95,1
EMPEORARÁ (2+1)	0,5	0,3	0,8			2,5	
Media	4,42	4,43	4,42	4,60	4,37	4,25	4,46

**Tabla 54\_ Influencia del Plan en la Situación de los CP según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Los mejorará mucho (5)	43,7	43,4	43,7	49,7
Los mejorará algo (4)	51,5	48,5	53,3	37,7
Seguirán igual (3)	1,6	2,6	1,2	
Los empeorará algo (2)	0,5	1,7		
NS/NC	2,6	3,7	1,8	12,6
MEJORARÁ (5+4)	95,3	92,0	97,0	87,4
EMPEORARÁ (2+1)	0,5	1,7		
Media	4,42	4,39	4,43	4,57

**Tabla 55\_ Influencia del Plan en la Situación de los CP según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Los mejorará mucho (5)	43,7	43,3	46,8
Los mejorará algo (4)	51,5	51,7	50,1
Seguirán igual (3)	1,6	1,6	1,2
Los empeorará algo (2)	0,5	0,6	
NS/NC	2,6	2,7	1,9
<b>MEJORARÁ (5+4)</b>	<b>95,3</b>	<b>95,1</b>	<b>96,9</b>
<b>EMPEORARÁ (2+1)</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	
Media	4,42	4,42	4,46

**Tabla 56\_ Influencia del Plan en la Situación de los CP según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
Los mejorará mucho (5)	43,7	32,8	46,4	40,0	50,0	48,7	43,9	44,7
Los mejorará algo (4)	51,5	56,3	49,3	60,0	43,5	43,6	52,8	52,5
Seguirán igual (3)	1,6	3,1	1,4		2,2	5,1	1,4	0,9
Los empeorará algo (2)	0,5	1,6			2,2			
NS/NC	2,6	6,3	2,9		2,2	2,6	2,0	1,9
<b>MEJORARÁ (5+4)</b>	<b>95,3</b>	<b>89,1</b>	<b>95,7</b>	<b>100,0</b>	<b>93,5</b>	<b>92,3</b>	<b>96,6</b>	<b>97,1</b>
<b>EMPEORARÁ (2+1)</b>	<b>0,5</b>	<b>1,6</b>			<b>2,2</b>			
Media	4,42	4,28	4,46	4,40	4,44	4,45	4,43	4,45

**Tabla 57\_ Satisfacción con el Ejercicio de su Profesión según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Muy satisfecho (5)	26,2	24,6	28,0	33,7	30,2	28,4	22,5
Satisfecho (4)	58,4	60,8	55,7	60,6	54,1	54,2	60,7
Regular (3)	1,4	2,0	0,7			1,6	2,1
Insatisfecho (2)	12,4	10,1	15,1	5,5	14,8	12,5	13,4
Muy insatisfecho (1)	1,5	2,4	0,5	0,2	0,9	3,3	1,3
<b>SATISFECHO (5+4)</b>	<b>84,6</b>	<b>85,4</b>	<b>83,7</b>	<b>94,3</b>	<b>84,3</b>	<b>82,5</b>	<b>83,2</b>
<b>INSATISFECHO (2+1)</b>	<b>13,9</b>	<b>12,5</b>	<b>15,6</b>	<b>5,7</b>	<b>15,7</b>	<b>15,8</b>	<b>14,7</b>
Media	3,95	3,95	3,95	4,22	3,98	3,92	3,90

**Tabla 58\_ Satisfacción con el Ejercicio de su Profesión según tipo de centro**

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Muy satisfecho (5)	26,2	20,1	28,1	51,7
Satisfecho (4)	58,4	59,6	58,4	42,0
Regular (3)	1,4		2,1	
Insatisfecho (2)	12,4	17,8	10,3	6,3
Muy insatisfecho (1)	1,5	2,6	1,1	
<b>SATISFECHO (5+4)</b>	<b>84,6</b>	<b>79,6</b>	<b>86,5</b>	<b>93,7</b>
<b>INSATISFECHO (2+1)</b>	<b>13,9</b>	<b>20,4</b>	<b>11,3</b>	<b>6,3</b>
Media	3,95	3,77	4,02	4,39

**Tabla 59\_ Satisfacción con el Ejercicio de su Profesión según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Muy satisfecho (5)	26,2	24,5	39,3
Satisfecho (4)	58,4	59,7	49,1
Regular (3)	1,4	1,2	3,4
Insatisfecho (2)	12,4	13,2	6,4
Muy insatisfecho (1)	1,5	1,5	1,9
<b>SATISFECHO (5+4)</b>	<b>84,6</b>	<b>84,1</b>	<b>88,3</b>
<b>INSATISFECHO (2+1)</b>	<b>13,9</b>	<b>14,7</b>	<b>8,3</b>
Media	3,95	3,92	4,17

**Tabla 60\_ Satisfacción con el Ejercicio de su Profesión según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
Muy satisfecho (5)	26,2	17,2	49,3	20,0	17,4	38,5	27,0	38,0
Satisfecho (4)	58,4	70,3	44,9	60,0	54,3	53,8	60,0	49,6
Regular (3)	1,4						2,0	3,8
Insatisfecho (2)	12,4	12,5	2,9	16,4	23,9	5,1	10,3	6,7
Muy insatisfecho (1)	1,5		2,9	3,6	4,3	2,6	0,7	1,9
<b>SATISFECHO (5+4)</b>	<b>84,6</b>	<b>87,5</b>	<b>94,2</b>	<b>80,0</b>	<b>71,7</b>	<b>92,3</b>	<b>87,0</b>	<b>87,6</b>
<b>INSATISFECHO (2+1)</b>	<b>13,9</b>	<b>12,5</b>	<b>5,8</b>	<b>20,0</b>	<b>28,3</b>	<b>7,7</b>	<b>11,0</b>	<b>8,6</b>
Media	3,95	3,92	4,35	3,76	3,57	4,21	4,02	4,15

**Tabla 61\_ Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía según sexo y años de experiencia**

%	TOTAL	Hombre	Mujer	< 3 años	3-5 años	6-10 años	+ 10 años
Muy buena (5)	23,6	26,4	20,4	36,1	21,0	19,0	23,2
Buena (4)	67,5	67,3	67,7	60,6	69,4	73,4	66,2
Regular (3)	3,7	2,5	5,0	3,3	6,0	0,4	4,5
Mala (2)	4,5	3,1	6,2		3,5	3,9	6,1
Muy mala (1)	0,5	0,2	0,8			2,3	
NS/NC	0,2	0,4				1,0	
<b>BUENA (5+4)</b>	<b>91,1</b>	<b>93,7</b>	<b>88,1</b>	<b>96,7</b>	<b>90,5</b>	<b>92,5</b>	<b>89,4</b>
<b>MALA (2+1)</b>	<b>5,0</b>	<b>3,4</b>	<b>6,9</b>		<b>3,5</b>	<b>6,2</b>	<b>6,1</b>
Media	4,09	4,17	4,01	4,33	4,08	4,04	4,07

**Tabla 62\_ Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía según tipo de centro**

%	TOTAL	Hospitales	Centros de Salud	EPES
Muy buena (5)	23,6	23,1	24,5	4,3
Buena (4)	67,5	63,7	68,8	76,9
Regular (3)	3,7	4,1	3,4	6,3
Mala (2)	4,5	7,9	3,0	6,3
Muy mala (1)	0,5	1,2		6,3
NS/NC	0,2		0,3	
<b>BUENA (5+4)</b>	<b>91,1</b>	<b>86,8</b>	<b>93,3</b>	<b>81,2</b>
<b>MALA (2+1)</b>	<b>5,0</b>	<b>9,1</b>	<b>3,0</b>	<b>12,6</b>
Media	4,09	4,00	4,15	3,67

**Tabla 63\_ Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía según rol en el SSPA**

%	TOTAL	Profesionales	Gestores/as
Muy buena (5)	23,6	22,6	31,8
Buena (4)	67,5	68,0	63,8
Regular (3)	3,7	3,9	1,9
Mala (2)	4,5	5,0	0,8
Muy mala (1)	0,5	0,5	
NS/NC	0,2		1,7
<b>BUENA (5+4)</b>	<b>91,1</b>	<b>90,5</b>	<b>95,6</b>
<b>MALA (2+1)</b>	<b>5,0</b>	<b>5,6</b>	<b>0,8</b>
Media	4,09	4,07	4,29

**Tabla 64\_ Valoración del Sistema Sanitario Público de Andalucía según perfil laboral**

%	TOTAL	Profesionales Hosp.	PRACP	Urgencias DCCU	Urgencias Hosp.	Gestores/as Hosp.	Profesionales AP	Gestores/as AP
Muy buena (5)	23,6	17,2	11,6	25,5	28,3	28,2	22,8	32,4
Buena (4)	67,5	71,9	73,9	61,8	56,5	69,2	70,8	62,9
Regular (3)	3,7	3,1	8,7	5,5	4,3	2,6	3,5	1,9
Mala (2)	4,5	7,8	5,8	7,3	8,7		3,0	0,9
Muy mala (1)	0,5				2,2			
NS/NC	0,2							1,9
<b>BUENA (5+4)</b>	<b>91,1</b>	<b>89,1</b>	<b>85,5</b>	<b>87,3</b>	<b>84,8</b>	<b>97,4</b>	<b>93,6</b>	<b>95,2</b>
<b>MALA (2+1)</b>	<b>5,0</b>	<b>7,8</b>	<b>5,8</b>	<b>7,3</b>	<b>10,9</b>		<b>3,0</b>	<b>0,9</b>
Media	4,09	3,98	3,91	4,05	4,00	4,26	4,13	4,29



## anexo 6\_cuestionario

### Aproximación a las Necesidades y Expectativas en Cuidados Paliativos

S-0806095

### CUESTIONARIO

**PRESENTACIÓN:** Buenos días/Buenas tardes. Mi nombre es \_\_\_\_\_ de TNS Demoscopia. Estamos realizando un estudio sobre la puesta en marcha del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos de la Consejería de Salud de Andalucía, a aplicar entre 2008-2012, entre profesionales y gestores/as de la Sanidad Pública. Quisiera contactar con \_\_\_\_\_ (PROGRAMADOR/A: INCLUIR NOMBRE DEL/A PROFESIONAL SEGÚN LISTADO); ¿Le importaría responder a unas preguntas? Sólo serán 10 minutos, muchas gracias por su colaboración.

**ENTREVISTADOR/A:** Comenzar la entrevista cuando tengamos al profesional al teléfono

**ENTREVISTADOR/A:** Si es necesario aclarar, "Su nombre nos lo han facilitado a través del área de Gestión de este centro. No nos interesan sus respuestas como individuo, sino como profesional de la Salud Pública Andaluza. Le garantizamos el completo anonimato de sus respuestas, a las que en ningún caso tendrá acceso la Consejería de Salud de forma individualizada"

### DATOS DE CLASIFICACIÓN

**PROGRAMADOR/A:** Grabar datos de provincia, centro, perfil y profesión completa según listado de contactos

#### D.O. PROVINCIA

PROGRAMADOR/A: GRABAR DATOS – CONTROL DE CONTADOR

Almería	1
Cádiz	2
Córdoba	3
Granada	4
Huelva	5
Jaén	6
Málaga	7
Sevilla	8

### D.1. TIPO DE CENTRO

PROGRAMADOR/A: GRABAR DATOS – CONTROL DE CONTADOR

Hospital Regional	1
Hospital Provincial	2
Hospital Comarcal	3
Centro de Salud/ Atención Primaria	4
Centro de Salud/ Distrito o AGS	5
EPES	6

### D.2. PERFIL

PROGRAMADOR/A: GRABAR DATOS – CONTROL DE CONTADOR

Profesionales	1
Gestores/as	2

### D.3. SEXO

ENTREVISTADOR/A: ANOTAR SIN PREGUNTAR

Hombre	1
Mujer	2

### D.4 ¿PODRÍA CONFIRMARME LOS SIGUIENTES DATOS?

D.4.A ESTOY LLAMANDO A \_\_\_\_\_ (PROGRAMADOR, INSERTAR NOMBRE DE CENTRO)

<b>Correcto</b>	1	> Continuar
<b>Incorrecto</b>	2	> Anotar
NOMBRE DE CENTRO Y CONTINUAR		
<b>No es un centro sanitario</b> TEL. ERRÓNEO	3	> Fin Entrevista

D.4.B SU PROFESIÓN ES \_\_\_\_\_ (PROGRAMADOR, INSERTAR PROFESIÓN COMPLETA)

<b>Correcto</b>	1	>	Continuar
<b>Incorrecto</b>	2	>	<b>Anotar profesión y comprobar cuotas:</b>
			<ul style="list-style-type: none"><li>• Si es informante válido 1 &gt; Continuar</li><li>• Si no es informante válido 2 &gt; Dar las gracias y terminar, pedir pasar con persona con profesión de referencia.</li></ul>

D.5 ¿Podría decirme cuántos años ha trabajado vinculado a los cuidados paliativos, en total, independientemente de su nivel profesional?

/\_\_/\_/ Años

- PROGRAMADOR, SI ES PROFESIONAL Y AÑOS=0, FIN DE ENTREVISTA: “Necesitamos un profesional que esté vinculado de alguna forma a los Cuidados Paliativos”
- PROGRAMADOR, SI ES GESTOR Y AÑOS=0, NO SE PREGUNTA P4a

## Variables de contador:

### 1. HOSPITAL

#### 1.1. Profesionales

##### 1.1.1. Médico/a de Atención Hospitalaria:

- 1.1.1.1. Oncología Médica
- 1.1.1.2. Oncología pediátrica
- 1.1.1.3. Oncología radioterápica
- 1.1.1.4. Radioterapia
- 1.1.1.5. Radiodiagnóstico
- 1.1.1.6. Medicina Interna
- 1.1.1.7. Ginecología
- 1.1.1.8. Cardiología
- 1.1.1.9. Neumología
- 1.1.1.10. Neurología
- 1.1.1.11. Neurocirugía
- 1.1.1.12. Digestivo
- 1.1.1.13. Nefrología
- 1.1.1.14. Urología

##### 1.1.2. Enfermería gestora de casos

##### 1.1.3. Recursos avanzados de CP (equipos de soporte y unidades de cuidados paliativos)

- 1.1.3.1. Médicos/as
- 1.1.3.2. Enfermeros/as
- 1.1.3.3. Auxiliares clínica
- 1.1.3.4. Voluntariado
- 1.1.3.5. Trabajadores/as sociales
- 1.1.3.6. Pastoral sanitaria
- 1.1.3.7. Psicólogos/as

##### 1.1.4. Urgencias hospitalarias

- 1.1.4.1. Médicos/as
- 1.1.4.2. Enfermeros/as

## **1.2. Gestores/as**

**1.2.1. Gerente/a**

**1.2.2. Subgerente/a**

**1.2.3. Director/a Médico**

**1.2.4. Subdirector/a Médico**

**1.2.5. Director/a Enfermería**

**1.2.6. Subdirector/a Enfermería**

**1.2.7. Jefes/as de servicio o unidad**

1.2.7.1. Oncología médica

1.2.7.2. Oncología radioterapia

1.2.7.3. Oncología médica y Oncología radioterapia

1.2.7.4. Ginecología

1.2.7.5. Medicina Interna

1.2.7.6. Cardiología

1.2.7.7. Neurología

1.2.7.8. Neurocirugía

1.2.7.9. Digestivo

1.2.7.10. Urología

1.2.7.11. Unidades de Cuidados paliativos

## **2. CENTROS DE SALUD**

### **2.1. Profesionales**

**2.1.1. Médico/a de Familia EBAP**

**2.1.2. Enfermería EBAP**

**2.1.3. Enfermería gestora de casos**

**2.1.4. Urgencias (DCCU)**

2.1.4.1. Médicos/as DCCU

2.1.4.2. Enfermeros/as DCCU

### **2.2. Gestores/as**

**2.2.1. Distrito y AGS (Área de Gestión Sanitaria)**

2.2.1.1. Director/a Gerente

2.2.1.2. Director/a de Salud

### 2.2.2. Centro Salud

2.2.2.1. Director/a ZBS/ CS/ UGC (Zona Básica de Salud, Centro de Salud, Unidad de Gestión Clínica)

2.2.2.2. Adjuntos/as enfermería Coordinación de Cuidados de UGC

## 3. EPES

### 3.1. Profesionales

3.1.1. Médicos/as

3.1.2. Enfermeros/as

### 3.2. Gestores/as

3.2.1. Gerente/a

3.2.2. Subgerente/a

3.2.3. Coordinadores/as asistenciales

3.2.4. Coordinadores/as de Cuidados y Servicios

## CUESTIONARIO:

P.1. Comencemos hablando de la situación actual de los Cuidados Paliativos en Andalucía.  
¿En general, y teniendo en cuenta todos los aspectos, cómo la calificaría usted?

ENTREVISTADOR/A: LEER OPCIONES DE RESPUESTA

Muy buena	5
Buena	4
Regular ( <i>No leer</i> )	3
Mala	2
Muy mala	1
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

P.2.A PROGRAMADOR/A: PREGUNTAR SI MENCIONA CODS 4 O 5 EN P.1

¿Por qué razones considera que la situación es buena/ muy buena? ¿Alguna más?

**ENTREVISTADOR/A:** RESPUESTA ESPONTÁNEA. NO SUGERIR. INSISTIR HASTA OBTENER RESPUESTAS CONCRETAS Y APLICABLES A LA PREGUNTA

---

---

---

NS/NC	99
-------	----

**P.2.B PROGRAMADOR/A:** PREGUNTAR SI MENCIONA CODS 1, 2 O 3 EN P.1  
**¿Por qué razones considera que la situación es regular/ mala/ muy mala? ¿Alguna más?**

**ENTREVISTADOR/A:** RESPUESTA ESPONTÁNEA. NO SUGERIR. INSISTIR HASTA OBTENER RESPUESTAS CONCRETAS Y APLICABLES A LA PREGUNTA

---

---

---

NS/NC	99
-------	----

**P.3. En todo caso ¿Cree que esta situación en la actualidad es, en general, mucho mejor, mejor, peor o mucho peor que hace 5 años?**

**ENTREVISTADOR/A:** LEER OPCIONES DE RESPUESTA

Mucho mejor	5
Mejor	4
Igual ( <i>No leer</i> )	3
Peor	2
Mucho peor	1
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

**P.4.a ¿Qué carencias o dificultades se está encontrando usted actualmente en el ejercicio de su labor en cuidados paliativos?**

**ENTREVISTADOR/A:** RESPUESTA MÚLTIPLE Y ESPONTÁNEA, NO LEER. INSISTIR“¿ALGUNA MÁS?”

**PROGRAMADOR/A:** SI CITA VARIAS PREGUNTAR:

**De estas que ha mencionado, ¿Cuál es la más importante?**

Barreras culturales entre profesionales y pacientes/familiares	1
Desconocimiento/falta de información sobre los CP	2
Desigualdades en la distribución de recursos en ámbitos rural y urbano	3
Falta de formación de cuidadores/as informales	4
Falta de formación de los profesionales	5
Falta de organización/coordinación de los profesionales	6
Falta de psicólogos/as/ apoyo psicológico	7
Falta de recursos económicos	8
Falta de recursos materiales	9
Lentitud en la gestión de los casos	10
Pocos/as profesionales/personal sanitario	11
Pocos/as voluntarios/as	12
Falta de centros/hospitales específicos	13
Otros (especificar) _____	96
Actualmente no tiene vinculación con cuidados paliativos	97
NINGUNA ( <i>No leer</i> )	98
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

**P.4.b ¿Y qué carencias o dificultades destacaría en la aplicación de los cuidados paliativos en el caso de las personas cuidadoras informales? Por favor, cítelas en orden de importancia**

**ENTREVISTADOR/A:** RESPUESTA MÚLTIPLE Y ESPONTÁNEA, NO LEER. INSISTIR“¿ALGUNA MÁS?”

**PROGRAMADOR/A:** SI CITA VARIAS PREGUNTAR:

**De estas que ha mencionado, ¿Cuál es la más importante?**



Barreras culturales entre profesionales y pacientes/familiares	1
Pocos/as profesionales/personal sanitario	2
Pocos/as voluntarios/as	3
Desconocimiento/falta de información sobre los CP	4
Desigualdades en la distribución de recursos en ámbitos rural y urbano	5
Falta de formación de cuidadores/As informales	6
Falta de formación de los/as profesionales	7
Falta de organización/coordinación de los/as profesionales	8
Falta de psicólogos/as/ apoyo psicológico	9
Falta de recursos económicos	10
Falta de recursos materiales	11
Lentitud en la gestión de los casos	12
Falta de centros/hospitales específicos	13
Otros (especificar) _____	97
NINGUNA ( <i>No leer</i> )	98
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

**P.4.c En el ejercicio de su labor ¿qué fortalezas o facilidades encuentra usted hoy en Cuidados Paliativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz?**

**ENTREVISTADOR/A:** RESPUESTA MÚLTIPLE Y ESPONTÁNEA, NO LEER INSISTIR“¿ALGUNA MÁS?”

**PROGRAMADOR/A:** SI CITA VARIAS PREGUNTAR:

**De estos que ha mencionado, ¿Cuál es el más importante?**

Actitud positiva/convicción de los equipos directivos	1
Actitud positiva/convicción de los/as profesionales	2
Apoyo al desarrollo de los CP desde la Administración Pública	3
Coordinación entre profesionales de CP	4
Definición clara de las funciones de los/as profesionales	5
Definición clara de las funciones de su centro	6
Desarrollo de un programa de CP de calidad	7
Estabilidad profesional de los equipos de CP	8
Existencia de herramientas para resolver incidencias en CP	9

Existencia de un equipo técnico central en el Servicio Andaluz de Salud	10
Experiencia amplia en CP en la Sanidad Andaluza	11
Otros (especificar) _____	97
NINGUNA ( <i>No leer</i> )	98
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

**P.5. ¿Hasta qué punto diría usted que está informado sobre los contenidos del Plan de cuidados paliativos de Andalucía?**

**ENTREVISTADOR/A:** LEER OPCIONES DE RESPUESTA

Muy informado/a	4
Bastante informado/a	3
Poco informado/a	2
Nada informado/a	1
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

**P.6. El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos ha establecido 9 líneas de acción a llevar a cabo en este ámbito. Voy a leerle estas líneas y le pido identifique un máximo de tres líneas que usted considera prioritarias**

**ENTREVISTADOR/A:** LEER TODAS LAS LÍNEAS DE ACCIÓN Y REPETIR SI ES NECESARIO.

**PROGRAMADOR/A:** ROTAR ORDEN.

Equidad en el acceso a la atención y los recursos	1
Formación de los/as profesionales	2
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	3
Coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles	4
Promoción de la participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones	5
Apoyo a los/as profesionales cuidadores (prevención del síndrome de desgaste profesional)	6
Apoyo emocional y formativo a los/as cuidadores/as informales	7
Promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado	8
Establecer acreditaciones de profesionales	9

- P.7. Y según su opinión, ¿de estas 9 líneas de acción que le he mencionado, cuales serían las tres que en su opinión presentarían más dificultades o problemas en su aplicación?

**ENTREVISTADOR/A:** LEER LÍNEAS DE ACCIÓN REPITIENDO SI ES NECESARIO. INSISTIR HASTA LOGRAR EL MÁXIMO DE RESPUESTAS POSIBLE

**PROGRAMADOR/A:** ROTAR ORDEN.

Equidad en el acceso a la atención y los recursos	1
Formación de los/as profesionales	2
Desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos	3
Coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos y niveles	4
Promoción de la participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones	5
Apoyo a los/as profesionales cuidadores/as (prevención del síndrome de desgaste profesional)	6
Apoyo emocional y formativo a los/as cuidadores/as informales	7
Promover la información ciudadana y potenciar el voluntariado	8
Establecer acreditaciones de profesionales	9
Ninguna ( <i>No leer</i> )	98
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

- P.8. Nos gustaría saber cuales cree usted que son las principales dificultades que gestores/as o profesionales podrían encontrarse en la aplicación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Por favor dígame en primer lugar cual sería para usted la principal dificultad. ¿Alguna más?

**ENTREVISTADOR/A:** RESPUESTA ESPONTÁNEA. NO SUGERIR. INSISTIR

**PROGRAMADOR/A:** DIFERENCIAR PRIMERA MENCIÓN DE RESTO

Aislamiento de los equipos especialistas en Cuidados Paliativos	1
Coexistencia de protocolos de actuación diferentes	2
Falta de centros/hospitales específicos	3
Falta de apoyo y recursos a los/as cuidadores/as informales (Familia)	4
Falta de claridad en la definición de perfiles profesionales	5
Falta de control de profesionales ajenos/as al Servicio Andaluz de Salud	6
Falta de formación de los/as profesionales	7
Falta de organización/coordinación de los/as profesionales	8

Falta de recursos económicos	9
Falta de recursos materiales	10
Saturación hospitalaria que impide una correcta atención	11
Sobrecarga laboral de los/as profesionales	12
Pocos/as profesionales/ personal sanitario	13
Otros (especificar) _____	97
NINGUNA	98
NS/NC	99

*PROGRAMADOR/A: PREGUNTAR SI MENCIONA ALGUNA EN P8*

**P.9. ¿Qué acción o acciones concretas cree usted que deberían tomarse para superar estas dificultades? ¿Alguna más?**

**ENTREVISTADOR/A: RESPUESTA ESPONTÁNEA. NO SUGERIR. INSISTIR HASTA OBTENER RESPUESTAS CONCRETAS Y APLICABLES A LA PREGUNTA**

Aumento de profesionales/personal sanitario	1
Mayor conocimiento/información sobre los CP	2
Mejora de la formación de los/as profesionales	3
Mejora de organización/coordinación de los/as profesionales	4
Mayores recursos económicos	5
Mayores recursos materiales	6
Otros (especificar) _____	97
Ninguno	98
NS/NC	99

**P.10. Y desde su punto de vista ¿Cuáles serían las principales aportaciones o beneficios de este Plan? ¿Qué resultados espera que se consigan con el mismo? ¿Algo más?**

**ENTREVISTADOR/A: RESPUESTA ESPONTÁNEA. NO SUGERIR. INSISTIR HASTA OBTENER RESPUESTAS CONCRETAS Y APLICABLES A LA PREGUNTA**

Ahorro de recursos	1
Cobertura total en zonas rurales y urbanas	2
Mayor comprensión y concienciación sobre los cuidados paliativos	3
Mejor atención y cuidados del/a paciente/familiares	4
Formación de profesionales	5
Homogeneidad en la definición de las funciones de profesionales	6
Incorporación del/a psicólogo/a	7
Creación y mejora de funcionamiento de unidades de cuidados paliativos	8
Organización (en general)	9
Orientación en el tratamiento	10
Mayor implicación del paciente/ familia	11
Otros (especificar) _____	97
Ninguno	98
NS/NC	99

**P.11. Para terminar ¿En qué medida cree que este Plan modificará la situación de los Cuidados Paliativos en Andalucía?**

**ENTREVISTADOR/A: LEER OPCIONES DE RESPUESTA**

Los mejorará mucho	5
Los mejorará algo	4
Seguirán igual ( <i>No leer</i> )	3
Los empeorará algo	2
Los empeorará mucho	1
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

**P.12. Desvinculándonos del tema de los Cuidados Paliativos, me gustaría que me dijera cual es su grado de satisfacción laboral en el ejercicio de su profesión. En general se siente usted...**

**ENTREVISTADOR/A: LEER OPCIONES DE RESPUESTA**

Muy satisfecho/a	5
Satisfecho/a	4
Regular ( <i>No leer</i> )	3
Insatisfecho/a	2
Muy insatisfecho	1
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

**P.13. ¿Y cual es la valoración global que le daría usted a la atención que ofrece el Sistema Sanitario Público de Andalucía a los ciudadanos?**

ENTREVISTADOR/A: LEER OPCIONES DE RESPUESTA

Muy buena	5
Buena	4
Regular ( <i>No leer</i> )	3
Mala	2
Muy mala	1
NS/NC ( <i>No leer</i> )	99

**HEMOS FINALIZADO LA ENTREVISTA. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

Declaro que he trabajado, respetando los requisitos establecidos en el Código de ESOMAR, y de acuerdo a las instrucciones preliminares recibidas para el presente estudio.

NÚMERO DEL ENTREVISTADOR/A: \_\_\_\_\_



