



CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

INFORME DE RESULTADOS DE LA
INVESTIGACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS QUE
FACILITAN LA PERMANENCIA EN SU DOMICILIO
Y EN EL ENTORNO COMUNITARIO DE LAS
PERSONAS EN SITUACIÓN DE FRAGILIDAD O
DEPENDENCIA DE CANTABRIA SEGÚN EL
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA
EN LA PERSONA

ABRIL 2019



EQUIPO TÉCNICO DE LA FUNDACIÓN PILARES

Gregorio Rodríguez Cabrero

Pilar Rodríguez Rodríguez

Víctor Omar Dabbagh Rollán

Antoni Vilà i Mancebo

Penélope Castejón Villarejo

Eva Mongelós Salillas

Informe elaborado al amparo del contrato suscrito entre el Gobierno de Cantabria y la Fundación Pilares para el desarrollo de un proyecto de investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de acuerdo con las propuestas del modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona.

CONCLUSIONES

1.- CONOCIMIENTO COMPARTIDO COMO ESTILO DE ANÁLISIS

El análisis realizado sobre la situación y perspectiva de desarrollo futuro del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y del Servicio de Teleasistencia (STA) en la Comunidad de Cantabria se basa, además de en fuentes secundarias, en la experiencia y conocimiento experto aportado por responsables institucionales y profesionales del SAD, tanto de las Administraciones autonómicas como locales, así como de los profesionales de las empresas proveedoras de servicios. También se basa en el conocimiento y experiencia aportada por las personas usuarias y sus familiares.

El análisis de la situación se ha basado en 5 entrevistas en profundidad y 2 grupos triangulares compuestos por profesionales y expertos. La valoración de dicha situación se ha basado a su vez en 6 entrevistas en profundidad y 2 grupos triangulares con responsables, profesionales y proveedores y tres grupos de discusión con personas usuarias del SAD, mujeres cuidadoras y personas beneficiarias con alguna discapacidad. Apoyado todo ello en análisis documental y normativo.

Con este triple conocimiento institucional, experto y común, el equipo de trabajo ha analizado la situación del SAD con el objetivo de proponer mejoras que, en gran medida, han sido adelantadas por los distintos participantes en el estudio. En este sentido la sistematización de las propuestas de mejora que realizamos responde a la visión de los responsables autonómicos y municipales, de los profesionales y de las personas usuarias y sus familiares.

2.- LA LÓGICA QUE INSPIRA EL ANÁLISIS DEL SAD.

Todo análisis social requiere de preguntas de investigación y de algunas hipótesis de trabajo. Las preguntas formuladas son básicamente tres: ¿Es el SAD de Cantabria una red que proporciona un **contenido de atención** que favorece el bienestar de las personas en su domicilio?, ¿Es el SAD un dispositivo **coordinado** a nivel institucional y operativo?, ¿Responde el SAD a las expectativas de mejora de la **calidad de vida y autonomía** de las personas usuarias y de sus familias?

Estas preguntas, a las que se ha contestado mirando desde diferentes ángulos del saber institucional, experto y común, han tenido como hipótesis de trabajo que, más allá del impacto desigual que ha tenido la crisis financiera en el sistema de servicios sociales y en el SAAD, existe un doble problema en el SAD: de coordinación institucional y operativa y de adecuación a las necesidades de personas usuarias que, más allá de la recepción de ayuda instrumental, aspiran a satisfacer necesidades de acompañamiento, apoyo personal y desarrollo de la autonomía, así como de apoyo a los familiares cuidadores.

La respuesta a estas preguntas de investigación, así como de confirmación de que las hipótesis de trabajo han sido correctamente planteadas, se ha basado en el enfoque teórico de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) cuyo objetivo fundamental es el reconocimiento de la dignidad y desarrollo de la autonomía de la persona, así como una actuación integral e integrada en la que la prevención y rehabilitación ocupan un lugar central junto con la reorganización de los servicios y una reconceptualización del SAD. Un enfoque que, como ha podido comprobar el equipo de trabajo, está bastante asumido por los/las profesionales de los servicios sociales de

Cantabria y que recientemente ha sido incorporado en buena medida a los nuevos Pliegos de licitación del SAD y STA con el asesoramiento de la Fundación Pilares. En efecto, las nuevas recomendaciones incorporadas a los Pliegos de Licitación hacen referencia a una oferta basada en la proximidad, la exigencia de evitar una excesiva rotación de las auxiliares del SAD, la limitación de la competencia exclusivamente vía precios entre proveedores; también, potenciar la atención personal y un mayor apoyo a la familia cuidadora; un mayor peso a las cláusulas sociales (en particular las referentes con el medio ambiente y la igualdad); unificar o articular el papel del coordinador y del gestor del caso; y la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, así como la evaluación de resultados o calidad de vida de personas usuarias, familiares y auxiliares del SAD.

3.- EL PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO DE CANTABRIA. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

Cantabria es una comunidad envejecida y que en los años venideros lo será más aún como consecuencia de una creciente esperanza de vida y una mayor longevidad. Un panorama demográfico que es relativamente similar al del conjunto de España. Si en 2018 las personas mayores de Cantabria eran casi el 22% de su población (el 8% con 80 y más años), dentro de 15 años (en 2033) serán el 30% (el 10% con 80 y más años). La planificación del SAD debe tener en cuenta, como ya lo tiene en realidad, que el 60% de las personas mayores de 65 años o viven en pareja (38.8%) o en solitario (21,4%). Así, la quinta parte de este colectivo vive en hogares unifamiliares, porcentaje que se incrementará en los años venideros. La soledad será uno de los retos que tendrá que afrontar el SAD y STA.

Esta población se concentra sobre todo en grandes núcleos de población (más de un tercio en Santander y un 10% en Torrelavega). Dicho de otro modo, en las zonas urbanas (con más de 10.000 habitantes) se concentra casi el 65% de la población con 65 y más años, casi el 25% en núcleos de población entre 2001 y 1000 habitantes y el 8,4% en núcleos con menos de 2000 habitantes. En los núcleos con menos de 2000 habitantes las tasas de envejecimiento casi llegan al 30% en comparación con las tasas urbana (19,8%) y semiurbana (20.6%). El primer tramo de municipios pequeños implica un mayor esfuerzo en la provisión de los servicios, al no generarse economías de escala, pero también es un positivo banco de pruebas para la mejora de la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

La evolución y estructura de la población de Cantabria, su potencial y limitaciones ha sido recogida recientemente en la Estrategia frente al cambio demográfico en Cantabria 2019-2025.

En este panorama demográfico, de envejecimiento creciente con perfil predominante de mujer mayor, aparecen dos colectivos de personas objeto y sujeto de la atención: un colectivo en situación de fragilidad y otro en situación de dependencia. Al primer grupo da respuesta el sistema municipal de servicios sociales (SMSS) y al segundo grupo el SAD del SAAD. Esta división del trabajo entre lo municipal (atención a la fragilidad) y lo autonómico (atención a la dependencia) tiene una "frontera común" o franja de personas que pueden estar en uno u otro sistema: personas muy frágiles y personas con el grado 1 de dependencia.

Por otra parte, hay que destacar que, aunque la prestación económica para cuidados familiares (PECEF) del SAAD sigue siendo la prestación mayoritaria, el SAD ocupa la segunda posición. La importancia del SAD en ambas redes, así como el peso de las PECEF nos indica que a medio-largo plazo las políticas de servicios sociales para los cuidados se tendrán

que centrar en dos objetivos complementarios: seguir extendido y perfeccionando el SAD y al mismo tiempo reforzando a las personas cuidadoras familiares mediante la formación y apoyos de respiro.

4.- LA SITUACIÓN DEL SAD EN CANTABRIA: LA DOBLE RED DEL SAD Y LA RED SANITARIA.

El SAD en Cantabria se desarrolla en base a dos redes. La red municipal, variable en horas, precios e, incluso, parcialmente en contenido, según los diferentes ayuntamientos, está dirigida a personas frágiles, en su gran mayoría mujeres mayores. Parte de las personas usuarias de la red municipal, sin cuantificar, han estado en el SAD del SAAD o han sido valoradas renunciando a ser beneficiarias de este sistema.

La segunda red es la del SAAD a la que se accede después de una valoración específica. Entre ambas redes existe una cierta circulación en la franja o frontera antes mencionada de personas muy frágiles y/o en situación de dependencia moderada.

La tercera red es la sanitaria, con funciones muy importantes en el ámbito sociosanitario, ya que interviene en la valoración de la dependencia, gestiona dos programas de atención: "crónicos" e "inmovilizados" y aporta a los servicios sociales información sanitaria en el nivel primario.

La existencia de estas tres redes no constituye un problema si no generan obstáculos a la efectividad del SAD. Pero sí son un problema cuando falla el flujo de información y la capacidad de coordinación y, también, cuando afecta a la medida de la calidad final debido a las dificultades que ocasiona a la deseable continuidad de la atención. En la actualidad se constata una activa colaboración entre las redes existentes, parte de la misma de naturaleza informal.

Los responsables de las diferentes redes de SAD señalan que en la práctica existe una parcial duplicidad en la oferta pública de SAD, en la franja fronteriza. Lo cual implica, según estos, que no exista una adecuada asignación de recursos y que los SSM asuman una parte de los costes de la dependencia moderada sin que ello sea reconocido. A esta duplicidad también han contribuido indirectamente las políticas de ajuste del SAAD de 2012 y el retorno no cuantificado de personas beneficiarias del SAAD al SAD municipal, tanto por razones de menor copago como, sobre todo, por no abandonar un servicio bien valorado por la cercanía permanente del profesional auxiliar del SAD. Este factor de demanda de ida y vuelta, sus razones y flujos, requiere un análisis detallado. Sobre todo, porque en la práctica el derecho al SAD municipal es percibido por las actuales personas beneficiarias como un derecho subjetivo *de facto*.

Pero en el análisis realizado se constata que estas tres redes se caracterizan por un desigual grado de coordinación que se rige más por reglas *ad hoc* que por protocolos estrictos. Son prácticas de coordinación, muchas de ellas efectivas y con contenidos de calidad, pero que no definen al conjunto ni están integradas en una lógica común.

Existe plena conciencia de esta situación y voluntad institucional y profesional de avanzar hacia una coordinación estable ya que ello afecta a la calidad de los procesos de atención del SAD y a la propia calidad final.

En la actualidad, la agenda institucional prevé avanzar hacia una integración de las dos redes de SAD y ha iniciado la planificación estratégica de la coordinación para la atención integrada social y sanitaria a través del documento de la Estrategia de coordinación para

la atención integrada social y sanitaria en Cantabria 2019-2022. En esta estrategia se recogen ya prácticas de coordinación y se prevén nuevos desarrollos en integración de las dos redes. Con ello se hace innecesaria la definición de un tercer espacio socio-sanitario evitando con ello problemas de eficiencia y eficacia.

La existencia de dos redes de SAD aún genera cierta confusión en los solicitantes y personas beneficiarias, si bien parece que existe una creciente clarificación a la luz de lo que afirman los propios personas usuarias y familiares cuidadores.

5.- LA CADENA ASISTENCIAL DE ACTORES: personas usuarias, CUIDADORES FAMILIARES Y PROFESIONALES.

La valoración del SAD es altamente positiva. Personas usuarias y personas beneficiarias conocen las funciones del SAD y valoran su aportación al bienestar personal. Sin embargo, nos encontramos en una fase de transición que se define por el hecho de que la oferta del servicio es sobre todo instrumental cuando la demanda de las personas beneficiarias se está ampliando progresivamente hacia actividades de apoyo y acompañamiento personal.

Es cierto que la demanda de las personas solicitantes, casi siempre familiares, se centra en lo instrumental: actividades de limpieza, cuidados personales, seguridad y seguimiento del estado del beneficiario. Sin embargo, la demanda de las personas beneficiarias está orientándose hacia aquellas actividades que para el enfoque de AICP son fundamentales.

Las quejas actuales – horario de atención a veces escaso, discontinuidad del personal auxiliar y subordinación de la persona beneficiaria a las

decisiones de los/las familiares en el caso de personas con capacidad de autonomía -, así como la alta preocupación por las condiciones de trabajo de las profesionales auxiliares, señalan cuáles son los límites de la calidad lograda y por donde hay que trazar las mejoras del servicio.

En el caso de las personas cuidadoras familiares, sea en el ámbito del SAD municipal como sobre todo en las PECEF, el apoyo a la persona cuidadora y su formación sigue siendo una tarea pendiente. Una definición más precisa del SAD y de sus contenidos es necesaria para poder concretar su oferta en términos del enfoque de AICP.

Las personas cuidadoras familiares disponen en la actualidad de una prestación específica en el SAAD, la PECEF. En el ámbito de los SSM la oferta instrumental se está ampliando a otras prestaciones complementarias (catering, podología), además de la altamente valorada prestación del Servicio de Teleasistencia (STA). En ambos sistemas se constata como un éxito la promoción por parte de la administración autonómica y local de grupos de ayuda mutua, sobre todo familiares, pero también de personas usuarias, cuya función de apoyo se está revelando sustancial.

Las personas cuidadoras demandan la mejora de la oferta de medicina geriátrica y de "seguimiento" de las personas, lo que sin duda nos remite a la metodología y figura del gestor/a del caso o coordinador/a de la atención. En suma, las cuidadoras señalan en su discurso la necesidad de desarrollar lo que hemos denominado como ecuación de los cuidados: mejora del conocimiento que se aplica en los países del modelo social europeo, profesionalización, coordinación entre niveles de gobierno y servicios y búsqueda de la calidad.

Finalmente, hay que destacar a los/las profesionales de la atención domiciliaria, tanto coordinadores como auxiliares, en cuanto estructura

de una oferta específica, complementaria o sustitutiva según los casos, de los cuidados familiares. Como señalamos a continuación, la falta de integración del coordinador/a del servicio o del gestor/a del caso, así como las deficientes condiciones de trabajo del profesional auxiliar, que se traducen en tasas elevadas de rotación, constituyen dos problemas fundamentales de la oferta a resolver.

6.- ¿QUÉ DEBILIDADES CARACTERIZAN AL SAD DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA?

Aunque el SAD cuenta con una positiva valoración por parte de las personas usuarias y un elevado compromiso por parte de los responsables y técnicos/as que intervienen en la consulta realizada, se detectan de manera explícita algunas de las debilidades del actual sistema y, al mismo tiempo, las propuestas de mejora. Sintetizamos tales debilidades como paso previo a las propuestas de mejora.

Los problemas y debilidades del actual SAD pueden agruparse en tres bloques: los referentes al diseño y organización, los de contenido prestacional y, finalmente, los referentes a la evaluación de la calidad.

a) Los problemas de diseño y organización alcanzan a los siguientes ámbitos:

- La necesidad de clarificar el rol de las dos redes de SAD, particularmente, en la zona fronteriza en que se producen flujos de personas usuarias, hasta tanto se integren.
- Los equipos de valoración de la dependencia del SAAD, enriquecidos con la colaboración del sistema sanitario, son desiguales en composición y se observa una cierta regresión en la

participación de los profesionales de la sanidad al no tener incentivos claros.

- La coordinación entre las dos redes de SAD y entre estas y el sistema sanitario se reconoce como un déficit preocupante y ha comenzado a ser abordado a través de la Estrategia de coordinación para la atención integrada social y sanitaria en Cantabria 2019-2022, recién aprobada en Consejo de Gobierno, lo que conllevará un nuevo enfoque del trabajo para los/las profesionales, diseñado y reforzado desde nuevas y adecuadas estructuras institucionales.
- La coordinación entre ambas áreas a partir de los programas existentes requiere un esfuerzo adicional de medios y coordinación.

b) En lo referente a los déficits prestacionales hay que destacar los siguientes:

- El SAD es un servicio bien valorado pero reducido en gran medida al ámbito Instrumental, como consecuencia de la demanda de los solicitantes y una oferta inadecuada. La actual población beneficiaria empieza a manifestar demandas complementarias de apoyo y acompañamiento personal. Por su parte, la oferta también puede contribuir a crear una demanda con mayor contenido prestacional desde la lógica del enfoque de AICP, tanto en lo que se refiere al acompañamiento y relación de ayuda con las personas y familias como en cuanto a la diversificación de servicios a domicilio (comidas, terapia ocupacional, podología, fisioterapia...)
- Las personas beneficiarias suelen ser una población relativamente pasiva ya que su autonomía está subordinada a los familiares solicitantes del servicio y a la ausencia de una intervención social

que destaque la importancia de su iniciativa y capacidad mientras no se produzcan déficits cognitivos.

- Las personas cuidadoras familiares, tanto quienes se benefician de una PECEF como del SAD, siguen adoleciendo de apoyos formativos para hacer efectiva la prestación de cuidados en el hogar. Cuentan con programas de apoyo mutuo tanto en el sistema sanitario como en los servicios sociales, altamente valorados por su carácter de apoyo psicosocial y aprendizaje. Pero estos programas no están generalizados y muchas personas cuidadoras no se benefician de los mismos, en muchas ocasiones por no disponer de tiempo debido al peso de los cuidados. Así, carecen de formación para desarrollar con conocimiento la atención que prestan y para afrontar determinados comportamientos, en especial, en determinadas situaciones (p.ej., en casos de demencias).
- El STA es altamente valorado por las personas usuarias como sistema de seguridad. El desarrollo de las nuevas tecnologías requiere una renovación del servicio, si bien tiene que ir acompañado por cierta formación para que la interactividad sea operativa.

c) Las debilidades en el ámbito de la evaluación del servicio son de dos tipos:

- Primero están las limitaciones, patentes y reconocidas por los profesionales, referidas a la valoración del servicio. Existe un banco de quejas en el SAAD y también se cuenta con información suficiente en el SAD municipal, como para poder responder no sólo a las quejas de las personas usuarias, sino también para valorar los procesos de atención y sus resultados finales. La ausencia de quejas es insuficiente como medida de la calidad. La doble red del

SAD y sus profesionales cuentan con las competencias iniciales para poder evaluar, pero se necesita un compromiso institucional.

- Por otra parte, se conocen las condiciones de trabajo del personal profesional auxiliar, pero no existe una valoración de las mismas de forma que se puedan producir mejoras y evitar problemas como las elevadas tasas de rotación y abandono del servicio como consecuencia del atractivo de otros servicios sociales y, en general, de otros servicios, por su mayor estabilidad laboral

PROPUESTAS DE MEJORA

«El SAD necesita renovarse...necesita un impulso».

Esta aseveración es compartida por los actores institucionales y profesionales públicos y privados, incluso por los/las familiares cuidadoras y la parte más consciente de las personas beneficiarias del SAD municipal.

Una vez superada la fase crítica de la crisis económica y financiera que afectó especialmente al SAAD y dada la existencia de una oferta de SAD municipal estable, es el momento de prever qué impacto tendrá el envejecimiento en los próximos 15 o 20 años. Si bien no parece ser el momento de la integración de ambos sistemas, según los actores, sí es posible establecer una agenda de reformas que mejorando cada sistema los aproximen de manera progresiva, fortaleciéndolos y coordinándolos y, al mismo tiempo, situando en primer plano la mejora de la calidad del servicio de acuerdo con los criterios ya asumidos del enfoque de AICP, así como la medida de dicha calidad, de modo que la sociedad conozca no sólo que Cantabria dispone de sistemas de SAD que aspiran a ser costo-eficientes, sino que también generan bienestar individual y familiar y cohesión social.

En base a ello destacamos aquellas acciones o reformas que han generado un amplísimo consenso entre responsables institucionales, profesionales, proveedores, usuarios y familiares, muchas de ellas contempladas y propuestas por los propios actores.

1. Clarificar, unificar y potenciar las relaciones institucionales entre el SAD municipal y el del SAAD.

Son dos sistemas competenciales diferentes pero el contenido del servicio es relativamente común y también comparte un espacio de demanda la zona relativamente común de la fragilidad y la dependencia moderada. Gestionar adecuadamente esa franja es un objetivo realizable de acuerdo a lo que sostienen responsables y técnicos hasta tanto resulte posible proceder a la integración de ambas redes. Un aspecto que no debería demorarse es el de la unificación de criterios del servicio en todo el territorio de Cantabria (conceptualización del SAD, contenido prestacional, acceso, precio público, copago...).

2. ¿Coordinación o integración de redes de SAD?

La respuesta en la actualidad es la de mejorar la coordinación efectiva entre redes y estas con el sistema sanitario con el fin de reducir cargas administrativas e ir creando protocolos de comunicación y coordinación. La Estrategia de Coordinación para la atención integrada social y sanitaria marca el nuevo rumbo de la agenda institucional para los próximos años.

3. La mejora de los procesos de planificación y gestión

se concreta en compartir la demanda de las dos redes cuando sea necesario y adoptar sistemas de valoración adecuados y compartidos. Extender en las dos redes la metodología y la figura del gestor/a del caso que a la vez sea coordinador horizontal y vertical de los procesos de atención procuraría más calidad al servicio, más satisfacción a las familias y, por otra parte, obtendría resultados costo-eficientes. También implicar activamente a las empresas y entidades proveedoras del servicio en la valoración de los casos desde la lógica prestacional de la AICP.

4. La autonomía de las personas en el centro del sistema. Una de las conclusiones del análisis realizado es que las personas usuarias están demandando mayor autonomía en la toma de decisiones y que en el SAD se incorporen prestaciones de acompañamiento y apoyo personalizado. Ello supone todo un reto para el SAD que tiene que ampliar de manera efectiva un conjunto de prestaciones de apoyo. Lo instrumental se puede decir que está muy bien valorado, pero es insuficiente. Ciertamente este paso hacia adelante requiere de nuevas capacidades de los profesionales auxiliares, es decir, mayor formación y, también, nuevos incentivos profesionales. También se requieren hogares adecuados y productos de apoyo para hacer posible una nueva dinámica de apoyos, por lo que habría que integrar entre las prestaciones del SAD el asesoramiento en accesibilidad. Sobre todo, que a lo largo del proceso de definición del PAI o del modelo de atención en el ámbito de los SSM las personas puedan tomar las decisiones que les afectan directamente con el asesoramiento de los/las profesionales y el apoyo de los/las familiares solicitantes o cuidadores/as. Es lo que las propias personas beneficiarias denominan como “humanizar el servicio”.

5. El apoyo a las familias cuidadoras, que son quienes en mayor medida hacen posible que las personas en situación de dependencia puedan permanecer en sus hogares, resulta conveniente que sea reforzada mediante el asesoramiento y la formación sociosanitaria en el propio domicilio, ajustada a las necesidades de cada caso. Con contenidos para aprender a cuidar mejor y también para conocer estrategias de autocuidado. Además de formación, también las familias cuidadoras precisan contar con servicios y recursos de respiro que se ofrezcan de manera complementaria (SAD de sustitución, algunas horas en centros de día o estancias en residencias). El previsible incremento de la demanda de cuidados obliga a tratar de evitar la claudicación de las familias cuidadoras, lo que resultaría muy perjudicial tanto para la

calidad de vida de las personas como para las arcas públicas al demandarse recursos más onerosos, como la institución.

6. Sin empleo de calidad no puede haber un servicio de calidad. Las personas usuarias con conscientes de las condiciones de trabajo de las profesionales auxiliares. También los proveedores. Unas condiciones caracterizadas por un elevado estrés, elevadas tasas de rotación y bajos salarios. Las nuevas exigencias de contratación del servicio del SAD del SAAD permiten desde el inicio de 2019 una mejora de las condiciones de trabajo de las profesionales auxiliares. En este nuevo contexto, si se lograra una mayor estabilidad laboral, se podrían extender los procesos formativos dirigidos a garantizar el enfoque de AICP. Esta misma lógica debería ser extendida al SAD de los SSM, lo que requiere un mayor compromiso institucional y presupuestario.

7. La calidad y su evaluación permanente. La calidad percibida por las personas usuarias es satisfactoria, pero no conocemos la calidad completa de los servicios: de los procesos de producción y gestión del servicio, de sus resultados intermedios y, sobre todo, de sus resultados finales en su más amplio sentido. Los/las responsables institucionales y los/las técnicas afirman que la evaluación es necesaria, que existen bancos de datos, recogida de quejas y otras fuentes de información sobre las cuales trabajar, pero que no disponen de tiempo ni medios para hacer dicha evaluación exhaustiva. Dos condiciones positivas – voluntad de evaluación y fuentes de información -, y una condición negativa como es la falta de tiempo y medios. Será necesario romper el círculo vicioso que imposibilita llevar a cabo un objetivo que cuenta con un consenso total.