

# **INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SERVICIOS SOCIALES EN CANTABRIA**

Diciembre 2019

Manuel Aguilar Hendrickson  
Universitat de Barcelona

## **1. INTRODUCCIÓN**

## **2. LA RED DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

### **2.1 El desarrollo de la red**

### **2.2 Problemas**

### **2.3 Líneas de mejora**

**DAR ESTRUCTURA TÉCNICA COHERENTE A UNA RED COMPLEJA  
UN MODELO DE LIDERAZGO PARA EL SISTEMA**

## **3. LOS PROGRAMAS**

### **3.1 Programa de acogida y orientación**

#### **3.1.1 Desarrollo del programa**

#### **3.1.2 Principales problemas**

#### **3.1.3 Líneas de mejora**

**UNA REINGENIERÍA PARA SALIR DEL ATASCO  
POTENCIAR LA FUNCIÓN DE CRIBADO Y ACCESO A PROGRAMAS  
IMPULSAR DIFUSIÓN COMUNITARIA Y GRUPAL DE LA INFORMACIÓN**

### **3.2 Programa de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia**

#### **3.2.1 Desarrollo del programa**

#### **3.2.2 Principales problemas**

#### **3.2.3 Líneas de mejora**

**HACIA LA INTEGRACIÓN DE LAS DOS MODALIDADES  
DISEÑAR «PAQUETES DE ATENCIÓN»  
ESTUDIAR EL USO DE LA PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO PARA LA  
ATENCIÓN DOMICILIARIA  
IMPULSO DE LA ACCIÓN DE APOYO A CUIDADORES**

### **3.3 Programa de incorporación social**

#### **3.3.1 Desarrollo del programa**

#### **3.3.2 Principales problemas**

#### **3.3.3 Líneas de mejora**

**CLARIFICAR EL ALCANCE Y LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA  
ARTICULAR MEJOR LA INSERCIÓN LABORAL Y EL ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL**

### **3.4 Programa de atención a infancia y familia en riesgo de desprotección y desprotección moderada**

#### **3.4.1 Desarrollo del programa**

#### **3.4.2 Principales problemas**

#### **3.4.3 Líneas de mejora**

**POTENCIAR EL PROGRAMA  
MAYOR INTEGRACIÓN FUNCIONAL ENTRE SUS COMPONENTES**

## **4. REFERENCIAS**

## Manuel Aguilar Hendrickson

Profesor de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona, es especialista en temas relacionados con los servicios sociales de atención primaria y rentas de garantía de ingresos. Actualmente forma parte del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Entre 1983 y 1986 trabajó en el departamento de servicios sociales del Ayuntamiento de Palma. Desde 1987 es profesor de política social y servicios sociales, primero en la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Navarra (1987-1992), posteriormente en la Universidad Pública de Navarra (1992-2007) y desde 2007 en la Universidad de Barcelona.

Su actividad de investigación aplicada y asesoramiento en el campo de los servicios sociales incluye el apoyo al diseño, seguimiento y evaluación del programa Ingreso Madrileño de Integración (la renta mínima de la Comunidad de Madrid) entre 1990 y 1995; el apoyo al diseño del Ingreso Aragonés de Inserción (1992-94); la evaluación de los servicios sociales de atención primaria y la atención domiciliaria en Navarra y la elaboración de una propuesta para su reordenación (1997-1998); una investigación sobre la exclusión social y el diseño del Plan de Lucha contra la Exclusión a Navarra; los estudios de base per la elaboración del Plan contra la Exclusión y la reforma de la renta mínima de inserción en Madrid (2000-2001); y actividades de consultoría y asesoramiento técnico por encargo de diversos gobiernos autonómicos, la Diputación de Barcelona y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros. Ha participado a diversos proyectos de investigación científica sobre políticas sociales, servicios sociales, rentas mínimas e innovación social como WILCO, NURSOPOB e INCLUSIVE.

Es coautor de diversas obras como *El salario social sudado* (1989), *La caña y el pez* (1995) *Southern European Welfare States. Between Crisis and Reform* (1997), *Extranjeros en el purgatorio* (2003), *Reformas de las políticas de bienestar en España* (2009), *Servicios sociales y cohesión social* (2011), *Social Vulnerability in European Cities* (2014) y *Social Innovations in the Urban Context* (2016).

En los últimos años ha centrado su actividad de investigación en las transformaciones institucionales de los servicios sociales. Fruto de esta actividad son, entre otras, publicaciones como «Los servicios sociales: las tribulaciones de un sector emergente» (en Luis Moreno (ed.), *Reformas de las políticas de bienestar en España* 2009); «Los servicios sociales en la tormenta» (en *Documentación social* 2013); «Retos de los servicios sociales» (en *Presupuesto y Gasto Público* 2013); «La huella de la beneficencia en los servicios sociales modernos en España» (en Zerbitzuan 2010); «Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España» (FOESSA 2014); y «Servicios sociales comparados: entre la beneficencia y la inversión social» (en E del Pino y MJ Rubio (eds.), *Los estados de bienestar en la encrucijada*, 2016).

# 1. INTRODUCCIÓN

Este informe es el resultado de un trabajo realizado a partir de una serie de visitas, entrevistas y reuniones de discusión con profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Cantabria realizados entre diciembre de 2018 y junio de 2019. A lo largo del período se mantuvieron reuniones con técnicos del ICASS. Dichas reuniones permitieron recoger un número elevado de aportaciones sobre la situación, los logros y los problemas de la red de atención primaria.

El documento presenta algunos elementos clave de la situación de los SSAP, tanto acerca de su estructura, organización y dimensiones generales, como acerca de cada uno de los programas. En cada uno de los casos, se presentan algunos elementos descriptivos básicos, los principales problemas identificados y unas líneas de mejora. Dichas líneas deberán concretarse en acciones específicas. La intención de este informe es abrir el debate sobre las líneas de mejora, permitir la identificación y precisión de las que se consideran de mayor relevancia estratégica, como paso previo a su diseño en detalle.

## **2. LA RED DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

### **2.1. El desarrollo de la red**

En el diseño organizativo de los servicios sociales de primer nivel, habitualmente de responsabilidad local, hay dos grandes modelos de organización en España (a su vez con numerosas variantes. Por un lado, el que podría representarse con la denominación «servicios sociales de base», caracterizado por una serie de unidades relativamente pequeñas, integradas por profesionales de perfiles diferentes (trabajadores sociales, educadores y trabajadores familiares, habitualmente), responsables de la atención en un territorio no muy grande con frecuencia denominado «zona básica». En este modelo, las insuficiencias de estas unidades pequeñas para atender situaciones de cierta dificultad o complejidad suelen intentar paliarse estableciendo un segundo nivel intermedio entre la atención «primaria» y la «especializada» o «secundaria», formado por equipos de «área» que abarcan un cierto número de zonas básicas. En la mayor parte de los casos, los equipos de «área» son gestionados por administraciones diferentes de las que gestionan los servicios «de base».

El otro modelo es el que se formuló en su forma más clara y conocida en los inicios del Plan Concertado (García Herrero, 1988) y que sirvió de referencia para el mismo, aunque no se extendiera en la práctica a todas las comunidades autónomas. En esencia, el centro de gravedad lo constituye el «centro de servicios sociales», concebido como una estructura más compleja y de ámbito territorial mayor que los «servicios sociales de base». Un centro de servicios sociales suele incluir, bajo un único paraguas organizativo, una serie de unidades de trabajo social de ámbito territorial inferior al centro, y una serie de equipos de programa para el conjunto de las UTS del centro.

Las dos estructuras muestran cierta analogía. Se podría decir, a costa de cierta simplificación, que un servicio social de base es más o menos equivalente a una unidad de trabajo social, y los centros de servicios sociales equivalen a las estructuras de área (equipos intermedios o similares). En cierta medida la analogía es acertada, y algunas comunidades la utilizan para establecer equivalencias entre su diseño y el del Plan Concertado. Sin embargo, hay algunas diferencias significativas. En el primer modelo, los servicios sociales de base son habitualmente más variados en su composición profesional que las UTS, que a menudo sólo cuentan con trabajadores sociales. Además, en este modelo en muchos casos los niveles de zona y área no están en manos de la misma administración y con frecuencia son más servicios distintos que cooperan mejor o peor que partes de una estructura integrada de atención.

La red de servicios sociales de nivel primario en Cantabria tiene una estructura que sigue en líneas generales el primer modelo. Esto es habitual en comunidades autónomas uniprovinciales (en las que no existe una diputación provincial entre la comunidad y los municipios) y con una parte importante de su población dispersa. Son los casos de Asturias y Navarra, por ejemplo. El modelo de los centros de servicios sociales es más fácil de implantar en municipios de dimensiones mayores y hasta cierto punto aparece en estas comunidades en sus capitales.

Las características de la red primaria existente están recogidas en detalle en publicaciones del Gobierno de Cantabria (Dirección General de Política Social, 2019; ICASS, 2019), por lo que no presentaremos los datos detallados aquí. Nos limitaremos a recoger algunos datos clave. Hay que advertir que hay algunas pequeñas inconsistencias entre los datos. Los datos de la memoria general recogen personas diferentes que han estado empleadas en los SSAP de acuerdo con su pertenencia al equipo básico o a programas.

Los cuadros que presentamos recogen los empleados (traducidos a equivalentes a tiempo completo) tal como los presentan las memorias de los diferentes SSAP. Incluyen con frecuencia personal contratado con cargo a otras fuentes de financiación (sobre todo convenios empleo-corporaciones locales) cuya duración puede ser muy variable. En algunos casos las memorias no ofrecen datos lo bastante precisos, y hemos intentado aproximarnos tanto como ha sido posible.

**Cuadro 1. Recursos humanos de la red de SSAP 2017**

	Equipo básico y refuerzos	SAD y cuidados	Dinamiza-ción mayores	Centro día Infancia	Interven-ción familiar	P. infancia	Mujer	P. inclusión	P. comuni-tarios	Aloja-miento	Total
Coordinador	1										<b>1</b>
T social	83,3	1,8	0,5	9,8	0,4	1	1	0,5			<b>98,3</b>
Coord. SAD		6,5									<b>6,5</b>
Educador social	46,9				1,9	3		1,5	3,3		<b>56,6</b>
Integrador social	1,5		0,5	1,5	1,5	2		1	1,3		<b>9,3</b>
Anima./monitor	0,4		1			11		0,4	6		<b>18,8</b>
Psicólogo	3,4	0,5				2,1	1	0,5	1		<b>8,5</b>
Otros T superiores	8,1			0,8				0,1			<b>8,9</b>
AAD/TF		559,1									<b>559,1</b>
Administrativos	46										<b>46</b>
Otros	12,5	6,4	1,5	5,1	0,6	2,1	0,3	1,3	1	1	<b>31,7</b>
<b>Total</b>	<b>203,1</b>	<b>574,3</b>	<b>3,5</b>	<b>17,1</b>	<b>4,4</b>	<b>21,2</b>	<b>2,3</b>	<b>5,3</b>	<b>12,6</b>	<b>1</b>	<b>844,7</b>

Fuente: ICASS, Servicios sociales de atención primaria. Memoria 2018

Como sucede habitualmente en los servicios sociales «primarios», el peso de la atención domiciliaria es muy importante. En el caso de Cantabria, hay que tener en cuenta, además, que la atención domiciliaria enmarcada en el SAAD no está contabilizada aquí.

Es difícil establecer comparaciones con otras comunidades, dadas las notables diferencias de características territoriales, por un lado, pero sobre todo la carencia de estadísticas comparables. La principal fuente de ámbito nacional (las memorias del Plan Concertado) recogen una información limitada que se refiere a los puestos de trabajo financiados en el marco del plan, que en ocasiones tienen poco que ver con los puestos de trabajo reales. Además, excluyen al País Vasco y Navarra, de especial interés para la comparación con Cantabria por proximidad y similitud geográfica.

Para el caso de Navarra si disponemos de datos bastante comparables. Están recogidos en el cuadro 2. Como se ve, la red cántabra dispone de una plantilla de trabajadores sociales apreciablemente menor en relación con la población, tanto si se incluyen los equipos de área como si no. Para el conjunto de la atención primaria (zonas y áreas), Cantabria cuenta con un trabajador social por cada 5.500 habitantes, mientras Navarra cuenta con uno cada 2.800. Se trata de una diferencia apreciable, entre dos comunidades de tamaño similar y de estructura territorial no muy diferente.

Sin embargo, las distancias son mucho menores (e incluso inversas) en cuanto a otros recursos humanos. La ratio de educadores (incluyendo educadores e integradores sociales) por habitante es de uno cada 5.100 en Navarra y de uno cada 6.500 en Cantabria. La red cántabra está mejor dotada de psicólogos (uno cada 27 mil habitantes, frente a uno cada 37 mil en Navarra), y la dotación de trabajadores familiares y auxiliares de atención a domicilio es superior en Cantabria, máxime teniendo en cuenta que faltaría contabilizar la atención domiciliaria a personas dependientes en el caso de Cantabria.



**Cuadro 2. Recursos humanos de los SSAP/SSB y del conjunto de la atención primaria en Navarra y Cantabria**

		2018	2017
		Navarra	Cantabria
	Población	640.476	580.295
<b>En SSB/SSAP</b>			
Equivalentes a TC	Empleados	780,9	844,7
	Trabajo social	185,5	98,3
	Educación social	92,0	65,9
	TS, educación social o equivalente	277,5	164,2
	Psicología	4,2	8,5
	TF/AAD	348,0	559,1
	<b>Habitantes por ETC</b>		
Empleados	Empleados	820	687
	Trabajo social	3.453	5.903
	Educación social	6.962	8.806
	TS, educación social o equivalente	2.308	3.534
	Psicología	152.494	68.270
	TF/AAD	1.840	1.038
	<b>Total atención primaria (incluye equipos de área)</b>		
Equivalentes a TC	Empleados	886,3	891,7
	Trabajo social	224,3	105,3
	Educación social	126	88,9
	TS, educación social o equivalente	350,3	194,2
	Psicología	17,2	21,5
	TF/AAD	348	559,1
	<b>Habitantes por ETC</b>		
Empleados	Empleados	723	651
	Trabajo social	2.855	5.511
	Educación social	5.083	6.528
	TS, educación social o equivalente	1.828	2.988
	Psicología	37.237	26.990
	TF/AAD	1.840	1.038

Fuente: Memorias de los SSAP (Cantabria) y Departamento de Derechos Sociales (Navarra)

Esta comparación no pretende tener ningún valor normativo. Ni Cantabria ni Navarra pueden considerarse un modelo de referencia normativa al cual deba uno acercarse. Por ejemplo, en el caso de Navarra los límites de la atención domiciliaria son un problema reconocido. Se trata de tener alguna referencia que sitúe el desarrollo de la atención primaria en Cantabria en relación con otras comunidades.

## 2.2. Problemas

La opción por el modelo de «servicios sociales de base» y «equipos intermedios» que caracteriza el modelo cántabro ha venido condicionada por las propias características territoriales de la región. Ha permitido disponer de una red con una fuerte penetración capilar en el territorio que facilita el acceso a los servicios sociales, especialmente en zonas rurales de población dispersa. Esa opción «inevitable», sin embargo, es fuente de algunos de los principales problemas del nivel primario.

La fragmentación de la red es probablemente el que mejor resume estas dificultades. La fragmentación aparece en varias dimensiones. De las 31 unidades del nivel primario básico<sup>1</sup> sólo 5 cuentan con más de 20 mil habitantes (el antiguo umbral de obligatoriedad de los servicios sociales municipales). De los restantes, la mitad, 13, cuenta con una población inferior a 10 mil habitantes y en muchos casos con un número elevado de municipios y núcleos de población. Si se tiene en cuenta sólo el personal del equipo básico, dos SSAP cuentan con un sólo trabajador social y 23 con sólo dos trabajadores sociales. Hay que tener en cuenta que muchas de estas zonas son las más complejas desde el punto de vista de la distribución de la población (a pesar de su tamaño reducido), y la necesidad de ofrecer atención en múltiples puntos «fragmenta» a los equipos. En ocasiones supone un «reparto» de los puntos de atención entre los profesionales, cosa que se traduce en la creación de mini-zonas de facto de menor tamaño y con un sólo profesional. Además, hay que recordar que estos trabajadores sociales son responsables no sólo de la atención a la demanda de información y orientación sino también de la intervención profesional en los diferentes programas (atención domiciliaria a no dependientes, atención a la infancia en riesgo leve y moderado, etc.). Eso lleva en ocasiones a una «descarga» de la responsabilidad de algunos casos en los educadores y en otras figuras profesionales, contribuyendo así a una mayor fragmentación y a una debilidad del trabajo en equipo.

El trabajo en equipo no sólo padece por esta fuerza centrífuga que lleva a cada profesional a intentar cubrir su «frente» particular, sino por la gran debilidad de la función directiva. La mayor parte de los equipos carecen de una figura reconocida de coordinador. Dicha figura no está prevista formalmente y en muchas ocasiones resulta difícil convencer a ningún miembro del equipo que asuma una función para la que carece

---

1 La ordenación actual no encaja plenamente con el modelo establecido por la normativa. Aunque en principio cada zona básica de servicios sociales debería contar con un servicios social de atención primaria (SSAP), las situaciones son diversas. Hay zonas que cuentan con más de un SSAP, y hay alguna zona «repartida» entre varios SSAP. En lo que sigue ignoraremos dichas anomalías y tomaremos como referencia el SSAP como si equivaliera a la zona básica.

de autoridad y reconocimiento. Ello refuerza la tendencia centrífuga entre sus miembros.

Por encima del nivel de zona básica o SSAP tampoco existe una estructura de liderazgo operativo y estratégico suficiente. Los equipos territoriales carecen de la capacidad para desarrollar plenamente la función de coordinación de los SSAP y de éstos con los servicios especializados que prevé la Ley de Derechos y Servicios Sociales de Cantabria. Al nivel del Gobierno de Cantabria sólo existe una sección (unipersonal) del ICASS dedicada al los SSAP, del todo insuficiente para ir más allá del seguimiento de los convenios, la financiación y el control de la actividad de los SSAP. Esta situación hace casi imposible impulsar líneas de actuación estratégicas en el conjunto de los SSAP, en especial cuando existe por medio una ruptura de la dependencia administrativa en relación con la estratégica.

Otro factor que debilita una red que ya no es pequeña es el recurso a una financiación no prevista per medio de los convenios Empleo-corporaciones locales. Junto con la financiación del Gobierno de Cantabria y la adicional de las entidades locales, muchas de éstas recurren a contratos temporales destinados a personas desempleadas de larga duración para reforzar sus equipos, desarrollar actividades complementarias de programas y para actividades estacionales. Aunque este recurso haya sido una forma de paliar insuficiencias de financiación con cargo a los presupuestos ordinarios, lo cierto es que presenta graves problemas. En primer lugar, aunque las personas contratadas sean formalmente desempleadas de larga duración, se trata con frecuencia de personas que por su cualificación no cabría considerar como de difícil empleabilidad, perfil éste para el que parecen más indicados los programas de empleo público temporal (por ejemplo, para los perceptores de Renta Social Básica que pueden trabajar). En segundo lugar, supone organizar una parte significativa de la actividad de los SSAP de forma continua con personal que debe sustituirse cada seis meses. Menos problemático resulta que algunas actividades estacionales pudieran financiarse de ese modo (con la salvedad del punto primero). Pero incluso en este caso la diversidad de usos prácticos de esta fuente de financiación debería ordenarse mejor.

### **2.3. Líneas de mejora**

A lo largo del desarrollo de los servicios sociales «primarios» en España han estado presentes dos concepciones diferentes de los mismos. Por un lado, la de entender los servicios primarios como simples «puertas de entrada» del sistema de servicios sociales, es decir, como «antenas» en el territorio de la administración responsable de los servicios especializados, que serán los proveedores de los servicios que necesita la ciudadanía. Se trataría de puntos de acceso, dotados de personal informador, orientador, valorador y tramitador de solicitudes de la ciudadanía, y en todo caso de un filtro de estas. Por otro, la concepción que entiende la atención primaria como el centro de gravedad del sistema de servicios sociales, un nivel que debe ser capaz de proveer una amplia gama de servicios a la ciudadanía, en especial cuando ésta no tiene que abandonar su lugar de residencia habitual.

Aunque la primera concepción haya estado presente desde los inicios de los servicios sociales de atención primaria y aún subsista, al menos en la forma de considerar esa su función primordial, lo cierto es que los servicios han evolucionado de hecho en la segunda dirección, aunque sólo de forma parcial. Los servicios sociales de atención primaria han expandido su acción, muy notablemente en la atención domiciliaria, pero también en otros campos. Sin embargo, esa expansión no ha ido acompañada en general de una apuesta clara por convertir el nivel primario en el centro de gravedad del sistema, encargándole la producción de los servicios que permitan resolver en el entorno habitual un amplio volumen de problemas y frenar la necesidad de recurrir a servicios residenciales.

Una decisión estratégica que tomar por los responsables políticos del sistema de servicios sociales en su conjunto es qué papel se le quiere dar a la atención primaria. Hay muchas razones que aconsejan centrar el esfuerzo futuro en la atención en la comunidad, aunque haya otras opciones legítimas y defendibles. Pero si se opta por una estrategia de servicios sociales fuertemente basada en la atención primaria, es necesario hacerlo de forma consecuente y abordar una reforma del conjunto de los servicios sociales, y de la atención primaria en particular, que permita llevar adelante esa opción. Las propuestas que se recogen en este informe parten de la base de que se opta por un modelo con fuerte protagonismo de la atención primaria.

## **DAR ESTRUCTURA TÉCNICA COHERENTE A UNA RED COMPLEJA**

Una primera línea de actuación para una reforma de la atención primaria es darle consistencia técnica al conjunto de sus actuaciones. Aunque se mantenga la fragmentación entre diferentes administraciones, el diseño de un modelo de atención para el conjunto de la atención primaria, coherente con el diseño de la atención secundaria puede ser una poderosa herramienta para dar consistencia al nivel primario. Este diseño debe abarcar de forma integrada al conjunto de la atención primaria (zona/SSAP y área/equipos territoriales), entendidos como componentes de un mismo dispositivo de atención. Ello supone sustituir la lógica de derivación entre SSAP y equipos territoriales de los casos en función de la intensidad de la atención, por una lógica de cooperación en la que profesionales de los dos «niveles» pueden colaborar en la atención a los casos de formas diversas (apoyo y orientación al responsable del caso, ayuda y validación de las valoraciones, intervención conjunta cuando sea necesaria).

Construir una estructura técnica coherente para la atención primaria supone al menos abordar las siguientes cuestiones:

- a) Partir de la estructura actual de cuatro programas para reforzarla y darle mayor profundidad, y articular los programas para el conjunto del nivel primario (SSAP y equipos territoriales). Ello supone asegurar que existe una

especialización de una parte sustancial de los recursos humanos de la red en cada uno de los programas. Esa especialización no resulta sencilla con un número importante de unidades (SSAP) con un número reducido de profesionales. Por ello deben explorarse vías para avanzar en esa dirección. Existen varias posibilidades para hacerlo, todas las cuales presentan problemas, pero también potencialidades.

- b) Construir un sistema conjunto y compartido de estratificación de las poblaciones atendidas en el marco de los programas existentes. Se trata de diferenciar tipos de situaciones que correspondan a diferentes «modelos de respuesta» en cada uno de los programas. Las situaciones-tipo se identificarán a partir de sus características (intensidad de los problemas, capacidad propia de respuesta, factores añadidos de complejidad) y deben servir para ajustar los recursos (en volumen y naturaleza) asignados a cada uno de ellas, así como para prever necesidades de atención futura.
- c) Los modelos de respuesta deberían ser definidos en términos de «paquetes de atención», es decir, de conjuntos de «prestaciones» o «servicios» que se ofrecen conjuntamente a las personas porque se considera que permiten una respuesta efectiva a la situación. Se trata de superar una concepción aislada de las prestaciones. Por ejemplo, determinados casos de personas dependientes en su casa con apoyo familiar podrían recibir un «paquete» formado por una serie de horas de atención domiciliaria profesional, (un curso de) formación de la persona cuidadora, apoyo a la persona cuidadora por medio de un grupo y alguna estancia de respiro. Ese «paquete de atención» incluye prestaciones diferentes y que en la actualidad se proveen desde lugares y administraciones diferentes. Con independencia del proveedor, el «paquete» debe aparecer como unitario a las personas atendidas.
- d) La estratificación de poblaciones debe realizarse con la ayuda de una caja de herramientas de valoración compartida y validada. En la actualidad se dispone de algunas herramientas, como las de valoración de la dependencia y del riesgo infantil. Se necesita de un abanico más amplio de herramientas para valorar diferentes aspectos. En el caso de la dependencia, la escala mide razonablemente bien (con algunos problemas conocidos) la falta de autonomía funcional. Sin embargo, no permite valorar (y no debe hacerlo) la capacidad de autogestión de los cuidados por la persona o por su entorno inmediato, o el tipo de combinación de cuidados más idóneo. La valoración de las situaciones (orientada a proponer un determinado modelo de atención) tampoco es el resultado automático de las herramientas de valoración. Requieren de una combinación de criterio profesional, resultados de las herramientas de valoración, y de las preferencias y prioridades de las personas atendidas.
- e) Finalmente, es necesario establecer un diseño básico de procesos y procedimientos para el conjunto de la atención primaria. Los diseños de

procesos corren en ocasiones el riesgo de su aplicación mecánica. Pero la ausencia de un diseño básico supone un factor de confusión muy importante. Un diseño flexible debe permitir un margen de adaptación a las situaciones peculiares, pero debe basarse en un modelo de referencia compartido. Es importante que los procesos estén concebidos alrededor de los itinerarios que siguen las personas en su atención.

## UN MODELO DE LIDERAZGO PARA EL SISTEMA

Un sistema complejo pero integrado necesita, junto con la mencionada «estructuración técnica», mecanismos de liderazgo adecuados que aseguren su funcionamiento. Este liderazgo es complejo siempre, y especialmente en un sistema que está fragmentado en unidades de pequeño tamaño y atravesado por barreras político-administrativas.

Tras los cambios en la legislación básica de régimen local se barajó la posibilidad de concentrar la gestión de los servicios sociales locales en la administración autonómica. Dicha posibilidad fue descartada en su momento por los problemas administrativos y de gestión que conllevaba, y no está hoy sobre la mesa. En este documento se supone que la cuestión está cerrada, al menos por el momento, y que las administraciones locales seguirán teniendo un papel muy importante en la gestión de estos servicios. Ello no debería hacer olvidar que, si bien la integración en una sola administración no resuelve el problema por sí misma, la pervivencia de varias administraciones (y gobiernos *políticos*) dentro de una red de servicios y separando a sus componentes introduce un factor de complejidad añadida que deberá ser compensado con un esfuerzo adicional de negociación, entendimiento y gestión flexible. A lo largo de este informe se proponen formas de relación entre los componentes de los servicios sociales «primarios» (de gestión autonómica y local) que son compatibles con el reparto actual de competencias. Sin embargo, en la medida en que una estrategia de desarrollo de la atención primaria como la propuesta avanza, es probable que se vea la conveniencia de ajustar el reparto de tareas entre las administraciones que es, conviene recordarlo, competencia exclusiva del legislativo cántabro.

Los elementos básicos del mecanismo de liderazgo del nivel primario deberían ser los siguientes:

- a) El liderazgo *estratégico* del sistema debe corresponder al Gobierno y al Parlamento de Cantabria. Los objetivos estratégicos del sistema deben ser establecidos a ese nivel, con la garantía de que el conjunto de los recursos del sistema público de servicios sociales de Cantabria estará al servicio de esos objetivos estratégicos. Eso supone reducir al mínimo las posibilidades de que actores políticos de nivel inferior al autonómico puedan obstaculizar o distorsionar esos objetivos, sin perjuicio de que puedan tener otros objetivos

adicionales que no pongan en riesgo los generales.

El liderazgo estratégico requiere de la fijación de objetivos estratégicos claros y coherentes para el conjunto del sistema y de su nivel primario, así como de los mecanismos técnicos para orientar y apoyar a los niveles inferiores en el desarrollo de sus acciones.

- b) El liderazgo *operativo* puede y debe estar descentralizado en mayor medida. La variedad de situaciones que se observan en los diferentes territorios de Cantabria aconseja que puedan adaptarse a cada circunstancia las formas *concretas de alcanzar los objetivos estratégicos del sistema*. Pero no debe ignorarse que el ejercicio de ese liderazgo operativo descentralizado requiere del establecimiento de unidades operativas de tamaño suficiente. En la mayoría de los casos, la zona básica o el SSAP resulta insuficiente para la articulación operativa de la acción de la atención primaria. Ese papel debería situarse en un nivel equivalente a las áreas, bien con su configuración actual, bien adaptándola a una distribución más eficaz y compatible con el mapa administrativo local.

## **3. LOS PROGRAMAS**

### **3.1. Programa de acogida y orientación**

#### **3.1.1 Desarrollo del programa**

La Ley de derechos y servicios sociales de Cantabria define el programa de acogida y orientación social como «dirigido a toda la población» y orientado a «ofrecer intervención social a todas las personas que lo precisen». La Guía de programas establece como sus objetivos:

- Garantizar el acceso al Sistema Público de Servicios Sociales
- Ofrecer una primera respuesta a sus necesidades sociales
- Facilitar el acceso a las prestaciones de los servicios sociales y de otros sistemas de protección social

Sus principales actuaciones incluyen:

- Informar y apoyar la tramitación de las prestaciones de los servicios sociales
- Informar sobre las prestaciones de otros sistemas
- Evaluar situaciones personales, familiares y grupales o comunitarias
- Orientar sobre las intervenciones más adecuadas
- Difundir en la comunidad información sobre los servicios sociales

Adicionalmente,

- Orientación jurídica y psicológica
- Investigación para nuevas prestaciones y programas.

Las cuatro primeras actuaciones son prestaciones garantizadas como derecho y de



carácter gratuito. Las demás son prestaciones o actuaciones no garantizadas.

A ellas hay que añadir, con carácter obligatorio, la competencia municipal propia en «evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social» establecida en el artículo 25 de la Ley de bases del Régimen Local. Esta competencia incluye la posibilidad de requerir a los servicios sociales locales informes sobre las situaciones de vulnerabilidad o exclusión social para el acceso a servicios y prestaciones de diverso tipo, y la consiguiente emisión de acreditaciones de esas situaciones.

El programa cubre la totalidad del territorio de Cantabria, y cualquier residente en la comunidad cuenta con un punto de acceso al programa. Además, en 2018<sup>2</sup> se desarrollaron un total de 43 proyectos adicionales a los garantizados en este programa, en entre 8 y 10 SSAP. Su contenido fue fundamentalmente de orientación jurídico y psicológica (19 programas) y de difusión comunitaria de la información (10 programas).

En el marco del programa se desarrollaron en 2018 unas 71 mil actuaciones (trámites y derivaciones). Los principales tipos de actuaciones fueron la tramitación de prestaciones económicas para cubrir necesidades básicas (casi 23 mil) y las relacionadas con los cuidados personales (más de 20 mil) que incluyen 11 mil relacionadas con la atención a la dependencia y la discapacidad y unas 9 mil con otros tipos de apoyos domiciliarios. Le siguen en importancia el acceso de ayudas a familias (casi 10 mil) y al termalismo y turismo sociales (casi 4 mil). En cuanto a las derivaciones, se realizaron algo más de 9 mil, entre las que predominan las no especificadas (unas 4.300 mil) y las relacionadas con la incorporación sociolaboral (unas 3.400).

**Cuadro 3. Actuaciones del programa de acogida y orientación de los SSAP de Cantabria en 2018**

<b>Tramitaciones</b>	<b>61.769</b>
Acceso a prestaciones económicas para necesidades básicas	22.985
Dependencia, discapacidad y apoyos domésticos	20.685
<i>Dependencia y discapacidad</i>	<i>11.338</i>
<i>Otros apoyos domiciliarios</i>	<i>9.347</i>
Prestaciones familiares	9.821
Otras	4.284

2 ICASS, *Servicios sociales de atención primaria. Memoria 2018*, Santander, Gobierno de Cantabria 2019.

<b>Derivaciones</b>	<b>9.290</b>
Sin especificar	4.088
Incorporación sociolaboral	3.387
Infancia y adolescencia	782
Mujer	720
Drogodependencias y adicciones	313
<b>Total general</b>	<b>71.059</b>

Fuente: ICASS, Servicios sociales de atención primaria. Memoria 2018

### 3.1.2 Principales problemas

Los principales problemas y dificultades que se detectan en el desarrollo de este programa son los siguientes:

- a) Los procesos y procedimientos de trabajo no están formalizados. En las reuniones con profesionales se ha señalado este problema como una carencia importante.
- b) La implantación de la administración electrónica es aún muy limitada e inconsistente. Muchos procesos no se pueden gestionar de forma electrónica, y algunos de los que se pueden gestionar requieren de una tramitación paralela en papel. El seguimiento directo de procesos y expedientes por vía electrónica es casi inexistente.
- c) En las tramitaciones se producen con frecuencia situaciones en las que la administración debe solicitar a los ciudadanos la presentación de documentación justificativa de datos que obran en poder de la propia administración, dadas las dificultades de acceso e intercambio de informaciones.
- d) Las formas de organización del registro en las distintas administraciones locales es una fuente de problemas y atascos en los procesos de tramitación. Mientras que algunas administraciones locales han implantado medidas para agilizar el registro (registro en los propios servicios sociales, por ejemplo), otras mantienen registros centralizados que ralentizan las tramitaciones.
- e) Hay elementos que agravan las dificultades, en especial cuando la justificación de ciertas situaciones resulta especialmente compleja, y cuando las personas solicitantes tienen deudas pendientes con la administración.
- f) La distinción entre las funciones de simple tramitación, por un lado, y de

orientación social, cribado y acceso a programas por otro es poco clara y la tramitación administrativa acaba desplazando a la segunda función.

- g)* No existen criterios claros y compartidos sobre cómo identificar las situaciones que requieren de un «tratamiento», es decir, de una intervención en el marco de un programa específico, y cómo distinguirlas de las que sólo necesitan una información u orientación social de corta duración. Esta dificultad se agrava por la escasa especialización de los profesionales, de forma que el «acceso» a un programa puede no suponer la atención por un profesional especializado en el objeto del programa.
- h)* En cuanto a la acreditación de situaciones a efectos del acceso a otros servicios y prestaciones (tarifas energéticas reducidas, bancos de alimentos, etc.) no existen ni criterios ni procedimientos claros, y dan lugar a una carga de trabajo difícil de prever y gestionar.
- i)* Las dificultades mencionadas comparten en la mayoría de los casos los problemas de escasa definición de marcos y criterios y de insuficiente apoyo técnico para su adecuada gestión.

### **3.1.3 Líneas de mejora**

El programa de acogida y orientación social es un programa pivotal de los servicios primarios. Su función de respuesta a las situaciones puntuales, de detección de situaciones de dificultad, y de primer diagnóstico y encaminamiento hacia programas de tratamiento más especializados se ve muy limitada por sus funciones de gestión administrativa de prestaciones y derivaciones.

## **UNA REINGENIERÍA PARA SALIR DEL ATASCO**

Si perjuicio de los incrementos de medios que puedan ser necesarios en algunas zonas, la principal vía para aumentar los recursos humanos disponibles para las funciones de orientación social y cribado debería ser un rediseño en profundidad de los mecanismos de tramitación que formalice y simplifique los procesos y los automatice hasta donde sea posible. Se trata de liberar capacidad de trabajo técnico social hoy absorbida por un trabajo administrativo y de gestión. Ello supone abordar las siguientes cuestiones:

- a)* Formalizar y simplificar los procesos de tramitación de servicios y prestaciones, distinguiendo siempre que sea posible aquellos elementos de los procesos en los que sea necesaria la intervención de personal técnico-social de aquellos que son de pura gestión administrativa. Ello

supone elaborar un mapa general de procesos, e iniciar su formalización y racionalización por aquellos que supongan una mayor carga de trabajo en la actualidad.

- b)* Avanzar en la implantación de una administración electrónica que reduzca al mínimo la necesidad de procesos en papel. El diseño a la administración electrónica debe de permitir el acceso por canales diversos, que permita la iniciación de muchos trámites por la propia ciudadanía (con apoyo cuando sea necesario), por el personal administrativo de los servicios y por los profesionales cuando proceda.
- c)* Estudiar la implantación de canales de contacto con los SSAP por vía telefónica o de correo electrónico que permitan racionalizar los dispositivos de acceso en las zonas de baja densidad de población y dispersión geográfica. Por ejemplo, un sistema ágil de atención telefónica u online podría reducir la necesidad de permanencias de atención programadas y acumular visitas a las personas interesadas en función de la demanda efectiva. Igualmente debería estudiarse la viabilidad de formas de atención por videoconferencia cuando las circunstancias y la naturaleza de la entrevista lo haga aconsejable.
- d)* Establecer un sistema de información integrado de los servicios sociales que permita acceder con agilidad a la información necesaria para cada proceso de atención y facilite la atención en colaboración con otros sistemas como el sanitario o el de empleo.
- e)* Una vez que el sistema permita conocer con detalle el desarrollo de la actividad, estudiar la distribución de volúmenes y cargas de trabajo e identificar aquellos puntos de la red donde sea necesario un refuerzo de los recursos humanos.
- f)* La función de acreditar situaciones (de vulnerabilidad o riesgo, sobre todo) para que los ciudadanos tengan acceso a servicios y prestaciones de otras instituciones debe de ser regulada y ordenada. Conviene recordar que dicha función está atribuida a las administraciones locales por la vigente legislación básica de régimen local, pero ello no debería llevar a un encargo incontrolado y no acordado de acreditaciones. En primer lugar, debe quedar establecido que el encargo específico de este tipo de acreditaciones debe de estar regulado por una norma y no puede ser una iniciativa de cualquier entidad. Cuando se trate de entidades del tercer sector o de carácter privado, la regulación debe hacerse mediante un acuerdo entre la administración y los destinatarios de las acreditaciones, si la administración lo considera oportuno. En segundo lugar, debe dejarse claro que quien puede solicitar y obtener una acreditación de las previstas es el propio ciudadano, que le dará el uso que considere oportuno en relación con el programa para el que la solicite, y no se entregará directamente a la entidad en cuestión. En tercer lugar, aunque la

competencia para evaluar y acreditar las situaciones sea local, debe de ordenarse a escala de la comunidad autónoma, que además, tiene funciones de administración local. El Gobierno de Cantabria debería regular y ordenar los términos, contenidos y procedimientos para esas acreditaciones, simplificándolas al máximo.

## **POTENCIAR LA FUNCIÓN DE CRIBADO Y ACCESO A PROGRAMAS**

Es necesario potenciar la función de orientación, cribado (o «diagnóstico inicial») y acceso a programas del programa de acogida y orientación social. Para ello es necesario avanzar en la primera línea de mejora, de forma que se puedan liberar recursos humanos técnicos y dedicados a tareas administrativas. Sin embargo, esta línea de mejora no debería esperar a que se avance en la primera, y es posible identificar algunas acciones que permitirían avanzar en ese sentido.

En primer lugar, esta función de orientación social básica y de cribado y encaminamiento a programas o servicios (tanto si se trata del acceso a servicios de la atención primaria como de la derivación a otros cuando no proceda una atención conjunta) debe ser reconocida y valorizada con la dedicación de tiempo y recursos que necesita.

En segundo lugar, esta función debe contar con el apoyo de los programas más específicos en varios sentidos. En primer lugar, en la medida que los programas precisen sus sistemas de valoración y diferenciación de las situaciones, convendrá diseñar versiones simplificadas que permitan una primera selección en el programa de acogida. En general es posible establecer pequeños listados de indicadores o de preguntas que aconsejen el paso a un programa o indiquen que no es necesario.

En tercer lugar, el proceso de cribado y orientación debe escalonarse valorando y ajustando el papel de diferentes profesionales en el mismo. La primera acogida en los SSAP es realizada habitualmente por administrativos que desempeñan una tarea más compleja: ofrecer una primera información y aconsejar o no una entrevista con un trabajador social. El trabajador social de primera acogida igualmente realiza (cuando pasa a este segundo nivel) una función de cribado para el acceso o no a un siguiente nivel.

Las cuestiones clave en este asunto son, en primer lugar, valorar las sucesivas atenciones (informador, profesional de primera acogida, responsable de programa) como pasos sucesivos todos los cuales tienen un valor profesional (de distinto «grado»). La función de los «informadores» no es una mera labor de conserjes o administrativos, sino una tarea de intervención social (aunque de menor complejidad que las siguientes). En segundo lugar, los criterios para decidir el paso o no al siguiente escalón deben de ser claros y compartidos. En tercer lugar, hay que evitar que la persona atendida deba

transmitir la misma información varias veces a varios profesionales. Ello supone no pedir más información de la necesaria en cada nivel, y traspasar con agilidad al siguiente nivel la información recogida en el anterior. En ocasiones puede ser necesario reevaluar o verificar una información ya presentada, pero es muy distinto decir a una persona que hay que «repasar» o comprobar una nformación que ya se ha facilitado que volver a pedirla como si la información inicial se hubiera perdido.

## **IMPULSAR DIFUSIÓN COMUNITARIA Y GRUPAL DE LA INFORMACIÓN**

La función de información y orientación a la ciudadanía se ha asociado generalmente con la atención individual. La entrevista con un trabajador social se ha convertido en la principal forma de desarrollo de esta función. Sin embargo, la función puede desempeñarse de muchas formas. Se pueden difundir informaciones y elementos básicos de orientación mediante entrevistas individuales, mediante sesiones informativas en grupo, o mediante acciones comunitarias, desde su difusión en medios de comunicación locales hasta la creación de redes de «informantes cualificados» en servicios como farmacias, escuelas o centros de salud. La opción por cada una de estas modalidades y su combinación dependerán de la naturaleza de la información a transmitir, del volumen de personas a informar, de la acumulación temporal o espacial de las demandas y de la situación particular de las personas interesadas.

## **3.2. Programa de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia**

### **3.2.1 Desarrollo del programa**

El programa de *promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* de los servicios sociales de atención primaria tiene como finalidad, de acuerdo con la ley de Derechos y Servicios Sociales de Cantabria, «posibilitar [la] permanencia [de las personas en situación de dependencia] en el domicilio habitual el máximo tiempo posible». A raíz de la decisión de proveer el servicio de atención domiciliaria para personas en situación de dependencia por medio de un servicio centralizado del Gobierno de Cantabria, el programa se ha redefinido en la práctica hacia:

- Prevención de la dependencia y del agravamiento de sus efectos
- Favorecer la permanencia en el entorno habitual y la mayor autonomía posible de las personas en riesgo de perder la autonomía funcional
- Dar acceso a las prestaciones oportunas y, en especial, a las del SAAD
- Reducir las consecuencias negativas de la dependencia en las personas y su entorno

En este contexto, la responsabilidad de ofrecer apoyos para que las personas con limitaciones en su autonomía funcional puedan mantenerse en su entorno habitual y no necesiten trasladarse a una residencia queda compartida entre este programa de atención primaria y las acciones no residenciales de desarrollo del SAAD que están en manos del Gobierno de Cantabria.

Sus principales actuaciones son:

- Detección de situaciones de dependencia y de riesgo
- Intervención individual-familiar y acceso a prestaciones propias (SAD, teleasistencia y comida a domicilio) o del SAAD, así como a otras (ayudas técnicas, apoyo a cuidadores, etc.)
- Prestación de la atención domiciliaria mediante el SAD (en principio para no dependientes)
- Prestación de la teleasistencia
- Colaboración con otros servicios especializados y de salud

Además, están previstas las siguientes:

- Información comunitaria y sensibilización sobre el objeto del programa
- Prestación de comidas a domicilio
- Actividades de promoción de la autonomía
- Apoyo a personas cuidadoras

Una particularidad de la organización de la atención a las personas dependientes que residen en su domicilio en el caso de Cantabria es que la provisión de la atención domiciliaria, al igual que la de los centros de día, corresponde a la comunidad autónoma y no a las administraciones locales. Existen así dos servicios de atención domiciliaria, uno municipal para atención a personas en principio no valoradas como dependientes y otro, autonómico para atender a personas valoradas como dependientes.

Además, el circuito de acceso a los servicios y prestaciones del SAAD se produce por una vía mixta. Por una parte, los SSAP canalizan una parte sustancial de la demanda, al tratarse del principal proveedor de servicios como la atención domiciliaria (para no dependientes) y la teleasistencia, así como de las acciones de prevención y apoyo a cuidadores. Por otra, los centros de salud desarrollan el proceso de valoración de la dependencia, siendo el ICASS el organismo responsable del reconocimiento de la situación de dependencia, de realizar los PIA y de la gestión de servicios y prestaciones.

Las principales prestaciones del programa tienen una extensión importante. El SAD local prestó en 2018 858.799 horas de atención a un total de 4.194 personas a lo largo del año 3.362 en el mes de diciembre).

#### **Cuadro 4. Cobertura de los servicios de atención domiciliaria en Cantabria 2018**

	Usuarios en año	Usuarios dic 2018	Cobertura sobre 65+ (año)	Cobertura sobre 65+ (diciembre)
Teleasistencia	7.135	5.981	5,7	4,8
SAD (municipal)	4.194	3.362	3,4	2,7
SAD 65+ en conjunto (2017)	5.020		4,0	
Comida a domicilio	605		0,5	

Fuente: ICASS, Servicios sociales de atención primaria. Memoria 2018



La extensión del SAD en Cantabria se sitúa en una posición intermedia en comparación con territorios vecinos y con algunas características análogas. Los datos que facilita el IMSERSO para 2017 muestran una cobertura global anual de algo más del 4 por ciento de los mayores de 65 años, un nivel casi igual al de Asturias, sólo por debajo de La Rioja y Álava entre los territorios de la comparación, y por encima de Navarra y Guipúzcoa. Estas cifras deben tomarse con precaución, ya que en ocasiones hay modalidades de atención que no están plenamente recogidas, pero ofrecen una aproximación ajustada.

#### Cuadro 5. Cobertura de los SAD en 2017 en varias comunidades autónomas

	Usuarios 65+ 2017	Cobertura sobre 65+
Gipuzkoa	3.883	2,46
Navarra	3.189	2,52
Asturias	10.337	3,98
<b>Cantabria</b>	<b>5.020</b>	<b>4,03</b>
Álava	3.954	5,86
La Rioja	4.079	6,24

Fuente: (IMSERSO, 2019)

Otra aproximación al alcance de la atención ofrecida la ofrecen los datos del SAAD. A finales de 2018 había en Cantabria 20.401 personas reconocidas como dependientes y con derecho a prestaciones. De esas 20 mil personas, un 77 por ciento percibía en esa fecha alguna de las prestaciones o servicios, y un 22 por ciento no lo recibía por razones diversas. De las casi 16 mil personas que recibían servicios o prestaciones, 4.538 recibían atención residencial y 11.196 otras prestaciones en principio no residenciales. No es demasiado arriesgado suponer que de las personas que, teniendo derecho, no reciben servicios ni prestaciones, la práctica totalidad residirá en su domicilio y no en una residencia, aunque puede haber excepciones.

A pesar de las limitaciones de los datos, se puede estimar que unas 16.070 personas dependientes reconocidas residen en su domicilio (ver cuadro 6). De ellas, un 28 por ciento no reciben ninguna prestación (4.467), un 53 por ciento reciben la prestación para cuidados en el entorno familiar (8.438), un 12 por ciento son atendidas en centros de día (1.938) y un 7,7 por ciento reciben atención domiciliaria (1.227). No contabilizamos aquí la teleasistencia (recibida por 1.875 personas) porque en su mayor parte la

compatibilizan con alguna de las anteriores. En cuanto a los que no perciben «ninguna» prestación hay un número no determinado de personas que han renunciado a los servicios del SAAD porque prefieren la atención del SAD municipal por razones diversas. Esta anomalía hace que el número de personas «sin servicios» sea superior al real.

Estas cifras nos muestran una situación en la que los servicios profesionales de atención a domicilio ofrecen una cobertura aún muy limitada de la población dependiente que residen en su domicilio. Es probable, a tenor de lo que se conoce de otras comunidades, que una parte de los perceptores de las PCEF las utilicen para la contratación de cuidadores profesionales, sin tener la administración las garantías sobre la calidad y condiciones de esos cuidados que serían necesarias. Esa situación no es ilegal, pero no es la forma más deseable de provisión de servicios profesionales.

Hay razones diversas que pueden explicar el elevado peso de la PCEF. Por una parte, la existencia aún de una generación de personas cuidadoras que asumen plenamente esa responsabilidad, cosa facilitada por tener una edad a la que no se espera trabajar (en el caso de los cónyuges) o en la que es habitual un nivel de acceso al empleo aún bajo (en el caso de las hijas e hijos entre 55 y 64 años de edad). Esa reserva de mano de obra de cuidados informales limita la presión sobre los servicios aún con costes importantes para las personas cuidadoras. Pero, sobre todo, es un recurso para cuya disminución se debe preparar el sistema. Otras razones tiene que ver con las rigideces de la oferta de los servicios profesioanles y en ocasiones con los copagos, situación que debería revisarse a fondo.

**Cuadro 6. Personas atendidas por el SAAD en Cantabria en diciembre de 2018 según su situación**

Personas valoradas y con derecho a prestación	Reciben prestaciones	Residen	Servicios		
20.401	No	4.667			
	Si	15.734	En residencia	4.538	
			En casa	11.196	
				Centro de día	1.938
				Atención domiciliaria	1.227
				PCEF	8.438
				Sin prestaciones	4.667

### 3.2.2 Principales problemas

Los principales problemas de la atención domiciliaria en Cantabria han sido analizados en profundidad en un reciente estudio realizado por la Fundación Pilares por encargo del Gobierno de Cantabria (Rodríguez Cabrero et al., 2019). Aquí sólo sintetizaremos algunos de los más relevantes, junto con lo observado en el contacto con los SSAP.

En primer lugar, Cantabria, como el conjunto de las comunidades autónomas, se encuentra en una situación en la que los servicios que necesitan las personas dependientes exceden sus capacidades actuales de forma notable. En eso Cantabria no es una excepción, y ni siquiera las comunidades con mayor oferta de servicios alcanzan una situación satisfactoria. Al mismo tiempo, las posibilidades financieras de ampliar los servicios son limitadas, y hay suficientes indicios de que el modelo actual de servicios presenta limitaciones importantes que deben abordarse y superarse. La «queja» extendida sobre la insuficiencia de las horas recibidas, el problema de asegurar una continuidad personal en los cuidados o las necesidades de flexibilidad en ocasiones difíciles de compatibilizar con la organización de los equipos son cuestiones a tener en cuenta. No entraremos aquí en el fondo de esta cuestión, pero es clave para diseñar el futuro de la atención primaria de las personas dependientes o en riesgo de perder su autonomía funcional.

En segundo lugar, el problema más conocido de la actual atención domiciliaria en Cantabria es la existencia de una doble red, autonómica y municipal, cuyo componente municipal presenta a su vez una diversidad importante entre territorios. Los roces y problemas de la doble red aparecen recogidos en el antes mencionado informe, y tienen su expresión más clara en la preferencia de un parte de las personas dependientes por la atención municipal frente a la autonómica, por razones de precio (los copagos son en muchas ocasiones mayores que los municipales) o de continuidad de la atención (mantener a la misma persona que ha prestado la atención desde el SAD municipal).

En tercer lugar, el papel de las redes social (SSAP) y sanitaria (centros de salud) en el acceso al SAAD está estructurado formalmente, pero en la práctica presenta numerosas contradicciones. El acceso al SAAD a través de los centros de salud debía aligerar la carga de trabajo de los SSAP, pero en muchas ocasiones las mismas personas son también atendidas por los SSAP (por recibir SAD previamente, para acceder a otros servicios) y los mecanismos de cooperación e integración no parecen estar suficientemente afinados.

La existencia de estos dos problemas no debe entenderse como una descalificación del doble SAD o de la participación de los servicios sanitarios y sociales en el acceso al SAAD. Ambas opciones se tomaron porque presentaban algunas ventajas importantes, y no puede decirse que hayan sido globalmente negativas. Sin embargo, sí han puesto sobre la mesa algunos problemas importantes de coordinación y encaje que deben ser resueltos.

### 3.2.3 Líneas de mejora

El objetivo estratégico del programa debe de ser la prevención de la pérdida de autonomía funcional de las personas y la provisión de cuidados y apoyos para que quienes se encuentren en situación de dependencia puedan mantenerse en su entorno habitual con el máximo nivel de autonomía posible. Los medios necesarios para trabajar por esos objetivos se encuentran no sólo en la red primaria local, sino también en servicios de gestión autonómica y en el sistema de salud. Por ello, el programa debe diseñarse de forma conjunta y coherente con esa pluralidad de actores.

## HACIA LA INTEGRACIÓN DE LAS DOS MODALIDADES

Una mayor integración de los servicios de atención a domicilio debería ser una prioridad en este campo. Hay razones que explican el nacimiento de la doble red y justifican su persistencia actual. Pero las disfunciones a que da lugar y que ya han sido señaladas hacen aconsejable avanzar en la integración de los servicios.

Una mayor integración de los dos servicios no significa necesariamente fundirlos en un sólo programa dependiente de la misma administración. Es posible mantener dos servicios diferentes y al mismo tiempo lograr niveles de coordinación e integración entre los servicios que corrijan buena parte de los problemas actuales. Dado que no parece haber una opción por la fusión, esta propuesta se centra en las formas de coordinación.

En primer lugar, el conjunto de la atención a domicilio debe partir una definición del contenido y modalidades de los servicios, así como de sus precios de referencia y mecanismo de copago común y coherente. Los «productos» cuidados personales (o ligados a las ABVD), acompañamiento, limpieza doméstica, comida a domicilio y otros deben estar definidos del mismo modo para el conjunto de los dos servicios, lo cual, obviamente, no significa que deban proveerse todos a todas las personas atendidas. Debe definirse un número de «productos» que todos los SAD deben estar en condiciones de ofrecer obligatoriamente, dejando margen para que pueda haber algún servicio adicional de carácter voluntario y adicional.

El sistema de precios de referencia de los diferentes «productos» debe de ser común y coherente. No tiene demasiado sentido que una hora de un mismo tipo de atención tenga precios diferentes según el proveedor. Igualmente, el sistema básico para determinar el copago (en función de la capacidad económica) debería ser común para el conjunto de los servicios, con independencia de si la persona atendida está cubierta por el SAAD o no.

El sistema de precios y copagos debería resolver algunas cuestiones delicadas. En primer lugar, un sistema de copagos nunca debe de ser disuasorio. Si el precio a pagar por hora se acerca o incluso supera el precio de la hora de atención en el mercado (aunque sea en el mercado «gris» que está extendido en este campo), se introduce un fuerte

incentivo a renunciar al servicio en favor de la PCEF que puede usarse con mucha flexibilidad. En segundo lugar, no tiene sentido que una atención que resulta más imprescindible (por la situación de dependencia de la persona atendida) sea mucho más cara que la atención no-imprescindible, aunque útil, a las personas relativamente autónomas. Más horas de atención pueden tener que costar más, pero sería importante escalar los precios de forma inversa, del mismo modo que el precio horario de un trabajo por horas es superior al precio horario de un trabajo a jornada completa o parcial. En tercer lugar, si algunos gobiernos locales quieren que sus ciudadanos puedan utilizar los servicios de atención domiciliaria de forma gratuita, ello debería hacerse por medio de una prestación municipal para subvencionar el copago, y no mediante un precio cero. Ese esfuerzo por facilitar a los vecinos el acceso en mejores condiciones debería ser extensivo a cualquiera de las modalidades del SAD, directamente municipal o del SAAD.

Finalmente, debería estudiarse la posibilidad de que, en algunos casos, el proveedor del SAD para dependientes («comprado» por la Fundación Cántabra de Salud y Bienestar Social) pudiera ser un SAD municipal. En esos casos, la Fundación «pagaría» al ayuntamiento o mancomunidad en tanto que proveedor de un servicio en las condiciones del SAAD. Ello permitiría, en especial en territorios de población dispersa, mejorar la continuidad de los cuidadores profesionales y su arraigo en el territorio.

## **DISEÑAR «PAQUETES DE ATENCIÓN»**

El programa de promoción de la autonomía y atención a la dependencia debería estructurar paquetes de prestaciones pensadas para situaciones tipo. El diseño concreto excede el objeto de este informe. Articular una atención centrada en persona supone salir de la lógica de «prestaciones sueltas» a las que se accede o no, para diseñar conjuntos («paquetes») de prestaciones y servicios para ser utilizados de forma conjunta. Las personas atendidas por el SAD, por ejemplo, pueden tener cuidadores familiares necesitados de formación y apoyo y de momentos de respiro.

Este diseño debe atravesar las barreras administrativas. En la actualidad, los diferentes componentes de un paquete como el mencionado están en manos de la FCSyBS, de los SSAP municipales, de los centros de salud y probablemente de entidades sociales. En el diseño de esos paquetes de atención debe tenerse en cuenta la intensidad de los problemas (en este caso el grado de dependencia), pero también la capacidad de gestión de la atención por las personas dependientes o sus familiares.

## **ESTUDIAR EL USO DE LA PRESTACIÓN VINCULADA A SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA**

Para las situaciones de personas que deben de ser atendidas a domicilio debería estudiarse la viabilidad de una modalidad en ese momento inexistente en Cantabria y que empieza a probarse en otras comunidades. Se trata de una prestación vinculada a servicio que permita a la persona cuidada contratar servicios profesionales directamente. Esta opción, indicada especialmente en los casos de mayor capacidad de gestión de las personas usuarias, permite comprar servicios domiciliarios de forma mucho más flexible y adaptada a las necesidades de la persona. Permitiría igualmente reconocer como servicios acciones de este tipo hoy ocultas en el uso de la PCEF.

## **IMPULSO DE LA ACCIÓN DE APOYO A CUIDADORES**

El apoyo a las personas cuidadoras, que hoy constituye una de las actuaciones adicionales del programa, de de ser potenciada y extendida. Es una de las actuaciones mejor valoradas y más necesarias en un modelo en el que los cuidadores familiares siguen teniendo un peso muy importante, se presten o no servicios profesionales al mismo tiempo.

## **3.3. Programa de incorporación social**

### **3.3.1 Desarrollo del programa**

De acuerdo con la Ley de Derechos y Servicios Sociales de Cantabria, el programa de incorporación social tiene como finalidad «posibilitar la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social en cualesquiera de sus ámbitos». De forma más concreta, los objetivos establecidos en la guía de programas pueden sintetizarse así:

- Prevenir y frenar los factores que pueden propiciar situaciones de vulnerabilidad, riesgo o exclusión social.
- Favorecer la plena participación de las personas en situación de exclusión o de riesgo.
- Reducir impacto de las situaciones de exclusión en las personas y su entorno.
- Facilitar acceso a prestaciones propias y de otros sistemas de protección social relacionadas con el objeto del programa.

Las principales actuaciones previstas son las siguientes:

- Detectar situaciones de riesgo y de exclusión en contacto con la comunidad
- Intervención individual/familiar en relación con los objetivos arriba señalados.
- Acceso a prestaciones para cubrir necesidades básicas y hacer frente a la exclusión (RSB, ayudas de emergencia, etc.)
- Elaboración y seguimiento de convenios de incorporación social.
- Intervención socioeducativa individual, familiar y grupal de tipo preventivo y de apoyo a la incorporación.
- Teleasistencia móvil para víctimas de violencia de género.
- Alojamiento alternativo para personas sin hogar o en situaciones de emergencia.
- Colaboración y coordinación con servicios especializados, de empleo y de educación.

Además, están previstas como acciones complementarias:

- Información comunitaria y sensibilización social sobre la exclusión.
- Gestión de prestaciones económicas locales.

- Acogida e integración social de inmigrantes.
- Prevención en diversos campos relacionados con el riesgo de exclusión (drogas, dinamización juvenil o de adultos, prevención de la violencia).

El programa tiene un ámbito de población atendida importante. Por lo que se refiere a la atención directa, se puede estimar que entre 7.500 y 11.000 personas percibieron prestaciones económicas (RSB, emergencia y locales). Unas 4.600 recibieron una atención de tipo más intenso (acompañamiento social y otros apoyos).

### **3.3.2 Principales problemas**

El diseño del programa de incorporación social contiene algunos elementos en tensión bastante habituales en programas similares en este campo. Por un lado, se vincula al programa el acceso a prestaciones económicas que tienen como objetivo paliar las situaciones de carencia o insuficiencia de ingresos, prolongadas o puntuales, que no quedan cubiertas por los mecanismos generales de garantía de ingresos. Esta vertiente encaja plenamente en el concepto de asistencia social, que sigue estando en manos de los servicios sociales autonómicos y locales. Por otro lado, se concibe el programa como un dispositivo de los servicios sociales para promover la incorporación social (y colateralmente la laboral) de personas que se encuentran con dificultades para rehacer sus procesos vitales por razones muy diversas (desde la discapacidad hasta haber sufrido la violencia de género)

Estos dos tipos de funciones responden a lógicas diferentes. En primer lugar, es cierto que una parte sustancial de las personas con necesidades derivadas de la carencia de ingresos tienen también problemas de incorporación, pero no es así en todos los casos; como, a la inversa, no todas las personas que necesitan apoyos para su participación social tienen problemas de carencia de ingresos. Se trata, por tanto, de poblaciones que en parte coinciden y en parte no.

En segundo lugar, las lógicas técnicas de ambas funciones son diferentes. Mientras que la primera se centra en la comprobación de circunstancias y requisitos, la segunda tiene que ver con establecer relaciones de confianza y acompañar el uso de diversos recursos de apoyo social. Ambas cosas son necesarias, pero responden a lógicas muy diferentes, cosa que hace problemática su coincidencia en un mismo equipo profesional.

Estas tensiones se manifiestan en la actual red de servicios de varias maneras. Por un lado está extendida una concepción según la cual «toda prestación económica debería ir acompañada de una intervención social», mientras la práctica parece la opuesta, con el casi nulo desarrollo de los convenios de incorporación en relación con la RSB. Además, en muchos casos está presente la idea de que la inserción (fundamentalmente laboral) debería servir para «resolver» el problema de carencia de ingresos, que entra en contradicción con la escasez de medios dirigidos a la inserción laboral de los perceptores, así como con el hecho de que una parte sustancial de las oportunidades laborales no



resuelven el problema de la insuficiencia de ingresos. Este papel central atribuido a lo laboral (desde el punto de vista de la «filosofía de fondo») entra en contradicción con la realidad de unos servicios que en todo caso podrían ocuparse de la incorporación social, y acaban absorbidos en buena medida por la gestión del acceso a las prestaciones.

La falta de herramientas de valoración de las dificultades de incorporación es otro elemento problemático del programa. En el caso del programa de incorporación es necesario no sólo disponer de herramientas de valoración sobre la intensidad de los problemas de exclusión social, sino también de herramientas que permitan diferenciar oportunidades de acceso al mercado de trabajo, que deben ser compartidas y consensuadas con los servicios de empleo.

Por lo que se refiere a las ayudas de carácter local, fundamentalmente de tipo no periódico, aparecen dos dificultades que deben ser tenidas en cuenta. Por un lado, el carácter local de las prestaciones hace que con frecuencia se establezcan requisitos de tiempo de residencia en el municipio (no en Cantabria) que perjudican a las personas que han debido de cambiar recientemente de lugar de residencia. Por otro, aparece el conocido problema de las ayudas económicas de carácter subvencional, sometidas a la exigencia de carecer de deudas con la administración pública. Es frecuente que personas que se hallan en situaciones difíciles precisamente tengan ese tipo de deudas pendientes.

Las tensiones y dificultades antes planteadas, y que pesan con fuerza en el funcionamiento del programa, no deberían tapan la existencia de prácticas interesantes que deberían potenciarse y difundirse. Algunas experiencias en el campo de la salud mental y la discapacidad (como el proyecto Cultivando Inclusión o las experiencias de acceso a la atención de salud mental mediante videoconferencia con apoyo) suponen avances en el espacio propio de la inserción social que deben ponerse en valor.

### **3.3.3 Líneas de mejora**

## **CLARIFICAR EL ALCANCE Y LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

Hay que realizar un esfuerzo por precisar el alcance del programa de incorporación social. Por un lado, y como se explica en el punto siguiente, es necesario clarificar los límites entre los espacios de inserción laboral e incorporación social así como los puntos de confluencia. Por otro, el límite entre las responsabilidades del programa «primario» de incorporación social y posibles dispositivos especializados debería definirse mejor. En los demás programas, los límites entre la «primaria» y el nivel secundario pueden estar algo más claros (aunque siempre sean problemáticos). En el caso de la incorporación social, si se opta por incluir en la acción del nivel primario las actividades que se realizan en situaciones de alta exclusión, será necesario prever equipos y recursos de la suficiente especialización y capacidad en la red primaria.

## **ARTICULAR MEJOR LA INSERCIÓN LABORAL Y EL ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL**

Es necesario superar la actual situación de escasa acción de incorporación en relación con las personas perceptoras de Renta Social Básica. No se pone en cuestión aquí el grado de condicionalidad de la RSB. La actual normativa prevé que los perceptores firmen un convenio de incorporación social (salvo que el problema sea estrictamente económico) y que mantener la inscripción como demandante de empleo de las personas en edad y condiciones de trabajar. Es un modelo flexible que permite diferenciar situaciones y graduar la condicionalidad. Sin embargo, hay una percepción extendida de que «no se hace nada» con los perceptores a falta de una regulación más clara de los convenios. Sea eso cierto o no (hay indicios de que efectivamente se interviene con al menos una parte de los perceptores), es importante revertir esta situación, que crea malestar y envía un mensaje inadecuado a las personas perceptoras.

Un elemento clave para cambiar esta situación es diferenciar en concreto (en la normativa ya está previsto) entre varios tipos de situaciones:

1. Personas perceptoras de RSB que estén en condiciones de trabajar (o estén trabajando) y no presenten dificultades sociales especiales que limiten su participación laboral.
2. Personas perceptoras de RSB que no estén en condiciones de trabajar y no presenten dificultades sociales especiales.
3. Personas perceptoras de RSB que no estén en condiciones de trabajar y sí presenten dificultades sociales especiales.
4. Personas perceptoras de RSB que estén en condiciones de trabajar pero que presentan dificultades sociales que dificultan o limitan su inserción laboral.

Esta tipología puede afinarse y necesita del establecimiento de herramientas de valoración, compartidas por los servicios sociales y de empleo para situar a las personas en cada una de las situaciones típicas.

La respuesta al grupo 1 debería realizarse prioritariamente a través del Servicio Cántabro de Empleo. Deberían acceder al mismo como demandantes de empleo, y recibir los servicios de orientación laboral y formación correspondientes. Los servicios sociales no tendrían por qué suscribir ningún convenio de incorporación social con ellos. Las incidencias detectadas por los servicios de empleo (no mantenimiento de la inscripción, etc.) podrían ser comunicadas directamente al ICASS cuando conlleven cambios o extinción de la RSB.

Las personas de los grupos 2 y 3 deberían quedar exentas de la obligación de estar inscritas en el SCE (cosa ya prevista en la ley) y sería conveniente diferenciar entre los dos grupos desde el punto de vista de sus necesidades de tipo social. Los convenios de

incorporación social parecen idóneos para el grupo 3, mientras que el grupo 2 podría quedar «exento» de la obligatoriedad del convenio y ser atendido de forma más puntual o preventiva.

Finalmente, el grupo 4 es el que plantea más complejidad y debería ser atendido por un sistema acordado entre los servicios sociales y de empleo. La figura de los convenios de incorporación parece adecuada para este tipo de personas, pero es de gran importancia que el conjunto de las acciones sociales y laborales esté bien articulado.

Este tipo de diferenciación puede extenderse a otras personas no perceptoras de la RSB, con los ajustes correspondientes.

## **3.4. Programa de atención a infancia y familia en riesgo de desprotección y desprotección moderada**

### **3.4.1 Desarrollo del programa**

De acuerdo con la normativa vigente, es responsabilidad del programa de atención a la infancia y familia de la atención primaria la atención a las situaciones de riesgo de desprotección y de desprotección moderada, así como la acción preventiva. Las situaciones de desprotección grave son responsabilidad de la administración autonómica.

- En concreto, el programa prevé para su actuación los siguientes objetivos:
- Prevenir las situaciones que puedan llevar a la desprotección.
- Ofrecer apoyo personal, familiar y social para favorecer el desarrollo de los niños y niñas y compensar carencias familiares
- Reducir el impacto de las situaciones de desprotección
- Dar acceso a prestaciones relacionadas con el programa.

Las principales actuaciones del programa son las siguientes:

- Detectar situaciones de desprotección.
- Intervención familiar
- Colaboración y coordinación con servicios especializados, educativos y de salud.

Además, están previstas:

- Información comunitaria y sensibilización social.
- Prtevencción primaria y secundaria.
- Atención en centro de día.

La atención directa a menores y familias alcanzó en 2018 a unas 1.163 familias con 1.519 menores.

### 3.4.2 Principales problemas

#### Complejidad y roces

El programa de infancia y familia es un programa relativamente desarrollado que cuenta con varios dispositivos: profesionales del equipo básico de los SSAP, los centros de día, los programas de intervención familiar y los SAIAF. Esta complejidad es sin duda uno de los activos del programa y explica su desarrollo. Sin embargo, esa misma complejidad es fuente de «roces» y dificultades de encaje que no ponen en cuestión el modelo, pero que requieren de ajustes para corregir sus efectos no deseados.

El esquema general establece una distinción entre la responsabilidad de las situaciones de riesgo y de desprotección moderada (asignadas a los SSAP) y las de desprotección grave (encargadas a los SAIAF). Este reparto tiene sentido formalmente, pero presenta algunas dificultades:

En primer lugar, muchas situaciones familiares que suponen desprotección para los menores pueden oscilar a lo largo del tiempo entre diferentes niveles de gravedad. En tales casos, las variaciones de la intensidad de los problemas determinarían una ida y vuelta entre equipos responsabilidad de administraciones distintas, con riesgo para la continuidad de la atención

En segundo lugar, aunque los sistemas de valoración de la desprotección sean los mismos, su aplicación puede ser distinta cuando la realizan profesionales de distintos equipos. Los factores son múltiples. Aparte de las naturales diferencias entre individuos, actúan incentivos para traspasar la responsabilidad a otro equipo, así como sesgos derivados del tipo de casos que cada equipo conoce mejor. Esas diferencias de valoración causan conflictos entre equipos y retrasan la atención.

En tercer lugar, aunque el modelo general es el indicado, las situaciones de los SSAP son muy diversas, lo que da lugar a un «programa de infancia» diferente en cada zona. La disposición de un número mayor o menor de profesionales, de programas de intervención familiar y de centro de día implantados, así como de otros recursos, hacen que el mapa real sea bastante heterogéneo.

### 3.4.3 Líneas de mejora

## POTENCIAR EL PROGRAMA

Con la información disponible y la experiencia acumulada, el programa de infancia y familia demuestra un nivel de desarrollo y de efectividad importantes. Es un programa

generalmente bien valorado y que tiene un grado de formalización y regulación superior al de otros programas. Eso aconseja profundizar en su desarrollo.

Completar la implantación del programa y sus dispositivos en el conjunto del territorio debería ser una de las principales líneas de actuación. Esta implantación, sin embargo debería hacerse de forma flexible dada la heterogeneidad del territorio. En aquellos territorios en los que el tamaño de la población no permita la plena implantación de los recursos humanos y de programa (PIFs y centros de día) necesarios deberían estudiarse otras fórmulas, como la creación de recursos compartidos entre zonas o bien dependientes directamente de los SAIAF.

## **MAYOR INTEGRACIÓN FUNCIONAL ENTRE SUS COMPONENTES**

Es deseable construir una mayor integración funcional entre los diversos dispositivos. En la actualidad la relación entre los SSAP y los SAIAF se entiende con frecuencia como la de dos servicios independientes, uno de los cuales «deriva» casos al otro cuando lo considera adecuado. Debería intentarse un modelo de relación más basado en la cooperación y el trabajo conjunto que en la derivación. Ello debería permitir una variedad de situaciones en la gestión de los casos. Por ejemplo, ciertos casos «graves» podrían seguir siendo atendidos desde los SSAP (si cuentan con los profesionales necesarios) con el apoyo directo del SAIAF; en zonas en las que sea difícil disponer de profesionales especializados suficientes, por el contrario, tal vez tenga más sentido que los SAIAF aumenten su capacidad y atiendan casos de desprotección moderada con medios propios (adicionales) que intentar hacerlo desde los SSAP. Ello no supone descartar la atención directa desde el SAIAF, pero no debería ser éste el único modelo posible, en especial en casos en los que haya habido una intervención previa desde el SSAP, o se mantenga con la familia durante la intervención del SAIAF, o haya que preparar una «vuelta» al SSAP tras una mejora de la situación.

Este tipo de colaboración debería extenderse al proceso de valoración. Debería evitarse la «doble valoración» de los casos que sucede cuando dos equipos intervienen. Ello podría corregirse con un apoyo técnico de los SAIAF a los SSAP en los procesos de valoración, de forma que se alcanzase una valoración validada, bien porque está clara desde un principio la realizada por el SSAP, bien porque ésta se ha hecho con apoyo del SAIAF cuando haya elementos de duda, bien porque en caso de discrepancia haya un mecanismo para decidir cuál es la correcta que sea asumido por todos los implicados.

## 4. REFERENCIAS

Dirección General de Política Social. (2019) *Servicios sociales de atención primaria. Financiación 2000–2019*. Gobierno de Cantabria, Santander.

García Herrero, G. (1988) *Centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo*. Siglo XXI, Madrid.

ICASS. (2019) *Servicios sociales de atención primaria. Memoria 2018*. Gobierno de Cantabria, Santander.

IMSERSO. (2019) *Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Informe a 31 de diciembre de 2017*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Madrid.

Rodríguez Cabrero, G. et al. (2019) *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*. Fundación Pilares-Gobierno de Cantabria, Santander.