

col·lecció: prospectiva

13 L'atenció a la dependència a l'àrea metropolitana de Barcelona

Pau Mas i Albert Serra



Pla Estratègic
Metropolità
de Barcelona

L'atenció a la dependència a l'àrea metropolitana de barcelona

Pau Mas i Albert Serra

col·lecció: prospectiva

13

col·lecció: prospectiva

13 L'atenció a la dependència a l'àrea metropolitana de Barcelona

Pau Mas i Albert Serra



Pla Estratègic
Metropolità
de Barcelona

Direcció i redacció: Pau Mas i Albert Serra

Participació en la recerca qualitativa: Rosa Maria Alemany (Ajuntament de Gavà), Marisa Arumí (Ajuntament del Prat de Llobregat), Antoni Domínguez (Diputació de Barcelona), Carmela Fortuny (Ajuntament de Sant Cugat del Vallès), Montserrat Juanpere (Ajuntament del Prat de Llobregat), Anna Guijarro (Ajuntament de Viladecans), Purificación Leal (Ajuntament de Badalona), Josep Lechuga (Ajuntament de Badalona), Carme Manzanal (Ajuntament d'Esplugues de Llobregat), Mariví Mur (Ajuntament de l'Hospitalet de Llobregat), Rosa Presmanes (Ajuntament de Sant Andreu de la Barca), Marta Recio (Ajuntament de Sant Cugat del Vallès), Enric Tomàs (Ajuntament de Sant Cugat del Vallès)

Col·laboradors: Núria Cortada i de la Peña, Mónica Reig, Alicia Xalabarder

Edició: Pla Estratègic Metropolità de Barcelona, setembre 2008

Realització: Marc Castells, Artgrafia

DL: B-39.917-2008

ÍNDEX

Introducció	9
1. El model de serveis socials a Espanya	13
L'evolució dels serveis socials	18
La dependència a Catalunya i a Espanya	19
La dependència a l'àrea metropolitana de Barcelona	22
2. La Llei de dependència	34
L'atenció a la dependència: una política de gestió complexa	37
L'escenari institucional	38
El finançament	41
Els models de provisió i de producció	43
Atenció a la dependència a l'àrea metropolitana de Barcelona	44
3. Atenció a la dependència i reptes del govern local	46
Planificació de la provisió i la producció	46
Gestió	47
Finançament i costos	48
Mercat laboral	49
Operadors externs	50
Coordinació i sistemes d'informació	51
4. Factors crítics d'èxit i recomanacions	52
Redisseny del sistema organitzatiu dels serveis socials	53
Capacitació en gestió	54
Estructuració i ordenació de la base econòmica i financera del sistema	55
La regulació del sistema	56
Desenvolupament de sistemes d'informació	57
Estructuració i ordenació del mercat de treball	57
La gestió de la cooperació públicoprivada	59
L'ordenació territorial i l'especificitat de l'AMB	60
La gestió del temps i del canvi	62



Reflexions finals	64
Bibliografia i documentació	65

Introducció

L'any 2007 s'inicia el desplegament de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència, que posa en marxa i regula el sistema per a l'autonomia i l'atenció a la dependència (SAAD).

Probablement es tracti del desplegament de política social més important que s'hagi promogut a Espanya des que durant la dècada dels 80 es van instaurar sanitat, educació i pensions com a drets socials universals. El SAAD implica una novetat històrica en el desenvolupament de l'estat del benestar i introdueix el que s'anomena *el quart pilar* de l'estat del benestar. Seguint el model d'altres estats europeus, on l'atenció a la dependència s'ha anat convertint a poc a poc en una peça central dels respectius sistemes de benestar, Espanya ha aprovat l'anomenada Llei de dependència, que instaura un sistema extraordinàriament complex d'atenció a un sector de la població que creix any rere any.

Una complexitat que rau en la doble integració horitzontal —entre serveis socials i salut— i vertical —entre diferents nivells de govern, des del central fins al municipal. Una complexitat, d'altra banda, agreujada pel caràcter mixt públic-privat del mercat de serveis d'atenció a la dependència i pel copagament doble interadministratiu i social.

La complexitat no és nova. La Llei de dependència no crea un nou sistema, sinó que en bona mesura recull allò que ja existeix. Tanmateix, hi ha dos elements que converteixen la nova llei en un gran repte, sense precedents. En primer lloc, la universalització dels serveis socials en base a drets subjectius. En segon lloc,



i com a conseqüència directa, el canvi d'escala que necessàriament acompanyarà el desplegament de la llei. Es tracta, per tant, de tot un repte, del qual deriven una gran quantitat de desafiaments que hauran d'afrontar tots els agents implicats.

No obstant això, el govern local s'hi troba especialment afectat, en la mesura que és la porta d'entrada natural als serveis socials —i, per tant, la cara visible de l'Administració davant la ciutadania— i responsable últim de la prestació dels serveis d'atenció a la dependència en una part molt significativa i bàsica. Responsables polítics i gestors municipals quedaran obligats a portar el pes de la política pública i a afrontar-ne els reptes principals. Tanmateix, no tots els ajuntaments estan igualment preparats per afrontar el desafiament que representa la Llei de la dependència. Per aquest motiu, és essencial treballar, des d'ara mateix, en la capacitat per gestionar el nou sistema.

L'objectiu d'aquest estudi és triple. D'una banda, vol oferir un visió ordenada, clara i entenedora del sistema d'atenció a la dependència que ara es comença a implementar. En segon lloc, pretén traçar el perfil de la dependència dins l'àrea metropolitana de Barcelona (AMB), per tenir una primera impressió de l'abast de la problemàtica que hauran d'afrontar els ajuntaments. Finalment, i com a objectiu principal, vol ser un instrument útil en mans dels municipis. Aquests hi trobaran les eines necessàries per fer front a una política nova, complexa i que, a falta de referents, els governs locals hauran d'abordar amb decisió i una bona dosi de creativitat.

A aquests efectes, i tenint en compte el caràcter emergent del sector, aquest treball s'ha decantat per una metodologia de tipus qualitatiu i exploratori. S'han realitzat deu entrevistes amb qüestionaris semiestructurats, que constaven de dues parts. Una, de caràcter introductori, sobre les característiques del municipi en matèria de dependència, i una segona, més concreta, sobre els principals reptes de la Llei de dependència. Els entrevistats són majoritàriament regidors i tècnics locals de l'àrea metropolitana de Barcelona, a més d'un representant de la Diputació de Barcelona.

El document es divideix en tres apartats. El primer, que és introductori, esbossa l'evolució dels serveis socials a Espanya i presenta la problemàtica de la dependència de forma general, i més específicament dins l'AMB. El segon apartat situa breument la Llei de dependència, que articula una política pública considerablement complexa i nova en molts aspectes. Finalment, com a resultat del treball de camp, la tercera part identifica els principals reptes que planteja la Llei de dependència al govern local, al mateix temps que n'apunta els factors crítics d'èxit. El document conclou amb un seguit de recomanacions que apunten possibles eixos d'actuació comuns i que poden conformar un model de referència per al conjunt d'ajuntaments de l'AMB.



1. El model de serveis socials a Espanya

La literatura acadèmica distingia inicialment entre tres règims de benestar¹: el *liberal*, el *conservador* i el *socialdemòcrata*, també identificats com *anglosaxó*, *liberal* i *nòrdic* (Esping-Andersen, 1990). Tres categories en les quals països mediterranis com Grècia, Itàlia, Portugal i Espanya semblaven no tenir lloc, en estar mancats, aparentment, de les especificitats i dels trets comuns necessaris per a constituir un model propi. Amb el temps, malgrat això i a mesura que aquests països avançaven en les respectives transicions cap a la democràcia i s'homologaven amb la resta, finalment les tres categories s'han ampliat fins a quatre. En l'anomenat model *mediterrani* o de l'Europa del Sud que acull els països esmentats, el rol de la família constitueix l'element característic i diferenciador (Moreno, 2000). La família i especialment el treball no remunerat —habitualment femení— adquireixen en el model mediterrani una posició central. En paraules de Moreno (2006), “la forma d'interacció de la família amb l'estat i els poders públics, d'una banda, i les institucions de la societat civil, d'una altra, distingeix el funcionament dels sistemes de benestar de l'Europa del Sud”.

Pel que fa específicament als serveis socials, el model mediterrani té un caràcter marcadament *assistencial* (León, 2006: 38). Seguint Rodríguez-Cabrero (2006: 25), el model mediterrani és, pel que fa als nivells i a les formes de protecció, “majoritàriament informal i subsidiàriament assistencial”. És a dir, amb una universalització incompleta i una intensitat protectora relativament baixa (Rodríguez-

1. “Un règim de benestar implica un entramat institucional en el qual es combinen recursos legals, materials i organitzatius dels seus productors principals: estat, mercat i família.” (Moreno, 2002: 41).



Cabrero, 2003: 1). Adelantado i Jiménez (2003: 164) apunten que, “encara que l'assistència social i l'acció social tenen una llarga i important tradició històrica, gairebé sempre [han anat associades] a la beneficència”, a més d'estar institucionalment fragmentades, tenir escassa entitat operativa i ser administrades sovint de manera discrecional (Rodríguez-Cabrero, 1996). Basat en el treball no remunerat de les vetlladores (en general, dones) i en una atenció pública exclusivament centrada en la població sense recursos, era un model en el qual l'estat intervenia únicament en els casos en què la falta de xarxa familiar deixaria la persona necessitada en estat d'abandó. Per contra, el model pressuposa l'“obligatorietat” de la intervenció familiar —sempre que disposi de recursos— a l'hora d'assumir els costos derivats de l'atenció de la persona dependent.

Després de l'aprovació de la Constitució espanyola (CE) de 1978, va començar a desplegar-se el compromís polític de creació d'un sistema públic de serveis socials i de prestacions econòmiques que havia d'aproximar Espanya als models europeus més avançats en matèria de benestar. Un compromís, però, que en la línia d'ambigüitat de la mateixa CE no definia amb prou claredat el dret *subjectiu* als serveis socials. Seguint Adelantado i Jiménez (2003: 167), “encara que es reconeix el dret [...], la veritat és que ni les lleis autonòmiques de serveis socials, ni les normes de desenvolupament, ni els plans i programes, no articulen mecanismes reals i eficients per fer-los efectius [...]. Tot això deixa l'atenció dels ciutadans en mans de la discrecionalitat dels treballadors, els professionals i les autoritats públiques del sector i de les disponibilitats pressupostàries del moment”.

D'altra banda, l'*assistència social* —i no *serveis socials*, terme en aquell temps associat al camp d'actuació propi de la Seguretat Social— va ser inclosa entre les competències que podien ser assumides per les comunitats autònomes (CA)². És al llarg dels anys 80 que es despleguen les legislacions autonòmiques de serveis socials. L'ajustament pressupostari dels anys 90, però, deixa aquesta legislació en una declaració d'intencions, molt voluntariosa i molt poc desenvolupada. Tot just en els darrers anys, amb una forta acceleració a partir del 2003, s'inicia una

2. En virtut de l'article 148.1.20 de la CE.



nova etapa a Catalunya (Llei de serveis socials ja vigent) i a Espanya (Llei de la dependència), en la qual es reprèn amb força la tasca avortada 20 anys abans, de bracet amb el bon comportament dels comptes públics aquests darrers anys, tot i que ara sembla que hi ha pitjors perspectives de futur.

El sistema de serveis socials espanyol dels últims trenta anys s'ha construït sobre la base de dos pilars: el sacrifici familiar —concretament de la dona— en forma de treball no remunerat —el 78% dels casos (Rodríguez-Cabrero, 2005: 26)— i una intervenció del sector públic doblement insuficient, ja que exclou la majoria de la població de l'accés als serveis socials i cobreix només de manera limitada els costos derivats de la dependència.

Això ha tingut i té conseqüències diverses, entre les quals caldria destacar-ne dues.

En primer lloc, la desatenció d'amplis sectors de població amb un nivell d'ingressos excessivament elevat per poder accedir als serveis socials, però alhora no suficient per adquirir aquests mateixos serveis en el lliure mercat, on d'altra banda no són gens fàcils de trobar. Inicialment, la renúncia laboral —habitualment de la dona— acostumava a ser la més freqüent de les respostes davant aquesta situació. Una cultura laboral poc procliu al treball femení i una incompatibilitat del treball remunerat amb tasques assistencials altament intensives en hores de treball i extensives en anys de dedicació, acabava imposant greus costos d'oportunitat a les famílies i concretament a les dones —cònjuges o filles (vegeu taula 1).

Taula 1: Vetlladors segons el gènere (2004)

Gènere	Vetlladors/ores (A)*	Població 2004 (B)**	Diferència (A-B)
Home	16,4	49,1	-32,7
Dona	83,6	50,9	32,7

[*] Font: IMSERSO/Gfk-Emer (2004): Encuesta de apoyo informal a los mayores en España.

[**] INE (2004): Censo de Población y Vivienda 2001.



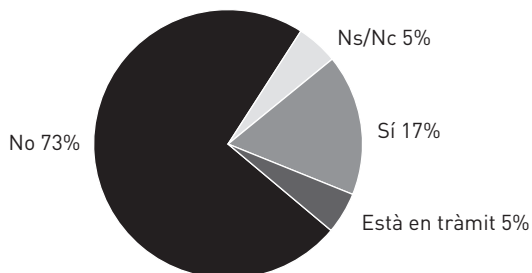
En els darrers anys, tanmateix, s'ha produït un increment important de la taxa d'activitat femenina³. Les dones s'han incorporat de manera massiva al mercat laboral i en molts casos han deixat orfe el seu rol tradicional com a mestresses i vetlladores de familiars dependents. Això ha comportat una disminució seriosa del potencial de cura de les famílies (vegeu taula 2), que al seu torn s'ha tendit a suplir amb la contractació moltes vegades irregular de persones immigrants extracomunitàries, un col·lectiu de vetlladors de persones grans a la llar que ja supera el 40% dels casos (IMSERSO, 2005: 75).

Taula 2: Evolució del potencial d'atenció familiar a Espanya

Anys	Índex A	Índex B	Índex C
1950	1,61	2,68	5,18
1970	1,34	2,18	3,98
1991	1,01	1,53	2,46
2011	0,96	1,35	2,00

Font: Fernández Condón (1992). Informe español para el Observatorio Europeo.

Gràfic 1: Situació d'alta a la Seguretat Social



Font: IMSERSO (2005)

Nota: En el numerador dels tres índexs es considera el nombre de dones entre 45-69 anys. En el denominador figura: Índex A, població de més de 65 anys; Índex B, població de més de 70 anys; Índex C, persones de 75 anys o més.

3. L'increment de la taxa d'ocupació femenina obeeix a una multiplicitat de causes, que no seran tractades en aquest estudi.



La segona conseqüència del sistema espanyol dels darrers trenta anys és que la ciutadania percep els serveis socials com un sistema subsidiari, orientat a l'atenció de la marginalitat i relativament feble tècnicament i organitzativa. Els serveis socials, donades les mancances pressupostàries i tècniques, han esdevingut durant molts anys serveis de caràcter assistencial orientats a les capes més pobres de la societat i atesos per personal poc professionalitzat i mal remunerat. Seguint dades de l'IMSERSO (2005), el 97% de les vetlladores són dones d'edat mitjana, tendencialment sense estudis més enllà de la primària o la secundària i en un 40% procedents de fora d'Espanya (vegeu taula 3). A més, un 73% diu que no cotitza a la Seguretat Social (vegeu gràfic 1). Un cop més, també fora de casa les dones han suportat el pes d'aquest sistema precari d'atenció social.

Taula 2: Perfil de les persones que fan feines domèstiques

Gènere		Estat civil		Nacionalitat	
Home	3,4	Solter/a	27,1	Espanyola	59,9
Dona	96,6	Casat/ada	48,8	Equatoriana	13,0
		Vidu/vídua	6,3	Colombiana	6,8
Edat		Separat/ada	10,6	Peruana	4,3
Menys de 20 anys	0,5	Divorciat/ada	4,3	Boliviana	2,9
De 20 a 29	17,9	Convivint en parella	2,9	Romanesa	2,4
De 30 a 39	29,5			Búlgara	1,9
De 40 a 49	31,4	Nivell d'estudis		Dominicana	1,4
De 50 a 59	16,4	És analfabet	1,4	Altres	2,0
De 60 a 69	3,9	Sap llegir i escriure	5,3		
Més de 69 anys	0,5	Estudis primaris	31,9		
Mitjana d'edat (anys)	39,4	Estudis secundaris	46,4		
		Estudis universaris	11,6		
		Ha anat a l'escola però no diu nivell	2,9		
		Ns/Nc	0,5		

Font: IMSERSO (2005)



L'evolució dels serveis socials

La Constitució espanyola de 1978 i el seu posterior desenvolupament legislatiu han anat configurant un sistema de serveis socials de caràcter descentralitzat. Durant els anys 80 i principis dels 90, les CA van assumir competències en matèria d'assistència social, abans de l'aprovació de la Llei de dependència.

Els serveis socials van ser assumits com a competència exclusiva per part de les CA de Catalunya, Galícia, Navarra i el País Basc. La resta de CA van anar assimilant el nivell de competències al llarg dels anys vuitanta. Sobre la base de la Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les bases del règim local, i en el marc de les respectives lleis de serveis socials, les CA tendien a cedir competències de serveis socials als ajuntaments. Però si bé la participació dels governs autonòmics i locals en la gestió dels serveis socials confirmava la pauta de descentralització que podia donar pas a una certa innovació política i a més eficiència en l'ús dels recursos, alhora, l'escassetat d'aquests recursos feia perillar el principi d'igualtat sobre el qual s'havia de sustentar el sistema, en generar diferències interterritorials en l'accés als serveis socials.

Per neutralitzar aquest segon efecte, es va impulsar, a partir de 1988, el Pla concertat de prestacions bàsiques de serveis socials en les corporacions locals, fruit de la Comissió de Cooperació Interautonòmica d'Acció Social, constituïda el 1983 sobre la base del Fons de Compensació Interterritorial. L'objectiu d'aquell pla concertat era garantir uns serveis socials bàsics arreu del territori, mitjançant la vinculació dels tres nivells d'administració pública amb responsabilitats en matèria de serveis socials a través de la construcció i el manteniment d'una xarxa pública de serveis socials sobre la base dels ajuntaments.

Les característiques principals del model de serveis socials a Espanya han estat, doncs:

- La descentralització i un marc legislatiu territorialitzat.
 - Les garanties escasses dels serveis socials com a drets subjectius i, en conseqüència, la falta de garanties per assegurar l'accés universal dels ciutadans.
 - Una falta de recursos crònica.
-



La conseqüència d'aquesta realitat ha estat el sorgiment de diferències interterritorials rellevants quant a models, cobertura i capacitats de gestió, i sobretot una situació tradicionalment raquítica del sistema de serveis socials.

La dependència a Catalunya i a Espanya

La dependència no és pas un fenomen nou. L'escala del problema, però, ha canviat progressivament i encara canviarà més els propers vint anys. Les projeccions de població dependent segons el *Llibre blanc sobre l'atenció a les persones en situació de dependència a Espanya* (LBD) situaven el total de població amb algun tipus de discapacitat per a les activitats bàsiques de la vida diària en més de dos milions i mig de persones l'any 2005 (MTAS, 2004: 89).

L'augment vertiginós de la població dependent té com a origen principal l'increment de l'esperança de vida i, en conseqüència, el procés d'envelliment gradual de la població. Efectivament, quasi dos terços de la població que pateix algun tipus de dependència supera els 65 anys d'edat i més de la meitat tenen més de 85 anys. La població que pateix una dependència atribuïble a causes diferents de l'edat, per tant, és comparativament baixa.

D'altra banda, el problema de la dependència s'agreuja per un fenomen paral·lel, però íntimament relacionat, com és la inserció de la dona al mercat laboral i l'afebliment subseqüent del seu rol i de les seves tasques tradicionals en el marc de la família. La incorporació de la dona al mercat laboral ha alterat de manera molt significativa les fronteres entre treball remunerat i no remunerat, i ha provocat la mercantilització d'unes tasques que fins no fa gaire pertanyien a l'àmbit familiar.



Taula 3: Taxa d'activitat. Espanya i Catalunya. 2001 i 2006

	Espanya			Catalunya		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
2001	52,99	66,23	40,43	57,91	69,98	46,46
2006 ⁴	58,58	69,00	48,56	62,36	72,00	53,03

Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPA (INE)

Segons l'enquesta elaborada per l'IMSERSO l'any 2004, les persones grans, davant la possibilitat d'escollir, tendeixen a preferir els familiars més pròxims com a possibles vetlladors, en cas de necessitar-los (un 19,3% preferiria que el cònjuge se'n fes càrrec i un 25,7% preferiria una filla). L'augment de la taxa d'activitat femenina, però —un 53% a Catalunya i un 48,5% al conjunt d'Espanya l'any 2006 (vegeu taula 1)—, comporta un menor potencial de cura de les famílies (o de les dones) i qüestiona el model tradicional d'atenció a la dependència (vegeu taula 2).

En aquest sentit, no és estrany que el perfil dels vetlladors estigui en procés d'evolució i que actualment el 40% procedeixin ja de fora d'Espanya (IMSERSO 2005: 75). De fet, les dades relatives a l'afiliació a la Seguretat Social corresponents al 2006 mostren que el 66% de les persones incloses en el règim especial de servei domèstic són estrangeres, mentre que l'any 2000 només eren el 30,2% (vegeu taula 3).

D'altra banda, també s'aprecien diferències de gènere quant a la disponibilitat per atendre les persones dependents (vegeu taula 4). En el cas dels homes, només un 7% es declara disposat a fer-se'n càrrec, davant del 13% de les dones. A Catalunya els percentatges varien (4,9% dels homes i 9,5% de les dones), però la diferència continua sent del doble.

4. Xifres corresponents al 4t trimestre de 2006.



De fet, les dades relatives als perfils dels vetlladors ho confirmen (IMSERSO, 2005: 75): el 97% dels vetlladors són dones d'edat mitjana i, tendencialment, sense més estudis que els de primària o secundària. I doncs, les dones continuen sent protagonistes en el camp de l'atenció a les persones dependents.

Taula 4: Afiliacions en alta a la Seguretat Social segons règims. Espanya

	Total afiliats		Afiliats estrangers		% afiliats estrangers	
	Total	Servei domèstic	Total	Servei domèstic	Total	Servei domèstic
2000	15.062.900	151.100	402.711	45.650	2,7	30,2
2001	15.649.900	155.900	557.074	51.611	3,6	33,1
2002	16.126.300	176.000	766.470	72.519	4,8	41,2
2003	16.613.600	184.600	924.805	79.182	5,6	42,9
2004	17.081.800	180.900	1.048.230	73.893	6,1	40,8
2005	17.904.252	279.066	1.461.140	175.051	8,2	62,7
2006	18.667.599	338.668	1.822.406	223.131	9,8	65,9

Font: MTAS

Finalment, l'augment de l'esperança de vida (vegeu gràfic 2), juntament amb la ja esmentada pèrdua de pes del potencial de cura de les famílies (de les dones) que tendien a fer-se càrrec dels familiars de més edat, són factors que han propiciat l'augment del nombre de persones grans que viuen soles i/o que necessiten ajut per dur a terme el que es defineix com a **activitats bàsiques de la vida quotidiana**.

La incorporació de la dona al mercat de treball, l'augment de la taxa de divorcis i del nombre de famílies monoparentals, els valors *familiaristes* en retrocés (Anttonen, 2006: 9) o els canvis en el model de família tradicional, junt amb una demanda cada cop més alta de reconeixement (econòmic i social) de la tasca de cura envers les persones dependents, han contribuït a evidenciar la problemàtica de la dependència, que finalment ha anat adquirint una dimensió pública. Una dimensió pública, però, que no ha trobat una resposta també pública fins fa ben poc.

Taula 5: Persones entre 16 i 64 anys segons poden o no poden fer-se càrrec regu- larment de l'atenció de persones dependents, segons sexe. Milers de persones

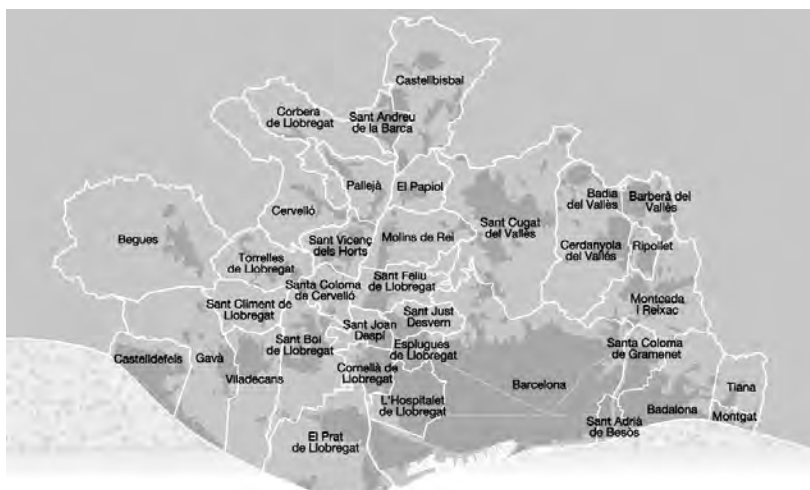
	Espanya		Catalunya	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Total	14.421,7	14.186,9	2.294,3	2.233,1
Sí	995,5	1.841,1	111,9	211,5
No	13.426,2	12.345,8	2.182,4	2.021,6
%	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí	6,9	13,0	4,9	9,5
No	93,1	87,0	95,1	90,5

Font: INE. EPA, mòdul 2005 de conciliació entre la vida laboral i familiar

La dependència a l'àrea metropolitana de Barcelona

L'àrea metropolitana de Barcelona, formada per 36 municipis de 5 comarques diferents, ocupa una superfície total de 627,4 km² i s'acosta als 3,2 milions d'ha- bitants, prop del 50% de la població de Catalunya.

Gràfic 2: Àrea metropolitana de Barcelona



Les dades bàsiques relatives a aquest espai metropolità que ens ajuden a situar el problema de la dependència, pel que fa a l'edat i a l'envelliment, són les que es presenten a continuació. Més endavant veurem els factors de dependència causats per les diverses discapacitats, que són tan rellevants com els altres, o més i tot —almenys qualitativament—, pel que fa a l'impacte social i personal.

Segons els indicadors de dependència, els darrers 10 anys s'ha produït un envelliment notable de la població espanyola en general i de la catalana en particular.

Vegem a continuació el detall de les dades actuals pel que fa a l'AMB.

Taula 6: Indicadors de dependència. 1996-2006

	1996			2006		
	Espanya	Catalunya	AMB	Espanya	Catalunya	AMB
Índex d'envelliment ⁵	0,974	1,123	1,217	1,174	1,152	1,317
Índex de sobreenvelliment ⁶	0,096	0,097	0,097	0,114	0,117	0,116
Índex de dependència senil ⁷	0,229	0,234	0,234	0,243	0,238	0,252
Índex de dependència global ⁸	0,463	0,443	0,426	0,449	0,445	0,444

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE: Padró de 1996 i 2006

5. Quocient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el nombre de joves menors de 15 anys.
6. Quocient entre el nombre de persones de 85 anys i més i el nombre de persones de 65 anys i més.
7. Quocient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el nombre de persones de 15 a 64 anys.
8. Relació de la població major de 64 anys i els menors de 15 anys respecte al grup comprès entre ambdues edats.



Taula 7: Municipis de l'àrea metropolitana de Barcelona. Dades bàsiques.

Municipi	Població 2007	0 a 14 anys	%	65 anys i més	%	Índex envelliment	Superfície	Densitat
Badalona	216.201	31.001	14,34%	31.978	14,79%	103	21,2	10.198,2
Badia del Vallès	13.975	2.126	15,21%	2.022	14,47%	95	0,9	15.026,9
Barberà del Vallès	29.208	4.653	15,93%	3.329	11,40%	72	8,3	3.519,0
Barcelona	1.595.110	188.051	11,79%	330.169	20,70%	176	101,4	15.730,9
Begues	5.898	1.281	21,72%	519	8,80%	41	50,4	117,0
Castellbisbal	11.540	2.301	19,94%	1.154	10,00%	50	31,0	372,3
Castelldefels	58.955	9.913	16,81%	6.106	10,36%	62	12,5	4.716,4
Cerdanyola del Vallès	57.758	8.756	15,16%	7.035	12,18%	80	30,6	1.887,5
Cervelló	7.944	1.246	15,68%	886	11,15%	71	24,1	329,6
Corbera de Llobregat	13.133	2.374	18,08%	1.379	10,50%	58	18,4	713,8
Cornellà de Llobregat	84.477	11.998	14,20%	14.359	17,00%	120	7,0	12.068,1
Esplugues de Llobregat	46.286	6.087	13,15%	7.531	16,27%	124	4,6	10.062,2
Gavà	44.678	7.023	15,72%	6.048	13,54%	86	30,8	1.450,6
Hospitalet de llobregat, l'	251.848	30.543	12,13%	45.564	18,09%	149	12,4	20.310,3
Molins de Rei	23.544	3.684	15,65%	3.367	14,30%	91	15,9	1.480,8
Montcada i Reixac	32.111	5.199	16,19%	4.490	13,98%	86	23,5	1.366,4
Montgat	9.778	1.456	14,89%	1.254	12,82%	86	2,9	3.371,7
Pallejà	10.819	1.985	18,35%	1.169	10,81%	59	8,3	1.303,5
Palma de Cervelló, la	3.009	501	16,65%	318	10,57%	63	5,5	547,1
Papiol, el	3.781	588	15,55%	532	14,07%	90	9,0	420,1
Prat de Llobregat, el	62.663	8.990	14,35%	8.820	14,08%	98	31,4	1.995,6
Ripollet	35.661	5.832	16,35%	4.294	12,04%	74	4,3	8.293,3
Sant Adrià de Besòs	32.734	5.297	16,18%	5.320	16,25%	100	3,8	8.614,2
Sant Andreu de la Barca	25.743	4.612	17,92%	2.386	9,27%	52	5,5	4.680,5
Sant Boi de Llobregat	80.727	11.831	14,66%	11.771	14,58%	99	21,5	3.754,7
Sant Climent de Llobregat	3.631	665	18,31%	413	11,37%	62	10,8	336,2
Sant Cugat del Vallès	74.345	15.705	21,12%	7.486	10,07%	48	48,2	1.542,2
Sant Feliu de Llobregat	42.273	6.572	15,55%	5.640	13,34%	86	11,8	3.582,5
Sant Joan Despí	31.671	5.385	17,00%	3.873	12,23%	72	6,2	5.108,2
Sant Just Desvern	15.391	2.528	16,43%	2.324	15,10%	92	7,8	1.973,2
Sant Vicenç dels Horts	27.106	4.593	16,94%	3.444	12,71%	75	9,1	2.978,7
Santa Coloma de Cervelló	7.508	1.497	19,94%	727	9,68%	49	7,5	1.001,1
Santa Coloma de Gramenet	116.765	15.214	13,03%	18.502	15,85%	122	7,0	16.680,7
Tiana	7.417	1.350	18,20%	809	10,91%	60	8,0	927,1
Torrelles de Llobregat	4.974	954	19,18%	492	9,89%	52	13,6	365,7
Viladecans	61.718	10.181	16,50%	7.247	11,74%	71	20,4	3.025,4
Totals AMB	3.161.081	421.972	13,35%	552.757	17,49%	131	635,6	4.973,1

Font: Elaboració pròpia en base a Idescat.



Els elements més rellevants que ens mostra aquesta taula són els següents:

1. L'alt nivell d'envelliment de la població de l'AMB. Hi ha un 4% més de població de més de 65 anys que de població de menys de 15, que queda reduïda al 13,3% del total.
2. L'índex d'envelliment global de l'AMB se situa, doncs, en 131, però cal destacar l'heterogeneïtat de la situació dels diversos municipis. L'índex varia entre 41 i 176.
3. L'índex més alt, amb aquest 176, és el de Barcelona, on la població de més de 65 anys supera el 20%, 9 punts per damunt de la població de menys de 15. Conjuntament amb alguns dels altres grans municipis (l'Hospitalet, Esplugues i Cornellà, principalment), concentra l'índex més alt d'envelliment de l'àrea.
4. És també en aquests municipis on es dona la densitat de població més alta i, per tant, la disponibilitat de sòl més baixa per a la construcció d'equipaments.
5. Finalment, cal remarcar que 14 municipis de l'AMB no superen els 20.000 habitants, punt de tall per a l'assignació de les competències en matèria de serveis socials, que depenen formalment dels respectius consells comarcals, els quals operen en territoris més amplis que els de l'AMB, amb l'excepció del Barcelonès.

És rellevant retenir aquests elements, perquè són els que determinen algunes de les problemàtiques i opcions específiques que té l'AMB en la gestió de la dependència i dels serveis socials.

En base a les projeccions fetes al Llibre blanc de la dependència, s'ha fet addicionalment una projecció de la dependència a Catalunya i a l'AMB amb l'horitzó del 2015, i es confirma que la tendència a l'envelliment continuarà a l'alça i que de fet serà així fins més enllà del 2025, coincidint amb l'arribada als 65 anys de



les cohorts de la població nascuda en el *baby boom* dels anys 50-60 del segle xx. En aquesta taula s'inclouen també les persones dependents menors de 65 anys.

Taula 8: Projectió de la dependència a Catalunya i AMB. 2005-2010-2015

	Càlcul 2005		Projectió 2010		Projectió 2015	
	Catalunya	AMB	Catalunya	AMB	Catalunya	AMB
POBLACIÓ TOTAL						
6 a 64 anys	5.419.376	2.415.988	5.539.442	2.410.323	5.771.350	2.432.229
65 a 79 anys	842.363	398.718	879.368	418.768	953.620	450.447
80 anys o més	308.361	143.381	368.944	170.670	440.123	202.679
TOTAL DEPENDENTS	440.586	203.426	483.665	221.755	528.029	238.908
6 a 64 anys	141.451	63.059	149.862	65.208	157.848	66.522
65 a 79 anys	152.686	72.271	156.542	74.547	161.656	76.359
80 anys o més	146.449	68.096	177.261	81.999	208.525	96.027
Persones amb dependència	178.574	82.612	199.847	91.878	221.627	100.720
Dependència moderada	88.523	40.868	96.555	44.254	105.019	47.456
6 a 64 anys	29.878	13.320	31.963	13.908	33.933	14.301
65 a 79 anys	33.520	15.866	34.248	16.309	35.432	16.737
80 anys o més	25.126	11.683	30.344	14.037	35.653	16.418
Dependència seriosa	58.983	27.331	67.427	31.069	76.080	34.710
6 a 64 anys	12.411	5.533	13.254	5.767	13.845	5.835
65 a 79 anys	17.081	8.085	17.752	8.454	18.219	8.606
80 anys o més	29.490	13.712	36.421	16.848	44.016	20.269
Gran dependència	31.068	14.413	35.864	16.556	40.528	18.554
6 a 64 anys	4.929	2.197	5.057	2.200	5.113	2.155
65 a 79 anys	7.339	3.474	7.632	3.635	7.683	3.629
80 anys o més	18.800	8.742	23.175	10.720	27.732	12.771
Persones que necessiten ajuda	262.012	120.815	283.819	129.876	306.402	138.187
Per a ABVD (*)	126.334	58.232	137.360	62.817	148.975	67.132
6 a 64 anys	46.104	20.554	49.052	21.343	52.043	21.932
65 a 79 anys	44.649	21.134	45.756	21.790	47.448	22.412
80 anys o més	35.581	16.544	42.552	19.684	49.484	22.788
Per a AIVD (**)	135.678	62.583	146.459	67.059	157.427	71.055
6 a 64 anys	48.129	21.456	50.537	21.989	52.915	22.300
65 a 79 anys	50.097	23.713	51.153	24.360	52.873	24.975
80 anys o més	37.452	17.415	44.769	20.710	51.640	23.780

Font: Elaboració pròpia a partir del *Llibre blanc sobre l'atenció a les persones en situació de dependència a Espanya* (MTAS 2004) i de les projeccions de població de l'INE en base al cens de 2001 (escenari 1).

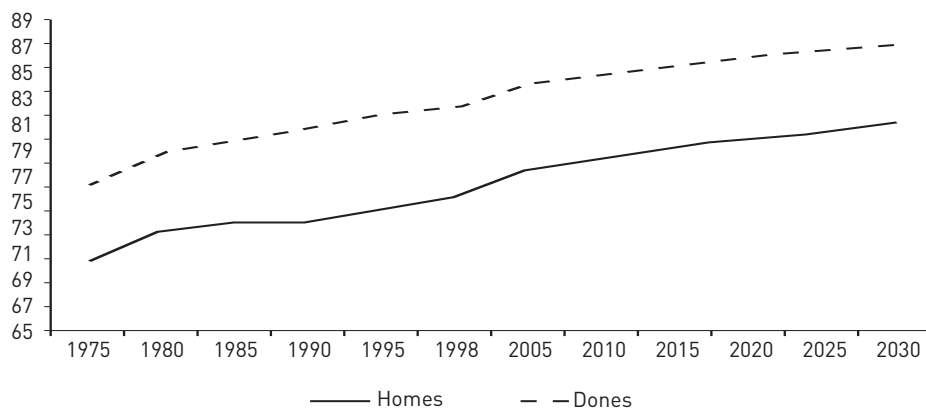
(*) Per a activitats bàsiques de la vida diària. (**) Per a activitats instrumentals de la vida diària.

Esperança de vida

El procés d'envelliment de la població espanyola incrementa progressivament el nombre de persones en situació de dependència, és a dir, de les que no poden realitzar les tasques bàsiques de la vida diària i que necessiten ajuda per dur-les a terme.

La projecció de l'esperança de vida per a la població espanyola se situa, l'any 2030, en 80,9 anys per als homes i en 86,98 anys per a les dones.

Gràfic 3: Projecció de l'esperança de vida en néixer. Espanya



Font: INE. Padrons de diversos anys i projeccions de població en base al cens 2001: escenari 1.

Envelliment

Tradicionalment, la població de 65 anys o més no arribava al 5% del total de la població, mentre que d'aquí a 10 anys depassarà el 18%, segons les darreres projeccions elaborades per l'INE.

Una característica que s'anirà aguditzant amb el pas del temps és la que s'ha anomenat "l'envelliment de l'envelliment", el gran augment que experimentarà



el col·lectiu de població de 80 anys o més, el ritme de creixement del qual serà molt superior al del grup de 65 anys i més (vegeu taules 8 i 9).

Taula 9: Projecció de la població (escenari 1). Catalunya i AMB. 2005-2010-2015

	2005		2010		2015	
	Catalunya	AMB	Catalunya	AMB	Catalunya	AMB
Total població	6.995.206	3.135.758	7.263.708	3.200.724	7.650.499	3.290.112
65 anys o més	1.150.724	542.099	1.248.312	589.438	1.393.743	653.126
80 anys o més	308.361	143.381	368.944	170.670	440.123	202.679
% 65 anys o més / total	16,45%	17,29%	17,19%	18,42%	18,22%	19,85%
% 80 anys o més / total	4,41%	4,57%	5,08%	5,33%	5,75%	6,16%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del padró de 2005 i de la projecció elaborada per l'INE (en base al cens 2001: escenari 1)

Discapacitat i dependència

El risc d'adquirir algun tipus de discapacitat o dependència creix amb l'edat, de manera que a 80 anys una de cada dues persones grans és dependent. Malgrat que les dones viuen més anys que els homes sense discapacitats, les pateixen durant més temps, atesa la seva major esperança de vida (vegeu taula 9).

Taula 10: Esperança de vida i qualitat de l'estat de la salut. Espanya. 1999

	En néixer		A 65 anys	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Esperança de vida	75,29	82,31	16,17	20,25
Amb alguna malaltia crònica	34,44	44,42	12,86	17,48
Sense bona salut	15,77	24,14	8,39	12,73
Amb alguna discapacitat	6,77	10,19	4,78	7,86

Font: INE. Enquesta sobre discapacitats, deficiències i estat de salut 1999

A Catalunya, l'estadística de persones amb discapacitats corresponent a 2006 mostra que un terç de les discapacitats són motores, que més de la meitat tenen una discapacitat entre el 33% i el 64% i que el 41,7% tenen més de 65 anys (vegeu taula 10).

Quant a l'evolució, la proporció de persones amb discapacitat en relació amb la població total va augmentant any rere any. El 2006 va assolir el 5,3% del conjunt de la població i el 14,9% dels més grans de 75 anys (vegeu taula 11).

Taula 11: Persones amb discapacitat. Catalunya. 2006

		Homes	Dones	Total	%
Total discapacitats		186.427	191.100	377.527	100,0
Tipologia	Físics motors	57.385	68.812	126.197	33,4
	Físics no motors	55.283	43.973	99.256	26,3
	Visuals	13.011	16.257	29.268	7,8
	Auditius	8.368	8.961	17.329	4,6
	Psíquics	23.279	16.821	40.100	10,6
	Malalts mentals	28.640	35.808	64.448	17,1
	No consta	461	468	929	0,2
Grau	Del 33% al 64%	103.104	94.947	198.051	52,5
	Del 65% al 74%	46.918	53.802	100.720	26,7
	75% i més	36.405	42.351	78.756	20,9
Edat	De 0 a 3 anys	589	441	1.030	0,3
	De 4 a 5 anys	819	541	1.360	0,4
	De 6 a 15 anys	6.676	3.880	10.556	2,8
	De 16 a 17 anys	1.465	1.029	2.494	0,7
	De 18 a 19 anys	1.548	946	2.494	0,7
	De 20 a 34 anys	20.378	13.891	34.269	9,1
	De 35 a 44 anys	24.288	18.357	42.645	11,3
	De 45 a 54 anys	27.576	25.335	52.911	14,0
	De 55 a 64 anys	36.197	36.052	72.249	19,1
	De 65 a 74 anys	34.604	37.585	72.189	19,1
De 75 anys o més	32.287	53.043	85.330	22,6	

Font: Informe de discapacitats 2006. Departament de Benestar i Família. Secretaria General



Pel que fa a la situació a l'AMB:

Taula 12: Persones amb discapacitat. Municipis de l'AMB de més de 20.000 habitants. 2001-2006

	2001			2006			% increment		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Badalona	5.183	5.424	10.607	6.753	7.280	14.033	30,3	34,2	32,3
Barberà del Vallès	308	239	547	518	430	948	68,2	79,9	73,3
Barcelona	37.584	36.874	74.458	51.480	54.794	106.274	37,0	48,6	42,7
Castelldefels	699	579	1.278	1.039	941	1.980	48,6	62,5	54,9
Cerdanyola del Vallès	1.075	1.072	2.147	1.385	1.362	2.747	28,8	27,1	27,9
Cornellà de Llobregat	2.202	2.467	4.669	3.092	3.462	6.554	40,4	40,3	40,4
Esplugues de Llobregat	1.108	961	2.069	1.460	1.367	2.827	31,8	42,2	36,6
Gavà	813	790	1.603	1.182	1.171	2.353	45,4	48,2	46,8
L'Hospitalet de Llobregat	6.887	6.272	13.159	9.087	8.778	17.865	31,9	40,0	35,8
Molins de Rei	-	-	-	478	512	990	-	-	-
Montcada i Reixac	565	559	1.124	792	723	1.515	40,2	29,3	34,8
El Prat de Llobregat	1.508	1.492	3.000	2.170	2.161	4.331	43,9	44,8	44,4
Ripollet	539	626	1.165	701	822	1.523	30,1	31,3	30,7
Sant Adrià de Besòs	956	1.002	1.958	1.270	1.327	2.597	32,8	32,4	32,6
Sant Andreu de la Barca	-	-	-	603	490	1.093	-	-	-
Sant Boi de Llobregat	2.167	1.939	4.106	2.950	2.666	5.616	36,1	37,5	36,8
Sant Cugat del Vallès	580	556	1.136	858	909	1.767	47,9	63,5	55,5
Sant Feliu de Llobregat	724	687	1.411	1.068	1.027	2.095	47,5	49,5	48,5
Sant Joan Despí	609	520	1.129	900	870	1.770	47,8	67,3	56,8
Sant Vicenç dels Horts	452	425	877	688	633	1.321	52,2	48,9	50,6
Santa Coloma de Gramenet	3.720	3.125	6.845	4.623	4.074	8.697	24,3	30,4	27,1
Viladecans	1.220	1.177	2.397	1.795	1.754	3.549	47,1	49,0	48,1

Font: Elaboració pròpia a partir de l'estadística de persones amb discapacitat (DBiF, diversos anys)

Equipaments i serveis

Taula 13: Programació territorial dels serveis socials especialitzats de l'ICASS. 2004-2007

	Baix Llobregat	Barcelonès [*]	Barcelona ciutat	Maresme	Vallès Occidental
Indicadors de necessitats 2004					
Població general	730.111	2.192.450	1.503.884	377.608	773.800
Població de 65 anys o més	93.815	97.937	336.241	54.675	107.563
Taxa d'envelliment	12,85%	16,06%	21,24%	14,48%	13,90%
Percentatge de sobreenvelliment	40,42%	40,58%	48,03%	44,50%	43,55%
Sol·licituds de residències per a gent gran	427	826	2.477	456	645
Població de 0 a 6 anys	4.670	31.686	76.234	23.699	50.269
Disminució reconeguda	27.759	30.931	70.213	9.714	26.864
Llista d'espera per a llars o residències	94	137	338	71	107
Indicadors d'oferta 2004					
Places de residències per a gent gran	4.741	1.920	12.384	4.692	4.632
Ràtio total	5,05%	1,96%	3,68%	8,58%	4,31%
Ràtio finançament públic	1,89%	1,11%	1,17%	3,56%	1,52%
Hores concertades en CDIAP [**]	56.823	38.974	77.541	18.104	76.154
Places de llars residencials per a discapacitats psíquics	166	94	332	238	162
Places de centres ocupacionals	696	690	2.017	346	106
Proposta de serveis 2004-2007					
Places de residències per a gent gran	380	1.128	2.566	0	700
Places d'acolliment diürn per a gent gran	228	253-300	817	200	180-200
Places d'habitatges tutelats	10	24	0	0	0
Hores concertades en CDIAP [**]	63.946	46.359	108.403	41.914	47.806
Places de llars residencials per a discapacitats psíquics	177	191	368	0	168
Suport a l'autonomia en la pròpia llar	44	48	92	0	42
Places de centres ocupacionals	165	30	152	30	234

[*] No inclou Barcelona ciutat

[**] CDIAP: centres de desenvolupament infantil i atenció precoç

Font: Programació territorial dels serveis socials especialitzats de l'ICASS. 2004-2007



Taula 14: Ubicació territorial de la construcció pública prevista per a 2007

Residències per a gent gran

A l'àmbit metropolità:

- 2 residències a l'Hospitalet de Llobregat
- 1 residència al Prat de Llobregat
- 2 residències al Barcelonès
- 1 residència al Vallès Occidental

A Barcelona ciutat:

- 12 residències (6 de programades i 6 pendents de programar)
-

Residències per a persones amb discapacitat

A l'àmbit metropolità:

- 1 residència de discapacitats profunds a Terrassa (en substitució de La Pineda)
- 1 residència de discapacitats profunds al Prat de Llobregat
- 1 residència de discapacitats lleugers i mitjans amb TC a l'Hospitalet de Llobregat
- 1 residència de discapacitats seriosos i profunds a Mollet del Vallès
- 1 residència de discapacitats profunds al Barcelonès (l'Hospitalet, Santa Coloma de Gramenet, Sant Adrià o Badalona)
- 1 residència per a discapacitats físics pendent de programar
- 1 llar residència per a malalts mentals

A Barcelona ciutat:

- 1 residència per a discapacitats profunds a la Gran Via
 - 1 residència per a discapacitats profunds
 - 2 residències per a discapacitats lleugers i mitjans
 - 1 residència per a discapacitats físics (en substitució de l'Amilcar)
 - 1 residència per a discapacitats físics
 - 1 llar residència per a malalts mentals
-

Font: Programació territorial dels serveis socials especialitzats de l'ICASS. 2004-2007



Taula 15: Oferta de places en serveis per a la gent gran. 2005

		Catalunya	Àmbit metropolità	Municipi de Barcelona
Població de 65 anys o més (Padró 2005)		1.152.493	769.281	332.794
CENTRES DE DIA		11.133	7.305	2.469
Oferta pública	Total places	3.279	1.732	563
	Generalitat	1.741	1.307	493
	Administració local	1.538	425	70
Oferta privada	Total places	7.854	5.573	1.906
	Iniciativa social	2.246	1.304	392
	Iniciativa mercantil	5.608	4.269	1.514
RESIDÈNCIES		52.603	34.598	13.331
Oferta pública	Total places	7.756	3.570	1.315
	Generalitat	4.414	2.603	1.022
	Administració local	3.342	967	293
Oferta privada	Total places	44.847	31.028	12.016
	Iniciativa social	12.475	6.774	2.212
	Iniciativa mercantil	26.947	20.747	8.582
	Altres	5.425	3.507	1.222
HABITATGES TUTELATS		1.821	1.512	1.331
Oferta pública	Total places	1.233	1.135	1.117
	Generalitat	80	38	24
	Administració local	1.153	1.097	1.093
Oferta privada	Total places	588	377	214
	Iniciativa social	298	125	90
	Iniciativa mercantil	290	252	124

Font: Mapa de serveis socials 2005. Departament de Benestar i Família. Secretaria General



2. La Llei de dependència

La nova Llei de dependència, juntament amb l'encara més recent Llei de serveis socials de Catalunya, capgiren el sistema de serveis socials en la mesura que introdueixen, entre altres coses, el reconeixement del dret subjectiu a rebre les prestacions que estableix la llei. Fins ara, els serveis socials eren de caràcter assistencial, orientats a persones mancades de recursos econòmics i familiars per assumir els costos derivats de la dependència, i estaven limitats als recursos pressupostaris disponibles. La nova llei, en canvi, crea un nou dret subjectiu, el titular del qual és el conjunt de la població, que pot accedir als serveis d'atenció a la dependència amb independència dels recursos —econòmics i familiars— de què disposi, i sense limitació pressupostària.

El nou sistema d'atenció a la dependència i, en general, el sistema de serveis socials, s'allunya dels altres tres pilars de l'estat del benestar construïts fa més de 20 anys (educació, sanitat i pensions) en diversos aspectes. En tots tres es percep una clara voluntat d'assolir dos objectius:

1. Ajustar l'oferta de servei públic a la capacitat real del sistema per finançar-lo i, per tant, per garantir plenament que els ciutadans hi poden accedir.
2. Concretar l'oferta de servei públic establint criteris de prioritat i de copagament, orientats a prioritzar la situació personal i la redistribució per davant de la gratuïtat.



Les diferències més substancials es produeixen en tres aspectes:

1. Avaluació de la situació del demandant de servei a través de sistemes objectius.
2. Definició prèvia de la cartera de serveis disponible.
3. Copagament del cost del serveis.

La Llei de dependència defineix la dependència com a "l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, de la malaltia o de la discapacitat, i lligades a la manca o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció d'una altra o d'unes altres persones, o ajudes importants, per realitzar activitats bàsiques de la vida diària, o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres suports per a la seva autonomia personal".

Al mateix temps, distingeix entre tres graus de dependència:

- Dependència moderada: la persona requereix ajuda per realitzar una o diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys un cop cada dia.
- Dependència seriosa: la persona requereix ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària dos o tres cops el dia, però no vol o no necessita presència permanent d'una altra persona.
- Gran dependència: la persona requereix ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària uns quants cops el dia, i per la pèrdua total de l'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial necessita presència indispensable i contínua d'una altra persona.

El grau de dependència de la persona es determinarà segons el nivell d'autonomia i la intensitat de l'atenció que requereix, valorats a partir de la seva capacitat per dur a terme:

- Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD): són les activitats imprescindibles per poder subsistir de manera independent, com ara la cura personal (rentar-se, vestir-se i despullar-se, anar sol al lavabo, poder dormir o menjar sol), de fun-



cionament bàsic físic (desplaçar-se dins de la llar) i mental (reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar instruccions i/o tasques senzilles).

- Activitats instrumentals de la vida diària (AIVD): tasques domèstiques, de mobilitat, d'administració de la llar i de la propietat (utilitzar el telèfon, recordar de prendre una medicació, tallar-se les ungles, pujar esglaons, agafar un autobús, preparar el dinar, anar a comprar aliments, etc).

La segmentació de la demanda segons el nivell de dependència, en la primera etapa del desplegament del sistema, aporta un criteri raonablement objectiu que ha de servir com a instrument de prioritització dels beneficiaris més necessitats de serveis d'atenció a la dependència. En el moment que el sistema estigui plenament desplegat, és previst que desaparegui aquesta segmentació. Tot i això, la introducció d'elements que ordenen la demanda per criteris de necessitat i no d'arribada al sistema és una millora en la cultura pública, més enllà de la gestió del desplegament que s'ha proposat.

Els serveis d'atenció a la dependència s'ordenen segons el tipus de necessitats a què s'adrecen:

- Serveis de prevenció (malaltia i discapacitat) i promoció (coordinació de serveis socials i salut, programes de rehabilitació, plans d'hospitalització).
- Serveis de suport a l'entorn familiar (teleassistència, ajuts a domicili, centres de dia, centres de nit).
- Serveis d'allotjament i convivència (centres d'atenció a dependents i residències per a gent gran dependent).

D'altra banda, les prestacions econòmiques poden anar destinades a:

- Contractar serveis (prestació subjecta al grau de dependència i a la capacitat econòmica del dependent, vinculada a l'adquisició d'un servei i prestada amb caràcter subsidiari).
- Donar suport a l'entorn familiar (prestació subjecta al grau de dependència, vinculada a l'alta, a la cotització i a la capacitat econòmica del vetllador i prestada amb caràcter excepcional).



- L'assistència personal (promoció de l'autonomia de la persona amb gran dependència a través de la contractació d'assistència personalitzada durant un determinat nombre d'hores, a fi de facilitar-li l'accés a l'educació, al treball, etc.).

Finalment, el sistema d'atenció a la dependència seguirà un calendari d'implementació gradual fins l'any 2014. L'ordre d'implementació serà per graus i nivells de dependència: comença per les persones amb gran dependència l'any 2007 i acaba amb l'atenció de la dependència moderada l'any 2014.

L'atenció a la dependència: una política de gestió complexa

Com ja s'ha dit abans, el sistema d'atenció a la dependència és un sistema força complex a causa de la incorporació de criteris d'equitat i sostenibilitat al sistema, que el fan més adequat per a les condicions d'entorn però que el fan també de gestió més complexa. Aquesta complexitat es concreta almenys en tres àmbits:

- La presència de tots i cadascun dels nivells de govern, des de l'Estat central fins als municipis, en alguna de les múltiples etapes de la política d'atenció a la dependència (integració vertical) i la forta integració horitzontal que es preveu imprescindible entre serveis socials i serveis de salut.
- Un finançament basat en el copagament interadministratiu i social: totes les administracions aporten recursos, i també els usuaris.
- El caràcter mixt del mercat de producció i prestació de serveis d'atenció a la dependència: hi ha una forta diversitat d'operadors públics i privats, que d'altra banda són encara molt insuficients i tenen poca experiència. Es tracta, per tant, de gestionar un mercat més que no pas de gestionar uns serveis. La gestió de l'oferta pròpia, el coneixement de la totalitat de l'oferta local, el control i seguiment dels operadors privats, la coordinació del *continuum* assistencial (de la teleassistència a la residència assistida), etc., requereixen capacitat de gestió important, especialment a nivell local.

A continuació es desenvolupen aquests tres apartats amb la voluntat de emmarcar els reptes de gestió que es presenten al govern local en general i als municipis de l'àrea metropolitana de Barcelona en particular.



L'escenari institucional

La Llei de dependència crea el sistema per a l'autonomia i l'atenció a la dependència (SAAD) com a espai de col·laboració i participació de les administracions públiques, com a mitjà per optimitzar recursos públics i privats i com a instrument de millora de les condicions de vida de la població dependent i no dependent.

El SAAD s'ha configurat com a model de mínims per garantir l'equitat territorial a partir de la formulació de continguts comuns per a tot el territori de l'Estat i amb independència de si les CA i els ajuntaments volen incrementar la quantitat, la intensitat i la qualitat dels serveis. Per coordinar aquest escenari es crea el Consell Territorial, òrgan de planificació i màxim garant de l'equitat territorial. El SAAD té per objectiu garantir el bon funcionament de la integració vertical entre diversos nivells de govern. Com ja s'ha dit abans, i es pot comprovar al quadre 1, totes les administracions estan involucrades en el sistema d'atenció a la dependència, des del nivell estatal fins al municipal, i no sempre amb una clara delimitació competencial.

Les funcions legislatives, competencials i de regulació de les prestacions corresponen a l'Estat i a les CA. La distribució competencial ha estat un dels aspectes més polèmics de la Llei de dependència, ja que els serveis socials figuren entre les competències exclusives atribuïdes a les CA en virtut del l'article 148 de la Constitució espanyola (CE). Tanmateix, la Llei de dependència, emparant-se en l'article 149.1.1 de la CE, justifica la intervenció estatal en aquest àmbit a partir de la necessitat de regular les condicions bàsiques que garanteixin la igualtat entre els ciutadans de tot l'Estat en el que fa referència a la sanitat i a la seguretat social.

Sembla que correspon a l'Estat l'exercici de quatre funcions bàsiques (Dizy, 2007):

- Reguladora: creació d'un marc legal bàsic que asseguri un nivell mínim de protecció per a tot el territori de l'Estat.
- Coordinadora: detectar carències del sistema, coordinar nivells de govern, elaborar informes, dissenyar plans nacionals de dependència i establir sis-



temes de compensació per a les CA amb més població dependent.

- Assistencial: finançar el cost dels dependents sense prou recursos.
- Incentivadora: introducció de beneficis fiscals per a la creació i desenvolupament d'instruments privats d'atenció a la dependència.

La resta de funcions que es desprenen del quadre 1 (des de la definició de la cartera de serveis fins a l'avaluació) són competència del govern autonòmic i del local, ja sigui compartida o en solitari, directament o a través d'organismes autònoms.

La Llei de dependència és el primer pas cap a un sistema d'atenció a la dependència universal i integrat a nivell de tot Espanya. Però aquest sistema s'ha d'integrar en el marc competencial de les CA sobre serveis socials. La Generalitat de Catalunya ha aprovat ja la Llei de serveis socials de Catalunya, en la qual s'emmarca l'atenció a la dependència i que assigna competències molt significatives als governs locals en l'àmbit dels serveis socials, reforçant les que ja tenien en la legislació anterior. La Llei de serveis socials contempla la possibilitat de situar aquestes responsabilitats en diferents nivells (vegueries, comarques o municipis). Però el ritme no sincrònic del desplegament de la política d'atenció a la dependència i el de l'ordenació territorial de Catalunya fan pensar en la necessitat indispensable d'òrgans locals de referència, que actuïn com a agregadors del nivell local i facin viable i operativa aquesta voluntat descentralitzadora.



El finançament

Tota ampliació del sistema de protecció de les persones en situació de dependència ha de tenir en compte les repercussions financeres per al sector públic, al mateix temps que ha de preveure quina serà l'evolució futura del nombre de dependents i, per tant, la variabilitat dels costos. Molt sovint, aquesta evidència no s'ha considerat en el disseny de les polítiques públiques. No ha estat així en el cas del Llei de dependència. Seguint la memòria econòmica de l'avantprojecte de la Llei de dependència, es calcula el cost directe per a l'Estat de la implementació del SAAD en més de 9.000 milions d'euros. D'altra banda, es preveu que faran falta recursos addicionals per valor de 7.500 milions d'euros, a finançar entre l'Estat, les CA i els beneficiaris dels serveis d'atenció a la dependència.

El finançament de l'atenció a la dependència, doncs, es produirà a través de tres fonts de finançament:

- L'Administració general de l'Estat. L'Estat assumirà l'import íntegre derivat de les prestacions mínimes establertes.
- Les CA, l'aportació de les quals ha d'igualar, com a mínim, l'aportació que farà l'Estat als territoris respectius.
- La contribució de la persona dependent en funció del grau de dependència, del cost del servei i dels recursos de què disposi.

En referència a la variabilitat futura del cost de l'atenció a la dependència, val a dir que el manteniment del SAAD dependrà d'una equació entre l'augment del nombre de persones dependents i la sostenibilitat del sistema. Dizy (2007) apunta els *retorns* i els *estalvis fiscals* com a elements de sostenibilitat. Poden ser de tres tipus:

- Augment dels ingressos públics a partir de l'augment de cotitzacions socials (incorporació de nous treballadors i reducció de l'ocupació irregular).
- Augment dels ingressos impositius a partir de la nova activitat generada per la mateixa llei (IRPF, IVA, IAE).
- Disminució de la despesa pública en concepte de subsidis d'atur i de despesa sanitària.



Cal afegir aquí el paper dels governs locals en el finançament del sistema. Si bé no es contempla a la llei la seva aportació obligada, les diverses administracions locals han assumit, assumeixen i continuaran assumint un cost molt significatiu de l'atenció a la dependència amb relació a la seva disponibilitat pressupostària. En primer lloc, perquè com a titulars de competències centrals en matèria de serveis socials i de salut aporten molts serveis a la cartera que finalment es presta a les persones dependents i són els responsables últims de la seva implementació i del seu finançament. En segon lloc, perquè les estructures de gestió —la gestió relacional amb la ciutadania, la plataforma d'atenció social primària com a porta d'entrada al sistema i la cobertura, provisionalment o estructuralment, de totes les demandes socials no contemplades pels sistemes estatal i autonòmic— són i seran ateses pel nivell local i també, en bona mesura, finançades per ell. Finalment, i és un tema recurrent en aquests models descentralitzats de prestació de serveis, els possibles desfasaments entre costos pressupostats i costos reals dels serveis acaben sent coberts pel nivell local, que actua com a mecanisme d'ajust.

Com ja s'ha dit anteriorment, el sistema de finançament del SAAD té dues dimensions: el copagament interadministratiu i el copagament social. El primer fa relació a la transferència de recursos entre nivells de govern, per poder fer front al cost del desplegament i del manteniment del SAAD en cadascun dels nivells de govern, segons les competències que li siguin pròpies, les tasques que li hagin estat assignades i el volum de població en situació de dependència que hagi d'atendre.

D'altra banda, el copagament social implica l'assumpció d'una franja del cost dels serveis per part de la persona en situació de dependència, en funció del grau de dependència, del cost total del servei i dels recursos propis de què disposi. Aquest tipus de copagament no és una novetat, perquè hi ha múltiples serveis socials que es financen amb aquest mètode. Per tant, la Llei de dependència no fa res més que recollir i avalar una realitat ja existent. Tanmateix, sí que és una novetat com a principi rector i característica definidora d'una política pública de caràcter universal en el seu conjunt. I és sobretot una novetat per la complexitat de gestionar aquesta heterogeneïtat de fluxos econòmics.



Els models de provisió i de producció

La provisió es refereix al fet de decidir l'existència d'una oferta de servei públic, fixar el seu contingut, assignar recursos públics destinats a finançar-la i determinar les condicions que ha de complir el ciutadà, si escau, per accedir-hi.

El concepte de producció, en canvi, fa referència al procés tècnic i organitzatiu que permet la prestació del servei, que normalment no depèn de la naturalesa pública o no d'aquest servei sinó de les condicions tècniques exigibles per a la seva prestació adequada.

El model de provisió, pel que fa a la Llei de dependència, es fonamenta en tres criteris:

- **Universalitat:** els serveis d'atenció a la dependència constitueixen un dret subjectiu universal per a qui es troba en situació de dependència i satisfà determinats requisits.
- **Copagament social:** la persona dependent assumeix part del cost de servei en funció del grau de dependència, del cost total del servei i dels recursos de què disposi.
- **Cooperació publicoprivada:** el sistema d'atenció a la dependència es basa en la col·laboració entre administracions públiques i operadors privats. La provisió és competència de les primeres mentre que la producció pot estar en mans privades, tot i que no necessàriament ha de ser així.

La producció dels serveis d'atenció a la dependència, doncs, és previst fonamentar-la en l'esmentada cooperació entre el sector públic i el sector privat o social. En aquest punt és convenient subratllar que la prestació de serveis per part d'operadors privats no en compromet la naturalesa pública. En canvi —amb el benentès que l'externalització s'hagi fet bé— pot millorar la qualitat i l'eficiència dels serveis públics, en la mesura que cada actor involucrat pot concentrar-se en les tasques que constitueixen el seu centre de creació de valor afegit i que corresponen a les pròpies capacitats organitzatives i productives.



Aquest model de producció de serveis, però, exigeix alguns requeriments que en aquest moment no són presents en l'escenari productiu ni són fàcils d'estructurar. El sector dels serveis socials i de la dependència són sectors emergents, tant tècnicament com econòmica i organitzativa. El nombre d'operadors és baix. La trajectòria de què disposen, curta. Les dimensions de canvi d'escala que proposen les noves lleis de la dependència i de serveis socials no són gens fàcils d'assolir pels operadors del mercat.

Pel que fa a les capacitats de gestió del mateix sector públic tampoc estan en el nivell desitjable i necessari. El sistema de serveis socials és encara un sistema feble i no està en condicions d'assumir, a la velocitat que se li exigeix, el procés de canvi i desenvolupament que requereix el nou marc de política pública.

Finalment hi ha un darrer escull: el mercat de treball. Un reflex més de la joventut del sector. Tot i que el mateix llibre blanc preveia la necessitat (i la possibilitat) de més de 300.000 llocs de treball, ningú no acaba de saber on són els candidats a ocupar-los ni quin procés de capacitació massiu caldrà fer perquè es puguin ocupar. En el mercat submergit aquestes feines estan sent assumides per immigrants, sobretot llatinoamericans, que poden comunicar-se amb facilitat amb els usuaris. La seva incorporació al mercat regular, però, no és fàcil, ja que no disposen de les titulacions exigibles. Finalment, cal assenyalar que és un mercat pendent d'estructurar. El sistema de negociació col·lectiva és molt feble i les remuneracions molt desajustades. La pressió del desplegament del sistema de serveis socials i de la dependència sobre aquest mercat serà forta i difícilment es podrà gestionar sense un cert nivell de conflicte.

Atenció a la dependència dins l'àrea metropolitana de Barcelona

En aquest escenari s'emmarca l'aproximació que s'ha fet en aquest treball a la problemàtica que planteja el desplegament del sistema d'atenció a la dependència dins l'àrea metropolitana de Barcelona. Com s'apuntava a la introducció, aquesta aproximació s'ha fet a partir d'un treball de camp de tipus qualitatiu, en el qual s'han fet entrevistes en profunditat a una desena de responsables muni-



cipals de serveis socials dels ajuntaments metropolitans i també algunes reunions de treball per contrastar dades. Els objectius d'aquesta tasca eren dos:

- 1 Conèixer les problemàtiques a les quals han de fer front els ajuntaments en aquest context i conèixer també les respostes que hi donen, a fi de detectar bones pràctiques i difondre-les.
- 2 Construir un marc de conclusions i recomanacions que puguin servir d'eina de treball per desenvolupar les estratègies de desplegament dels serveis d'atenció a la dependència.

A continuació s'exposen les principals conclusions obtingudes en el treball de camp, un diagnòstic de factors crítics i algunes recomanacions.



3. Atenció a la dependència i reptes del govern local

L'objectiu final és identificar els problemes comuns a partir dels quals es pugui dissenyar una estratègia també comuna, que permeti construir un model de referència mínimament compartit per fer front als canvis estructurals que comporta l'aplicació de la Llei de la dependència. A continuació, doncs, es presenten els resultats del treball de camp, que s'han ordenat i sistematitzat segons les sis principals dimensions problemàtiques que semblen agrupar les preocupacions recollides i que són:

- 1 Planificació de la provisió i de la producció.
- 2 Gestió.
- 3 Finançament i costos.
- 4 Mercat laboral.
- 5 Operadors externs.
- 6 Coordinació i sistemes d'informació.

És important recordar que aquestes problemàtiques són fruit, en alguns casos, de l'estat de desplegament encara embrionari de la Llei de la dependència i que, per tant, la seva definició pot variar amb el temps. No obstant això, s'ha fet un esforç per oferir una visió del fons dels problemes, de la seva dimensió estructural, independent del grau de desenvolupament de la llei.

Planificació de la provisió i de la producció

El dèficit de planificació del desplegament del sistema d'atenció a la dependència, tant a curt com a mitjà termini, es percep com una de les principals mancances que convindria resoldre.



Aquesta falta de concreció ordenada del procés d'implantació del sistema es posa de relleu en molts àmbits, entre els quals es poden assenyalar els següents:

- La incertesa del marc de finançament.
- La protocol·lització dels criteris i procediments per al desplegament del sistema a nivell local.
- La planificació del procés inversor.
- La gestió del mercat de treball.
- La gestió de la contractació externa en el moment del canvi de la Llei de contractes de l'Estat, en la qual no es preveuen creixements pressupostaris com els que proposa la Llei de la dependència (els serveis només poden créixer fins a un 20% sense modificació del contracte i nou concurs).

L'opinió generalitzada manifesta que la Generalitat ha de ser capdavantera en la planificació i el disseny operatiu del sistema. Ja és així, però de manera encara insuficient. Especialment important és la planificació d'inversions a curt, mitjà i llarg termini i el desplegament dels sistemes d'informació i de gestió de la demanda i l'oferta de serveis.

Gestió

L'escenari de gestió tant autonòmic com local es veu fortament afectat a diferents nivells. D'una banda, es produeix un canvi d'escala que no es materialitza plenament, però sí significativament, durant el primer període de valoracions i implementació (grau III), però molt probablement es manifesti de manera més crua al llarg dels anys vinents i fins al 2015, any que clou el període de valoracions proposades per la llei (graus II i I). D'altra banda, la universalització dels serveis socials i la transformació d'aquests serveis en drets subjectius reconeguts i exigibles augmenta notablement les exigències sobre el sector públic i el seu compromís envers la ciutadania en general i, molt especialment, envers els usuaris efectius. En aquest nivell, l'impacte més fort es produeix per la necessitat de sistematitzar i homogeneïtzar el conjunt del sistema, fins ara molt atomitzat i poc estructurat, en procediments i criteris, des de tècnics (diagnòstic, assignació de serveis, processos, seguiment, avaluació...) passant per econòmics (costos, preus, salaris) fins a organitzatius.



En aquest sentit, caldrà afrontar canvis, que de manera genèrica es poden definir de gestió i que es concreten en canvis d'estructura, d'organització interna, de funció directiva i de sistemes de producció dels serveis prestats pels ajuntaments.

Mereix una menció especial l'esforç importantíssim que cal fer per assegurar una gestió consistent i estable de les relacions dels serveis socials amb el sector salut i amb el serveis sanitaris, tot evitant la *sanitarització* del sistema i l'ofegament del creixement qualitatiu i quantitatiu que cal que tinguin necessàriament els serveis socials. Potser l'element més rellevant d'aquesta necessitat deriva de l'exigència de mantenir una visió social, comunitària i familiar del tractament de la dependència, típica dels serveis socials, enfront d'una visió individual de la persona dependent, més pròpia de la lògica sanitària.

Finançament i costos

El desplegament del finançament és una problemàtica encara no resolta, tot i que, ni que sigui per una vegada, la dotació pressupostària ha acompanyat de manera clara el disseny de la política. El Govern de l'Estat s'ha compromès a pagar-ne una part, que es complementarà amb un segon tram pagat per l'administració autonòmica i que finalment serà completat pels municipis. Al seu torn, la Llei de serveis socials recentment aprovada al Parlament de Catalunya compromet el Govern català a assumir un mínim de dos terços del cost dels serveis socials bàsics.

L'escenari, per tant, és consistent a mitjà termini, però hi ha temes en què cal treballar amb urgència:

- 1 L'establiment del marc pressupostari per a cada unitat de gestió a mitjà termini. Cal informació de l'Estat i de la Generalitat, però cal també capacitat local per constituir una gestió economicofinancera pròpia.
- 2 El fet que el creixement de les dotacions pressupostàries aportades per les administracions superiors obligarà a incrementar també la despesa municipal a càrrec d'ingressos propis. Caldrà incloure aquesta anàlisi en els marcs locals de gestió econòmica.



- 3 La construcció d'un escenari de negociació col·lectiva que permeti fixar el cost central de tot el sistema, de les persones que hi treballen.
- 4 L'anàlisi de costos i especialment del diferencial de costos unitaris segons els territoris. El Govern central treballa amb preus únics per a tot l'Estat, la qual cosa és, òbviament, una distorsió.
- 5 La gestió del model de copagament, gens fàcil de desplegar, especialment si es respecta el principi de caixa única, com és obligat.
- 6 El control del destí final de les prestacions directes a les famílies.

Aquests i altres temes s'han d'abordar i resoldre amb urgència, especialment la construcció de models locals de gestió econòmica i financera del sistema de serveis socials i de dependència, i l'anàlisi de costos. Sense ambdues coses la gestió i el sistema es recolzen sobre bases molt inestables.

Pel que fa a aquest tema, cal que els governs locals prenguin consciència que una part molt substancial del problema és la feblesa dels serveis socials locals per construir sistemes de gestió sòlids i propis. Això no podrà venir de fora.

Mercat laboral

La constatació general és que els serveis d'atenció a la dependència són esclaus d'un seguit de deficiències del mercat laboral que li són pròpies. Aquestes deficiències estan relacionades amb els factors següents:

- 1 Unes condicions laborals precàries, malgrat els avenços aconseguits, que converteixen l'escassetat de recursos humans en un mal crònic del sector.
- 2 La concurrència de diverses titulacions per a feines iguals o molt similars, subjectes a convenis col·lectius diferents i amb condicions laborals igualment diferents (treballadors familiars, auxiliars de la llar, auxiliars d'ajuda a domicili, tècnics d'atenció socio sanitària, auxiliars d'infermeria, etc.).
- 3 L'absència d'un marc acreditatiu per als diferents perfils professionals, que clarifiqui responsabilitats, millori les relacions laborals i garanteixi la qualitat del servei.
- 4 Les mancances en el terreny de la formació.



5 La falta de prestigi d'unes professions que tot sovint s'exerceixen com a darrera opció i sempre com a solució transitòria.

6 Finalment, i no per això menys important, la falta de candidats per treballar en aquest sector.

De fet, ja és complicat trobar personal per treballar en el camp dels serveis socials, i encara ho és més trobar personal qualificat capaç de produir serveis de qualitat.

La formació és l'antídoto que més sovint es prescriu com a solució a la manca de recursos humans. Tanmateix, es tracta d'un sector socialment poc consolidat, estigmatitzat com a treball eminentment femení i també precaritzat. I aquesta percepció no canviarà si no varien les condicions laborals. Mentre les condicions laborals siguin les que són, possiblement hi haurà poques persones disposades a treballar-hi i, si ho fan, molt probablement només serà de manera transitòria.

Les conseqüències es comencen a fer notar. Hi ha municipis que es veuen abocats a repercutir aquestes dificultats en l'usuari, tot reduint la intensitat de la cura o la qualitat assistencial. Uns altres es veuen abocats a disfressar augments de servei amb programes pilot i similars, que s'adjudiquen a altres empreses, perquè els adjudicataris dels serveis es veuen incapaços de trobar nous treballadors.

Operadors externs

Com és lògic, la capacitat del mercat per adaptar-se a un sector emergent, enfrontat a un creixement tan fort com el que es proposa ara, no és immediata.

Una de les dificultats més grans que s'han identificat és la de trobar operadors especialitzats en el sector, i especialment operadors de grandària petita o mitjana vinculats al territori i capaços de créixer al ritme de la demanda.

En aquest sentit, la majoria d'entrevistats diferencien dos tipus de problemes. En primer lloc, les dificultats organitzatives inherents a un tipus d'empresa petita o mitjana, poc professionalitzada i amb poca capacitat d'assumir riscos i/o d'en-



deutar-se per tal de créixer. En segon lloc, les dificultats pròpies del mercat laboral, ja esmentades a l'apartat corresponent.

Costa de trobar, per tant, empreses vinculades al territori que puguin contribuir al desplegament del sistema. La qual cosa deixa les grans empreses com a única alternativa formal, encara que a la pràctica es troben amb els mateixos problemes i amb el risc afegit d'evolucionar cap a un oligopoli de proveïdors, poc vinculat al territori i poc diversificat i al qual, a més, pot no interessar-li l'atenció als petits municipis, que són majoritaris en el nostre país. Darrerament sembla que aflora una nova oportunitat, però comporta també un nou risc. Hi ha empreses amb problemes en els seus sectors naturals d'operació que veuen el sector de la dependència com un nou mercat potencial. Algunes constructores sembla que apunten en aquesta direcció. No hi ha dubte que el sector s'ha d'obrir a operadors nous, però cal assegurar la capacitat de prestar servei, per davant d'altres consideracions financeres o operatives.

Coordinació i sistemes d'informació

La gestió de la informació ha estat, en opinió de la gran majoria dels entrevistats, una de les principals dificultats de la primera etapa de desplegament de la Llei de dependència. Aquesta visió, però, sembla remetre més aviat a la falta d'un model clar i estructurat de desplegament que no pas a un problema de transmissió d'informació en sentit estricte. O sigui, hi ha coses que es dona per descomptat que se saben, i de les quals no s'informa, quan en realitat no s'informa perquè encara no estan clares o definides. Això és una deriva clara del model de desplegament pel qual va optar el ministeri.

És essencial millorar els sistemes d'informació a fi de millorar també la qualitat dels serveis, la planificació i la coordinació interadministrativa (vertical i horitzontal). Una coordinació que és especialment important en el terreny interadministratiu, sobretot per fer efectiva la porta d'entrada única. Cal constatar aquí, com a conseqüència de la falta d'estructuració global del sector, que encara no hi ha disponible un sistema d'informació de base sobre el conjunt del sistema, tot i que hi treballa el Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.



4. Factors crítics d'èxit i recomanacions

De tot això anterior en deriven factors crítics d'èxit i un seguit de recomanacions que haurien de constituir el centre d'atenció de tots els agents implicats. Tenen a veure principalment amb el disseny del procés i amb les condicions d'implementació, qüestions força oblidades fins ara.

Responent a l'absència de les anomenades "cultura de sistema" i "cultura de gestió" del sector dels serveis socials, el desplegament de la Llei de dependència s'ha plantejat com si hi hagués un dispositiu organitzatiu perfectament estructurat i amb capacitats instal·lades o, encara pitjor, com si tot això no fos necessari. Com si de la redacció i l'aprovació d'una llei i de l'assignació d'un pressupost en pogués derivar espontàniament un sistema de provisió i prestació de serveis amb plena capacitat operativa. El pas entre el disseny d'una política i la seva implementació és sempre un veritable repte, i en aquest cas ho és particularment.

D'altra banda, cal afegir que aquest document se centra en el desplegament de la Llei de dependència a l'àrea metropolitana de Barcelona. En aquest darrer apartat es presenten reflexions i propostes que intenten respondre als reptes específics dels municipis i dels ajuntaments de l'àrea metropolitana de Barcelona, tot i que la majoria de qüestions poden tenir una certa utilitat per al conjunt del territori.

Els factors crítics i les recomanacions proposades s'han estructurat amb l'agenda de treball que segueix:

- 1 Redisseny del sistema organitzatiu dels serveis socials.
- 2 Capacitació en gestió.

- 3 Estructuració i ordenació de la base econòmica i financera del sistema.
- 4 Regulació del sistema.
- 5 Desenvolupament de sistemes d'informació.
- 6 Estructuració i ordenació del mercat de treball.
- 7 Gestió de les relacions publicoprivades.
- 8 Ordenació territorial.
 - a Mobilitat.
 - b Homogeneïtat.
 - c Diferencial de cost.
 - d Renovació del parc residencial privat obsolet.
- 9 Gestió del canvi i del temps.

Es comenten a continuació aquests punts i s'aporten en alguns casos propostes de treball específiques.

Redisseny del sistema organitzatiu dels serveis socials

El desplegament del sistema de serveis socials i del sistema d'atenció a la dependència comporta un canvi estructural de molt llarg abast en el sector. L'aterratge de la proposta exigeix un redisseny a fons del sistema organitzatiu que l'ha d'entomar. Aquest redisseny, ja en marxa a nivell autonòmic, s'haurà de fer a escala municipal i, tenint en compte el "minifundisme" de l'administració local catalana, també a escala supramunicipal. Igualment, caldrà modificar i millorar substancialment els mecanismes d'integració vertical i horitzontal.

A escala municipal, per als municipis de més de 20.000 habitants caldrà adequar l'estructura organitzativa als reptes de la nova dimensió, de les noves responsabilitats, dels nous models de gestió dels serveis socials, i amb una qualitat dels serveis tal i com la plantegen la Llei de dependència i la Llei de serveis socials.

Caldrà afrontar-ho també a nivell supramunicipal, perquè la dimensió estrictament municipal no permet la descentralització efectiva. Sobretot en els municipis petits, i en matèria de serveis socials, és imprescindible la mancomunitat, a fi de garantir l'existència d'unitats de gestió raonablement dimensionades. Fins



i tot a l'AMB caldrà trobar fórmules per ordenar l'estructura de gestió, ja que dels 36 municipis n'hi ha 14 per sota dels 20.000 habitants.

Els mecanismes organitzatius d'integració vertical també han de ser repensats, a fi de garantir relacions fluides entre la Generalitat i els ens locals, sobretot pel que fa a aspectes clau com són el flux d'informació, els criteris d'actuació en l'avaluació de la demanda, l'assignació de serveis o el finançament i el copagament. Per acabar, també cal apostar per mecanismes d'integració horitzontals més eficients, per poder fer efectiva la coordinació sociosanitària, indispensable per als serveis d'atenció a la dependència.

Dins l'AMB és especialment complicat l'encaix en el sistema dels municipis de menys de 20.000 habitants, al costat dels de més de 20.000 i dels consells comarcals, i caldria trobar alternatives consistents en aquest àmbit.

Capacitació en gestió

La cultura i la capacitat de gestió en el sector dels serveis socials és encara baixa. Aquesta debilitat era lògica en un sistema petit i feble com el que hi havia fins ara, relativament jove. Però tot i que era important, no resultava tan decisiva com ho és ara i com ho serà els anys vinents. El volum de recursos, de serveis i sobretot d'usuaris ha de créixer exponencialment, i només un sistema estructurat i ben gestionat pot acompanyar aquest creixement.

En aquest àmbit, els requeriments que planteja la nova Llei de serveis socials i la nova Llei de la dependència afecten, com a mínim, les àrees de gestió següents:

- 1 Planificació estratègica i operativa del creixement.
- 2 Disseny organitzatiu.
- 3 Gestió econòmica i financera.
- 4 Gestió de costos.
- 5 Disseny de processos.
- 6 Gestió de recursos humans.
- 7 Gestió de serveis i comunicació.



- 8 Gestió de la contractació pública.
- 9 Control de gestió i avaluació.

Avui en el sector de serveis socials hi ha una gran experiència acumulada, i una xarxa de quadres gerencials i polítics que han construït aquesta experiència, però en molt pocs casos es compta amb capacitats tècniques de gestió i amb instruments de treball consolidats. Probablement aquest sigui el factor crític més estructural i més urgent de resoldre. Per fer-ho hi ha dues vies de treball principals:

- 1 Formació dels responsables de la gestió del sistema.
- 2 Desenvolupament d'eines i instruments formalitzats de gestió (alguns dels quals es comenten a continuació).

Tant a l'àrea metropolitana de Barcelona com al conjunt de Catalunya hi ha professionals que poden assumir aquest repte, però els cal rebre el suport adequat per actualitzar les seves capacitats i adaptar-les a les exigències d'avui.

Estructuració i ordenació de la base econòmica i financera del sistema

Tot i haver-se desplegat un sistema amb compromisos pressupostaris explícits i sòlids, aquest punt continua sent un tema de profunda preocupació per als governs locals. Tal com s'ha plantejat abans, l'origen del problema és doble. D'una banda, hi ha la incertesa objectiva en la concreció dels compromisos econòmics i dels criteris a utilitzar en la gestió econòmica (preus, costos, salaris, copagament, fórmules contractuals, inversió). D'altra banda, però, els ajuntaments no disposen de la capacitat adequada per construir amb prou solidesa un model econòmic i financer adequat al seu propi sistema de serveis socials. La clarificació del marc general economicofinancer no servirà de res si els ajuntaments no poden traslladar aquest marc a la seva gestió. Les peces que poden donar cos a aquest marc de gestió economicofinancera són:

- 1 Un model que permeti identificar el volum de servei per a tota la cartera de serveis, el cost econòmic, les necessitats d'inversió i les fonts de finançament aplicables.



- 2 Un sistema d'anàlisi pressupostària i de costos que aporti la informació de base per a la construcció del model.
- 3 Un sistema de càlcul i de gestió del copagament que permeti conèixer aquesta part del sistema de finançament, que esdevindrà sens dubte la més complexa i la més delicada per als usuaris.

El volum de recursos aportat al sistema és molt rellevant. Una gestió ineficient d'aquests recursos serà difícilment acceptada per l'expectativa social creada respecte a la Llei de la dependència i a la Llei de serveis socials.

La regulació del sistema

Una de les primeres eines de gestió que és imprescindible desenvolupar és el conjunt d'elements que poden estructurar el sistema tècnic i el sistema organitzatiu, homogeneïtzar-lo i donar-li estabilitat. En aquest àmbit les vies de treball són:

- 1 Consolidació i desenvolupament del marc normatiu.
- 2 Estructuració de sistemes de registre estables de la demanda social i del treball realitzat pel sistema.
- 3 Desenvolupament de criteris i mecanismes d'homologació de serveis, equipaments, processos, empreses i sistemes d'informació.
- 4 Desenvolupament i validació de criteris i protocols tècnics i de gestió validats pel conjunt del sistema.
- 5 Fixació d'estàndards de referència per avaluar la demanda, l'oferta i la producció, els costos i l'ús dels serveis.
- 6 Fixació de referències en l'àmbit de les titulacions professionals, els horaris, les remuneracions, les condicions de treball i l'estructuració de marcs forts de negociació col·lectiva.
- 7 Desenvolupament d'eines per millorar les fórmules contractuals de la gestió externalitzada i la seva avaluació i control.

Tots aquests aspectes són comuns a tot el govern local de Catalunya, però les capacitats dels municipis i ajuntaments metropolitans fan més factible que el



desenvolupament d'aquestes eines es pugui fer amb més rapidesa en aquest àmbit. D'altra banda, la dimensió de l'AMB fa també que sigui més urgent disposar d'aquest instrumental.

El treball de cooperació intermunicipal pot aportar aquí molt valor i estalviar molts esforços repetits, a més de ser imprescindible per garantir un nivell mínim d'homogeneïtat territorial, que és imprescindible per a tot Catalunya però encara més en l'àmbit metropolità de Barcelona, on la mobilitat és molt alta.

Desenvolupament de sistemes d'informació

El sector dels serveis socials i de l'atenció a la dependència està incorporant amb èxit les tecnologies de la comunicació i de la informació en la prestació del serveis. En canvi, és molt acusat el retard que la gestió del sistema té en la utilització d'aquesta tecnologia. Tots els agents implicats, i especialment el Departament d'Acció Social i Ciutadania, comparteixen la idea que és imprescindible desplegar un sistema bàsic d'informació que sigui unitari en el sector i que posteriorment es complementi de manera descentralitzada amb la fórmula que calgui.

La doble integració, vertical —entre diferents nivells de govern— i horitzontal —entre els sectors sanitari i social—, converteix la gestió de la informació en una variable principal. La mecanització de la gestió operativa, la integració i la transportabilitat de la informació, l'anàlisi social de referència i el registre i l'avaluació sobre l'actuació del conjunt requereixen un sistema potent d'informació. La informació de suport en la implementació de la llei és una eina estratègica per assegurar la coherència i l'eficàcia dels serveis d'atenció a la dependència i del conjunt dels serveis socials. És essencial disposar, tan aviat com sigui possible, d'una plataforma compartida que aplegui la informació bàsica del sistema.

Estructuració i ordenació del mercat de treball

El mercat de treball del sector dels serveis socials, i dins d'aquest el de la dependència, està extremadament desestructurat. Com ja s'ha constatat a bastament, el desenvolupament professional, remuneratiu, contractual, social i tèc-



nic, juntament amb el marc de relacions laborals i de negociació col·lectiva, són molt precaris.

Fins ara, aquesta precarietat s'ha anat trampejant més malament que bé. El nou escenari, en què la disponibilitat de personal és molt limitada i el tema és primera plana dels mitjans cada dia i prioritari en l'agenda política, fa inevitable que sorgeixi la reivindicació amb força, i probablement el conflicte (com ja succeeix).

La qualificació i la dignificació de les professions implicades, molt especialment de les que s'orienten a la tasca d'atenció domiciliària, juntament amb l'ordenació i l'acreditació tant de titulacions i perfils professionals com d'operadors privats que treballen en el sector i l'ordenació del marc de contractació i de negociació col·lectiva són alguns dels aspectes que cal abordar amb urgència.

En aquest terreny, els ajuntaments no hi tenen formalment cap participació directa. Patronals i sindicats han de resoldre el problema, i els ajuntaments gairebé mai no són patrons. No obstant això, sí que tenen instruments al seu abast, que poden ajudar a fer avançar el sector en la millora de l'escenari comproment els operadors a treballar en aquella direcció i assumint la part de cost estructural que els pertoca en la remuneració laboral. Els ajuntaments —i també, potser amb més força, la Generalitat— han de liderar, i si convé forçar, millores en l'escenari laboral, malgrat les dificultats intrínseques de la seva posició com a agents externs a la negociació col·lectiva.

Pel que fa a l'escassetat de recursos humans disponibles per al sector, hi ha experiències en què ajuntaments i empreses han col·laborat estretament amb les àrees de promoció econòmica local i amb el Departament de Treball en processos de formació, capacitació i reclutament de professionals. Caldrà aprofundir aquesta línia, sense cap mena de dubte.

Caldrà revisar igualment les polítiques de gestió del personal tècnic propi dels ajuntaments. També en aquest àmbit caldrà reestructurar i créixer. Alguns municipis han començat a redissenyar l'estructura organitzativa, han reubicat personal experimentat en nous llocs que requereixen més responsabilitat o més experièn-



cia, al mateix temps que els nous treballadors es destinen a l'atenció primària. La reubicació serveix de reciclatge o promoció professional, i alhora permet millorar la qualitat de l'assistència i dels serveis en general. Sembla que caldria consolidar aquesta dinàmica obrint el debat sobre el disseny de carrera professional.

La gestió de la cooperació publicoprivada

Tant la Llei de serveis socials com la Llei de l'atenció a la dependència parteixen de dues hipòtesis bàsiques:

- 1 El sistema de provisió de serveis socials és mixt i hi participen, amb rols diferents, el sector públic, els sectors no lucratiu i socials i les empreses.
- 2 La provisió de serveis socials públics es preveu que pugui comptar amb la cooperació del sector social i privat sense perdre el caràcter públic (regulació de drets, finançament i control de l'acompliment).

Així doncs, tal com ja succeeix ara, la cooperació publicoprivada és una eina clau per a la gestió dels nous sistemes. Perquè això sigui realment així és necessari:

- 1 Consolidar un sistema d'operadors diversificat i adequat a les característiques i condicions operatives de les diferents administracions públiques, evitant especialment la conformació d'una estructura d'oligopoli en el sector. A més, cal parar especial atenció als municipis petits, que el mercat d'operadors tendeix a negligir. En aquest sentit, cal posar èmfasi un cop més en la necessitat de mancomunar els serveis municipals, a fi de garantir unes unitats de gestió amb estructura i dimensions raonables, per fer viable i eficient aquesta gestió i també per optimitzar la contractació amb el mercat quan correspongui.
- 2 Que el conjunt del sector públic —ajuntaments i Generalitat de Catalunya— doni suport a un marc de negociació col·lectiva dels diferents agents implicats i en promogui el desenvolupament, a fi d'impulsar el desplegament i la consolidació d'un mercat de treball que a dia d'avui encara és molt precari. En aquest punt caldria exigir la implicació en el procés de tots els operadors que vulguin treballar en el sector.



3 Que la implementació del nou sistema d'atenció a la dependència i el desplegament de la Llei de serveis socials facin una aposta clara i decidida per la capacitació dels directius —públics i privats— en la gestió de les relacions entre tots dos sectors. En aquest sentit, cal reforçar les capacitats de dissenyar contractes, de gestionar-los i de fer-ne el seguiment, matèries profundament diferents de la producció directa dels serveis.

Com ja s'ha comentat, la capacitació en gestió és una eina central per al desplegament adequat dels nous sistemes. I la cooperació publicoprivada és especialment exigent en aquest aspecte, tant en el nivell de la gestió econòmica com en el de la jurídica, l'organitzativa i la relacional.

L'ordenació territorial i l'especificitat de l'AMB

Un dels temes que mereix atenció principal en el desplegament de la Llei de serveis socials i de la Llei de la dependència és el que fa referència al model de desplegament territorial del sistema.

El fet que el nivell local de govern tingui un paper molt rellevant en el sistema —a diferència del que succeeix en el cas d'educació i la salut, en què el govern local és un mer espectador amb algunes funcions de suport logístic—, fa que l'estructura fortament "minifundista" del govern local plantegi problemes de gestió seriosos. Més de 900 ajuntaments per a una població de 7,5 milions, dels quals més de 600 no arriben als 2.000 habitants, fan un mapa realment complex de tractar. La creació d'unitats de gestió agregades és una opció inevitable. Les opcions de suport de la Diputació de Barcelona haurien de ser un punt de referència en aquest camp i en futures reordenacions territorials (vegueries). També són referències d'interès els consorcis de benestar social com el de la Garrotxa, i d'altres.

Aquest tema és una mica menys rellevant en l'àmbit de l'AMB, en el qual el municipi més petit té 3.000 habitants. Tot i això, cal recordar que hi ha 14 municipis de menys de 20.000 habitants, d'un total de 36. I caldrà també repensar aquest mapa.



A l'AMB, però, es plantegen d'altres qüestions que requereixen visió metropolitana en sentit estricte. D'acord amb el que s'ha pogut fer palès en l'anàlisi de la taula 7, els desajustos en termes de estructures d'edat, densitats, centralitats, nivell de mobilitat i d'altres plantegen dos problemes divergents i complementaris a la vegada:

- 1 Les diferències demogràfiques són prou rellevants com per exigir estratègies locals diferenciades, si més no pel que fa al volum de l'oferta dels serveis.
- 2 El nivell d'integració i de mobilitat dins l'AMB i les especificitats de cada part del territori són prou fortes com perquè exigeixin estratègies metropolitanes en les quals participin tots els ajuntaments, també en aquest punt.

Algunes de les qüestions que reclamen visió metropolitana són, entre d'altres:

- 1 La **gestió de les infraestructures i dels equipaments "pesants"**, sobretot els residencials de mitjana i llarga estada. No hi ha dubte que la proximitat és una virtut, però si és a costa de no gaudir del servei o de gaudir-ne en condicions pèssimes per falta de possibilitats de localització (Barcelona i altres municipis de molt alta densitat i poc sòl disponible) és preferible aprofitar les altes possibilitats de mobilitat que ofereix l'àrea per planificar el mapa d'infraestructures de serveis, i fins i tot per desplegar estratègies complementàries de mobilitat.
- 2 La necessitat **d'homogeneïtat en la definició de les condicions de prestació dels serveis** i, sobretot, dels nivells de qualitat i del grau de copagament en el conjunt de l'AMB. Aquesta homogeneïtat és desitjable per a tot el territori, però és especialment exigible a l'AMB, on l'intercanviabilitat de localització de residència, treball i serveis és, o ha de ser, molt alta, donat l'alt nivell d'integració en l'ús del territori i dels serveis públics.
- 3 Amb relació als dos punts anteriors, cal considerar la necessitat de **gestionar el diferencial de costos que planteja l'AMB** en tots els nivells (sòl, salaris, cost de la vida, inversió). L'índex de preus i l'escassetat de sòl són les dues variables principals que cal gestionar. Una visió metropolitana dels serveis socials i de l'atenció a la dependència és, en aquest nivell, molt decisiva per assegurar equitat i viabilitat al sistema.



4 La **renovació de les infraestructures actuals, especialment el parc residencial per a dependents**, també demana una visió metropolitana. L'existència, especialment a Barcelona, però no només allà, d'equipaments residencials totalment obsolets (els anomenats genèricament "pisos de l'Eixample") planteja un repte, no sols de creació de nous equipament sinó —i potser sobretot— de renovació del parc privat existent. També aquí és ineludible plantejar aquest punt des d'una òptica metropolitana.

5 La **coordinació informativa** del conjunt del sistema és també especialment exigible dins l'AMB, ja que la mobilitat pot generar la gestió de fluxos quotidians d'informació operativa.

Aquesta primera aproximació a accions concretes, a més de les genèriques del nivell local que també plantegen especificitats metropolitanes, hauria d'ampliar-se amb algun mecanisme de treball que permeti aprofundir-les —sobretot mecanismes en aquest nivell local.

La gestió del temps i del canvi

El disseny i el desplegament de la Llei d'atenció a la dependència ha mantingut i manté una relació estranya amb el temps. Un temps molt llarg per al plantejament, molta velocitat en la gestació i un desig inviable d'immediatesa en el desplegament. Caldrà assegurar que la bona notícia no acabi en frustració i decepció. I, en bona mesura, això dependrà de les expectatives que es generin en la ciutadania respecte a la velocitat i la capacitat de resposta que podrà tenir aquest sistema. Ja es pot afirmar ara que el desajust entre compromisos i expectatives i el desplegament real de serveis i de capacitat d'atenció dona un balanç clarament negatiu. Un dels reptes principals serà ara el d'ajustar, amb realisme, les capacitats econòmiques, tècniques i organitzatives d'atenció a la dependència als compromisos adquirits.

En el fons d'aquesta situació hi ha dues realitats que costa d'encaixar. D'una banda, la necessitat de posar en marxa una política forta de serveis socials i d'atenció a la dependència, ajornada durant molts anys i que no admetia més demora. Ara —i és una gran notícia— ja està irreversiblement en marxa. D'altra banda,



el canvi que cal fer en la base organitzadora que s'ha d'encarregar de posar en funcionament i de desplegar aquesta política requereix un canvi profund d'estructura, de cultura i de capacitats, i ha d'aconseguir un nivell de desenvolupament que demana temps i molta feina. També cal dir que és el que han estat esperant els serveis socials, i sobretot la ciutadania, durant gairebé 25 anys.

El problema principal que planteja la situació són:

- 1 Prendre consciència d'aquesta realitat i molt especialment de la necessitat de canvi profund de l'actual sistema de serveis socials: hi ha un canvi d'escala i un canvi de model.
- 2 Reconèixer que aquest canvi requereix un procés d'aprenentatge individual i col·lectiu que no es pot fer a curt termini, entre d'altres coses perquè serà inevitablement un aprenentatge en bona mesura experiencial i basat en processos de prova i error.
- 3 Assumir que cal compaginar la perspectiva a mitjà termini, defugint fantasies d'èxits i resultats brillants d'avui per demà, amb el fet que s'ha de treballar en aquest projecte estratègic començant a oferir resultats parcials a la ciutadania des del primer dia. Per tant, combinar objectius a curt, mitjà i llarg termini que es reforcin mútuament i assegurin l'avenç del projecte.
- 4 Resituar l'expectativa de la ciutadania davant de la proposta de política d'atenció a la dependència. Aquesta és una qüestió clau. La percepció actual ja té certs components de frustració. A més, si és molt difícil que persones en situació de necessitat puguin acceptar processos llargs de resposta, que potser seran ja inútils, per als seus problemes actuals, no resoldre'ls havent creat expectatives de fer-ho és la pitjor solució, sobretot quan la porta cap a la millora és plenament oberta.

El sector i les persones que hi treballen són poc conscients que el nou sistema requereix temps i canvis profunds. La direcció política i gerencial del sistema públic i dels operadors privats té aquí la responsabilitat màxima, i depèn d'ells principalment que el procés de desplegament i de canvi sigui positiu i efectiu.



Reflexions finals

En base a l'agenda de treball plantejada pel govern local —més específicament, pels governs locals de l'AMB—, caldria cercar algun escenari de treball en el qual fos possible abordar conjuntament amb el DASC aquesta agenda, per trobar-hi solucions compartides i per avançar en la construcció d'alguna estructura estable de gestió que aportés visió i resposta metropolitana al desplegament de la Llei de serveis socials i de la Llei de la dependència.

El Consorci de Serveis Socials de Barcelona no resol els reptes plantejats: concentra l'atenció en un punt que és una part parcial del problema, en termes quantitius, i fins i tot petita en termes de model territorial. Cal recordar que la tendència en el desplegament del sistema SAAD, basat en el govern local, tendeix per la seva naturalesa descentralitzada a l'heterogeneïtat i en un sistema de "minifundisme" local es converteix fàcilment en caos, ja que pot derivar en un aglomerat incoherent i confús d'organitzacions i de sistemes de serveis que generi inequitats i ineficiències.

Seria bo que sense pèrdua d'autonomia per part del govern local, fos possible articular concertacions bàsiques i estables, dins i fora de l'AMB, que asseguressin cooperació i coherència territorial. L'aportació de l'AMB vers aquesta orientació, en el desplegament de la nova política social, hauria de ser rellevant per a si mateixa i per al conjunt del territori, del qual durant molt de temps va ser una referència útil i positiva.



Bibliografia i documentació

ANTTONEN, A. (2005): "Hacia un mayor cuidado público: cambios en las relaciones y las políticas públicas de cuidado a las personas dependientes", a *Panorama Social*, 2, p. 8-20, Fundación de las Cajas de Ahorros, Madrid

BALMÓN, Antonio (2007): "El paper dels governs locals en l'atenció a les situacions de dependència", a *Revista Econòmica de Catalunya* (en premsa), Col·legi d'Economistes de Catalunya, Barcelona

DEPARTAMENT D'ACCIÓ SOCIAL I CIUTADANIA (2007): Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, Generalitat de Catalunya, Barcelona

DIZY, Dolores (2007): "Características y sostenibilidad económica del modelo español de atención a la dependencia", a *Revista Econòmica de Catalunya* (en premsa), Col·legi d'Economistes de Catalunya, Barcelona

ESPING-ANDERSEN, Gøsta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge

IMSERSO (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*, IMSERSO, Madrid

MINISTERI DE TREBALL I AFERS SOCIALS (2004): *Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*, Govern d'Espanya, Madrid



LEÓN, Margarita (2005): "La atención de las personas en situación de dependencia en España: una aproximación crítica al Libro Blanco de la Dependencia", a *Panorama Social*, 2, p. 34-44, Fundación de las Cajas de Ahorros, Madrid

MINISTERI DE LA PRESIDÈNCIA (2006): Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència, Govern d'Espanya (BOE n. 299, de 15/12/2006), Madrid

RODRÍGUEZ-CABRERO, Gregorio (2005): "La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado del bienestar en España", a *Panorama Social*, 2, p. 21-33, Fundación de las Cajas de Ahorros, Madrid



Pla Estratègic Metropolità de Barcelona

Institucions membres de la Comissió Delegada del Consell General

Departament d'Economia i Finances de la Generalitat de Catalunya

Ajuntament de Badalona
Ajuntament de Barcelona
Ajuntament de Cornellà de Llobregat
Ajuntament del Prat de Llobregat
Ajuntament de l'Hospitalet de Llobregat
Ajuntament de Montcada i Reixac
Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet
Ajuntament de Paldejà
Ajuntament del Papiol

Consell Comarcal del Baix Llobregat
Consell Comarcal del Barcelonès
Entitat Metropolitana del Medi Ambient
Entitat Metropolitana del Transport

Aena
Autoritat Portuària de Barcelona
Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona
Cercle d'Economia
Comissió Obrera Nacional de Catalunya
Consorti de la Zona Franca de Barcelona
Diputació de Barcelona
Fira de Barcelona
Foment del Treball Nacional
Mancomunitat de Municipis de l'Àrea Metropolitana de Barcelona
Unió General de Treballadors de Catalunya
Universitat de Barcelona

Institució promotora



Ajuntament de Barcelona

Amb la col·laboració de

